

Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria?

I¹ Stephan Malta Oliveira I

Resumo: O objetivo do artigo consistiu em discutir a medicalização do risco para a psicose; especificamente, a construção de uma nova categoria diagnóstica que vem sendo realizada pela força-tarefa de elaboração do DSM-5, nomeada “síndrome de risco para a psicose” e, mais recentemente, “síndrome dos sintomas psicóticos atenuados”. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica. Foi realizado um breve relato da genealogia do risco na psiquiatria. Na parte inicial do artigo, procurou-se discutir a medicalização de uma forma mais geral, focando sobre os aspectos do controle social e das tecnologias do *self*; sob uma ótica foucaultiana. Posteriormente, foi dada ênfase ao processo da medicalização do risco para a psicose; em especial, à construção de uma categoria relacionada a esse risco. Dentre os alcances desse processo, destacou-se a possibilidade de se intervir precocemente na psicose e com isso retardar seu início. Ainda não está claro se a intervenção precoce pode reduzir a gravidade do quadro quando instalado ou mesmo impedir seu aparecimento. Quanto aos limites, mostrou-se o risco de se produzir uma hipermedicalização com a construção da categoria, levando ao uso indiscriminado de medicamentos neurolépticos e aos riscos relacionados a esse uso, bem como à estigmatização dos indivíduos incluídos na categoria. Foi mostrado também o problema do elevado número de indivíduos “falsos positivos”, ou seja, indivíduos que serão categorizados e mais tarde não desenvolverão qualquer transtorno psicótico. Procurou-se com o trabalho estabelecer uma crítica consistente à construção da categoria nosológica em questão.

¹ Médico-psiquiatra, doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: smaloliv@yahoo.com.br

► **Palavras-chave:** medicalização; risco para a psicose; DSM-5; categoria nosológica.

Recebido em: 01/02/2011.
Aprovado em: 29/05/2011.

Introdução

A noção de risco vem aparecendo cada vez mais nos trabalhos e pesquisas no campo da psiquiatria, seguindo uma tendência da medicina contemporânea. Uma das áreas em psiquiatria que vem ocupando lugar de grande interesse por parte dos pesquisadores é a do “risco para a psicose”. Tal interesse pode ser, em parte, explicado pela gravidade dos quadros psicóticos quando instalados e pela possibilidade de se estabelecer práticas preventivas para esses quadros. Seguindo essa tendência e esse interesse, recentemente, foi levantada pela chamada Força-Tarefa do DSM-5 - equipe responsável pela elaboração do próximo manual diagnóstico psiquiátrico americano, a ser lançado em breve¹, a possibilidade de se incluir a categoria “Síndrome de Risco para Psicose” (PRS – *Psychosis Risk Syndrome* - CORNBLATT et al, 2010; FRANCES, 2010) no manual – provavelmente em seu apêndice. A partir dessa possibilidade, inúmeros debates e discussões começaram a ser travados, não só pela equipe responsável pelo DSM-5, como também por profissionais do campo de uma forma geral, sobretudo, em fóruns de discussão na internet como o Psychiatric Times (www.psychiatrictimes.com). Atualmente, parece que há uma tendência em se abandonar a nomenclatura “Síndrome de Risco para a Psicose” e incluir no manual, em vez desta, a categoria “Síndrome dos Sintomas Psicóticos Atenuados” (APSS – *Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome* - CORNBLATT et al., 2010), uma vez que, como será visto adiante, a ideia do risco como definidor da categoria poderia trazer inúmeros problemas, sobretudo no que diz respeito à sua validade. Entretanto, a nova categoria substituta da PRS, a APSS, caso venha a ser mesmo incluída na próxima edição do DSM, trará consigo, ainda que implicitamente, a noção do risco para a psicose, considerando o percurso histórico de seu processo de construção.

A ideia de risco começa a aparecer no campo da medicina, em especial, no da cardiologia, em meados do século passado, apropriada do campo da economia, onde surgiu inicialmente. Todavia, há relatos da preocupação com o risco no campo da saúde que remontam ao final do século XVIII. De acordo com Schlich (2004), as primeiras relações do risco com as questões de saúde podem ser vistas nas companhias de seguro de vida, as quais necessitavam decidir sobre em que condições aceitariam seus contribuintes. O autor afirma que o interesse do risco no campo da medicina pode ser compreendido como uma estratégia de

objetificação que utiliza frequentemente métodos quantitativos e matemáticos, e visa criar a certeza em medicina, nas palavras do autor, objetificando a incerteza.

É apenas no final do século passado, entretanto, que a noção de risco, principalmente sob a forma do conceito “fatores de risco”, começa a se difundir de maneira exponencial por todo o campo médico. É nesse período que começa a haver a multiplicação dos trabalhos e publicações acerca do tema em medicina. Tal fenômeno, que pode ser caracterizado como um *boom* dos estudos sobre os fatores de risco no campo médico, parece estar relacionado à emergência do que Beck (1986/2010) nomeia por “sociedade de risco”. Segundo o autor, na sociedade de risco há uma passagem da lógica da distribuição de riquezas, própria da modernidade, para a lógica da distribuição dos riscos, própria da modernidade tardia. Tal processo deve-se, em parte, “ao fato de que, a reboque das forças produtivas exponencialmente crescentes no processo de modernização, são desencadeados riscos e potenciais de autoameaça numa medida até então desconhecida” (BECK, 2010, p. 23). Dessa maneira, há o que se pode chamar de “a globalização do risco”, sobretudo no campo das questões ambientais, como o risco da radioatividade, da poluição da água; no campo econômico, como o risco da perda dos mercados, da depreciação do capital; além é claro, do risco no campo da saúde.

A partir do exposto anteriormente, pode-se perceber a força que a noção de risco ganhou na modernidade tardia, o que nos faz pensar, inclusive, que essa noção esteja presente na formação das subjetividades contemporâneas. Ao difundir-se por toda a sociedade e por todo o campo médico, a noção de risco ganha destaque também no campo da psiquiatria.

A tendência da psiquiatria em procurar a identificação de riscos específicos para um determinado transtorno segue uma tendência geral de toda a medicina. Com isso, a psiquiatria procura cada vez mais legitimar-se enquanto uma especialidade médica/biomédica, algo que começa a ocorrer desde o advento do DSM-III, e parece intensificar-se com o DSM-IV e agora com o DSM-5. Como afirmam Mayes e Horwitz (2005), a construção do DSM-III representou uma mudança de perspectiva com relação aos DSMs anteriores, a qual se caracterizou pela substituição de uma psiquiatria psicodinamicamente orientada por uma baseada em critérios diagnósticos objetivamente definidos. Ela deveria, então, possuir um esquema epidemiológico semelhante ao das outras especialidades

médicas, em especial, ao esquema das doenças infecciosas. De acordo com Young (1995, apud MAYES; HORWITZ, 2005), trata-se de uma abordagem kraepeliniana de classificação dos transtornos mentais, na qual estes devem ser compreendidos como semelhantes às doenças físicas, sendo diagnosticados a partir de uma cuidadosa observação de sintomas visíveis, os quais em um futuro próximo deverão ser reconhecidos pela pesquisa empírica como tendo um substrato biológico-neuroquímico (YOUNG, 1995, apud MAYES; HORWITZ, 2005). Portanto, esse novo sistema classificatório contribuiu enormemente para o crescimento da indústria farmacêutica no terreno dos psicofármacos, uma vez que, havendo categorias bem definidas que remetem a um possível substrato biológico, torna-se mais fácil encontrar um medicamento específico para uma entidade nosológica específica. Além disso, com o crescimento em importância da epidemiologia no campo da psiquiatria, a busca pela identificação de fatores de risco dos mais variados transtornos mentais tornou-se fundamental, semelhante ao que já vinha ocorrendo nas demais especialidades médicas.

No caso específico da psicose, a ideia do risco não é recente. Várias tentativas já foram feitas no sentido de se encontrar preditores para a psicose, como por exemplo, quando da construção das categorias “pródromos” e “estado mental de risco”. No entanto, é apenas agora, com o trabalho de elaboração do DSM-5, que surgiu o interesse de se construir uma categoria nosológica específica baseada na noção de risco para a psicose. A possibilidade de construção dessa categoria abre um leque de discussões e uma série de indagações a respeito de sua legitimidade, como por exemplo: até que ponto vale a pena lançar mão de uma nova categoria nosológica que, na verdade, representa um risco de evolução para um determinado transtorno, e não o transtorno em si? A construção dessa nova categoria traria mais benefícios ou mais prejuízos àqueles indivíduos nela incluídos? Uma vez consolidada sua construção, de que forma se daria a medicalização, como seriam realizadas as intervenções médicas? Seriam primordialmente medicamentosas, focariam mais sobre aspectos contextuais, afetivo-relacionais e/ou sócio-culturais? Haveria comprovação empírica da eficácia dessas intervenções? Quais seriam os alcances, pois, do processo da “medicalização” do risco para a psicose? De que modo esse processo poderia beneficiar os pacientes a ele submetidos? E seus limites e possíveis equívocos, quais seriam?

É, então, procurando trabalhar melhor essas indagações, menos com o intuito de tentar responder às mesmas e mais com o objetivo de problematizar a questão de uma maneira crítica, que desenvolvo este artigo.

Tratarei inicialmente do processo da medicalização de uma forma geral, para, posteriormente, restringir-me especificamente ao processo do risco para a psicose. Dessa maneira, discutirei a evolução dos estudos e pesquisas acerca da medicalização no âmbito da sociologia médica, enfatizando os aspectos relacionados às dimensões do controle social e das tecnologias do *self*, sob uma ótica foucaultiana. Busco, com isso, problematizar as complexas relações do binômio contingência/agência. Trabalho com a noção de Butler (2007), de agência condicionada, na qual as normas não apenas constituem e produzem o sujeito, mas também o possibilitam. Dessa forma, tentarei mostrar como os diversos fatores envolvidos no processo da medicalização podem exercer influência sobre as questões relacionadas ao risco para a psicose e à construção da categoria PRS/APSS.

Na segunda parte do trabalho, deter-me-ei especificamente ao processo da medicalização do risco para a psicose. Discutirei os possíveis critérios definidores da categoria relacionada a esse risco e trabalharei os aspectos relacionados aos alcances e limites desse processo, destacando os prós e os contras do reconhecimento da Síndrome do Risco para a Psicose ou da Síndrome dos Sintomas Psicóticos Atenuados enquanto uma categoria nosológica oficial.

Na parte final do presente trabalho, dedicar-me-ei às considerações finais, voltando-me para o modo como o processo da medicalização do risco para a psicose, envolvendo a construção da categoria correspondente, poderá ser operacionalizado, isto é, de que maneira esse processo poderá efetuar-se na prática, e quais serão seus possíveis efeitos sobre a normatividade² dos indivíduos a ele submetidos.

Medicalização

O conceito de medicalização pode ser definido, de acordo com Conrad (1992), como uma apropriação pelo campo da medicina de questões e problemas que anteriormente não eram considerados médicos, mas de outra ordem, como questões e problemas sociais, jurídicos, existenciais, etc. Tratarei de alguns

aspectos relacionados à dimensão do controle social e de aspectos referentes à dimensão das tecnologias do *self*, segundo uma ótica foucaultiana, entendendo que ambas as perspectivas dizem respeito a diferentes facetas do Real, a um olhar sobre o Real sob diferentes ângulos, tratando-se, pois, de distintas verdades.

Com relação à dimensão do controle social, destaco três importantes processos: a questão da biopolítica, da racionalidade médica e do papel das indústrias farmacêuticas.

Define-se biopolítica como as estratégias nas quais as tecnologias de poder operam e se efetuam sobre os seres vivos no campo da saúde, por meio de práticas relacionadas à higiene, à natalidade, às raças, etc. (FOUCAULT, 2007). O autor estabelece uma relação entre o campo político e o campo econômico, construindo o conceito de “capital humano”, o qual pode ser compreendido como uma espécie de um complexo “idoneidade-máquina” (FOUCAULT, 2007, p.268), que busca produzir fluxo de capital. Dentro desse contexto, do liberalismo, o indivíduo é compreendido como uma máquina que opera enquanto uma “força de trabalho”, e conceitos como “normal” e “anormal” ganham materialidade, sendo a norma vigente relacionada ao aumento do capital humano – compreendida na vertente do “saudável” - e os desvios dessa norma relacionados à diminuição do capital – compreendidos na vertente do adoecimento. A partir dessa noção, pode-se apreender que quaisquer desvios na dimensão da funcionalidade, tanto no plano acadêmico quanto no plano profissional, podem ser vistos como patológicos.

A noção de risco se faz presente na biopolítica foucaultiana. Em *O Nascimento da Medicina Social*, Foucault (1979) descreve três formas distintas de operação do controle médico sobre os corpos, quais sejam: a experiência alemã, a francesa e a inglesa. Em relação à Alemanha, o autor faz referência a uma “medicina de Estado” (FOUCAULT, 1979, p. 82) em alusão à estreita vinculação entre a medicina e as políticas de Estado daquele país. Nesta, há um sistema completo de observação da morbidade, não apenas relacionado aos quadros de nascimento e morte. Além disto, há uma normalização da prática e do saber médicos, na qual o Estado exerce um efetivo controle dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas.

A medicina social francesa, por sua vez, é caracterizada por uma “medicina urbana” (FOUCAULT, 1979, p.89) que, segundo o autor, não é “uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida

e do meio de existência” (FOUCAULT, 1979, p.92). Nesta, busca-se por meio da estrutura médica urbana, o controle das endemias e epidemias que poderiam se espalhar pela cidade.

No exemplo inglês, a medicina social nasce a partir da “Lei dos pobres” (FOUCAULT, 1979, p.95), que se configura como um controle médico dos pobres. Com isso, oferece-se por um lado, assistência médica gratuita a estes, a satisfação de suas necessidades de saúde, bem como a manutenção de seus corpos enquanto força de trabalho, e, por outro lado, garante à classe rica não se tornar vítima de epidemias originárias da classe pobre. Dessa forma, o risco, aqui, mostra-se presente na estreita relação entre biopolítica e medicina social; risco à saúde da população como um todo e risco que os pobres representam aos ricos. Esse risco deve ser gerenciado pelas estruturas de poder, em especial, pelo dispositivo do controle médico sobre os corpos segundo suas distintas vertentes.

Outro aspecto da dimensão do controle social na medicalização diz respeito à racionalidade médica, ou, mais especificamente, racionalidade biomédica³, herdeira da racionalidade científica moderna. Esta opera segundo uma lógica cartesiana que separa corpo e mente, concebe o corpo como uma máquina e privilegia a dimensão biológica do ser humano, equiparando seres animados a seres inanimados. Ao privilegiar a dimensão biológica do ser humano, a medicina se configura, então, como biomedicina, “por sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas” (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO, 2006, p.1095). De acordo com os autores, a biomedicina acaba por estabelecer uma cisão entre teoria e práticas médicas, entre sintomas objetivos e sintomas subjetivos, praticamente desconsiderando esses últimos e toda a subjetividade, que, nesse contexto, passa a ser vista como uma “anomalia”.⁴ O modelo biomédico opera segundo a norma da perfectibilidade, na qual o ideal a ser alcançado é o da “saúde perfeita” (SFEZ, 1997), o da ausência total de doença, devendo, como o corpo é visto como máquina, qualquer “defeito” ser prontamente consertado (MARTINS, 2004).

O terceiro aspecto do controle social a ser tratado é aquele que se relaciona ao papel das indústrias farmacêuticas no processo da medicalização. Como mostra Conrad (2007), em 2004, as indústrias de medicamentos nos EUA tiveram um gasto em propagandas diretas ao consumidor, especialmente na televisão, de, aproximadamente, quatro bilhões de dólares. Com isso, busca-se criar um mercado para os produtos dessas companhias. Problemas que até então não

eram vistos como pertencentes ao campo médico passam a ser medicalizados. Frances (2010) refere que as “dores do cotidiano” são agora classificadas em um transtorno mental e tratadas com uma pílula. Além disto, há uma estreita relação entre a produção científica e a indústria farmacêutica, uma vez que boa parte das pesquisas sobre medicamentos são financiadas por companhias dessa indústria.

Passemos agora à dimensão das tecnologias do *self* no processo da medicalização, que se refere à dimensão da agência do sujeito, na qual os pacientes são vistos como parte ativa do processo. O conceito de tecnologias do *self* é definido como:

Técnicas que permitem aos indivíduos efetuar, por seus próprios meios, um certo número de operações em seus próprios corpos, suas próprias almas, seus próprios pensamentos, suas próprias condutas, e isto de uma maneira tal a transformar a si próprios, a modificar a si próprios e a atingir um certo estado de perfeição, felicidade, pureza, poder sobrenatural (FOUCAULT, 1990, p.48).

Um dos importantes aspectos na dimensão das tecnologias do *self* diz respeito ao papel que a internet vem desempenhando no processo da medicalização. Na “grande rede”, informações médicas são difundidas de modo a colapsar as barreiras do tempo e do espaço, tornando-as acessíveis a um número outrora inimaginável de pessoas. Em muitos casos, os pacientes conhecem mais acerca de um determinado medicamento que o próprio médico. Além disso, constantes “reapropriações” (re-skilling) dos discursos médicos são feitas pelas pessoas em geral, que os utilizam à sua própria maneira como estratégias subjetivas de adaptação (WILLIAMS; CALNAN, 1996, p.1611).

Outro fator que contribui para que o sujeito possa efetuar técnicas que produzam bem-estar para si próprio se refere ao crescimento cada vez maior das chamadas formas holísticas de medicina. Como mencionam Williams e Calnan (1996), ao mesmo tempo em que a medicina moderna se torna cada vez mais especializada e fragmentada, com elementos de alta tecnologia, passa a haver também um considerável desenvolvimento de formas mais holísticas e biográficas de medicina, que enfatizam a subjetividade do paciente e o contexto psicossocial. “Como uma consequência, as fronteiras entre a medicina e a sociologia se tornam cada vez mais imprecisas” (WILLIAMS; CALNAN, 1996, p. 1612). A valorização da subjetividade por essas “novas formas de medicina” ou “formas reinventadas” da práxis médica se traduz por uma modificação das normas vigentes, próprias da biomedicina, pela passagem da norma da perfectibilidade para uma norma da inclusão e do respeito às diferenças e à diversidade (RAPP et al. 2001).

A medicalização do risco para a psicose: uma nova categoria emergente?

A síndrome de risco para a psicose (PRS) ou sua nomenclatura substituta nas discussões acerca da elaboração do DSM-5, a Síndrome dos Sintomas Psicóticos Atenuados (APSS), pode se constituir enquanto uma nova categoria nosológica oficial. Existe atualmente um intenso debate acerca dos benefícios e malefícios que o advento dessa nova categoria poderia trazer aos indivíduos nela incluídos. Por um lado, tem-se o grupo dos que defendem o seu reconhecimento, considerando todas as vantagens deste, e, por outro, aqueles que se mostram preocupados quanto aos riscos de uma hipermedicalização. De tal modo, procurarei trazer neste artigo os alcances e limites do processo da medicalização do risco para a psicose.

Yung et al. (2004) estabelecem uma distinção entre traços de fatores de risco e estados de fatores de risco. Os primeiros, por exemplo, dizem respeito à história familiar, aos marcadores biológicos, ou seja, a uma probabilidade aumentada de se desenvolver uma dada doença. Os segundos, por sua vez, constituem um risco iminente de desenvolvimento de uma afecção qualquer, não apenas uma probabilidade aumentada. Os autores, dessa maneira, trabalham com a noção de “estado mental de risco”. Fazem uma analogia com outras áreas da medicina e comparam o “estado mental de risco” a um “ataque isquêmico transitório” (AIT), no campo da neurologia. O AIT, por exemplo, representa um risco aumentado e iminente para um acidente vascular cerebral (AVC), uma vez que cerca de 40 por cento dos pacientes com AIT apresentarão um episódio de AVC ao longo de 3 anos (RUBENSTEIN; WAYNE, 1980 apud YUNG et al., 2004). Uma analogia com os traços de fatores de risco, por exemplo, poderia ser feita com relação à hipertensão arterial ou à hipercolesterolemia, que representam fatores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrência de um AVC, mas não um risco iminente.

Dean e Murray (2005; MAKI et al., 2004; HOWES et al., 2005 *apud* LOUZÃ, 2007), estabelecem alguns fatores de risco para a esquizofrenia, embora estes sejam inespecíficos. Representam uma probabilidade aumentada de desenvolvimento do transtorno. Os autores destacam tanto fatores biológicos quanto fatores ambientais, dentre eles: genes candidatos, associados à regulação da dopamina, da neuroregulina e da catecol-ortometiltransferase (COMT); complicações perinatais; estação do ano de nascimento; retardo no desenvolvimento neuropsicomotor; abuso físico e sexual; baixo rendimento

escolar; uso de drogas na adolescência; além de baixo nível sócio-econômico e presença de adversidade social.

A categoria PRS, por sua vez, constitui um risco iminente de desenvolvimento de um quadro psicótico. Seus critérios de definição, embora não tenham sido efetuados (pois trata-se de uma categoria em construção), podem ser aproximados ao que se define por “estado mental de risco para a psicose”. Esse estado, segundo Louzã (2007), pode ser caracterizado pela presença de: I) sintomas psicóticos breves intermitentes limitados, como por exemplo: alucinações, conteúdo não usual do pensamento, desconfiança ou desorganização do pensamento, com duração menor que uma semana; ou II) sintomas psicóticos atenuados, como os mesmos sintomas referidos acima, com duração maior que uma semana no último ano e escores menores que aqueles verificados no item I (intensidade menor), avaliados pela BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*); ou III) risco genético e deterioração genética, representados por parente de primeiro grau com história de psicose ou transtorno esquizotípico; indivíduo com transtorno esquizotípico e deterioração funcional, com queda de pelo menos 30 pontos na escala AGF (Avaliação Global do Funcionamento) por pelo menos 1 mês.

Outra categoria já existente que pode contribuir para a elaboração da PRS ou da APSS pela Força-Tarefa do DSM-5 é a noção de pródromos. De acordo com Yung et al. (2004), o termo pródromo é derivado da medicina clínica, e se refere aos sinais e sintomas precoces de uma doença que ocorrem antes que as características específicas da mesma se tornem manifestas. Costa (2006) afirma que pródromo significa aquilo que antecede um evento. O DSM-III-R (1989) define os pródromos da esquizofrenia a partir de um critério que requer a presença de duas das seguintes nove características: isolamento social; deterioração no funcionamento social; comportamento estranho; deterioração no trato pessoal e da higiene; afeto inapropriado ou embotado; fala circunstancial, vaga ou ainda pobreza do conteúdo do discurso; crenças peculiares (estranhas) ou pensamento mágico; experiências perceptuais incomuns e considerável ausência de iniciativa, interesse ou energia. Simon (2001) e Parnas et al. (1998, apud COSTA, 2006), referem, ainda, que pode haver uma tendência dos indivíduos nessa fase à hipersensibilidade, com excessiva preocupação de que suas ideias não sejam compartilhadas por outrem e, ainda, uma dificuldade de abstração que leva ao concretismo (SIMS, 1988 apud COSTA, 2006). É importante salientar que apenas uma parcela dos

indivíduos que apresentam sinais prodrômicos evoluirá para um quadro psicótico ou esquizofrênico; sendo assim, o termo pródrômo seria melhor substituído por “síndrome precursora” ou “estado mental de risco” (McGORRY; SINGH, 1995; EATON et al., 1995 apud COSTA, 2006). Portanto, a noção de estado mental de risco parece ter uma relação mais estreita com a categoria relacionada ao risco para a psicose que poderá ser incluída na próxima edição do DSM. Na definição da categoria síndrome dos sintomas psicóticos atenuados (APSS), provável substituta da PRS, vem sendo proposta pela Força-Tarefa do DSM-5 a inclusão de indivíduos que apresentem apenas um dos seguintes três sintomas: alucinações, delírios ou desorganização conceitual (www.dsm5.org).

Os Alcances da Medicalização do risco para a psicose

Considero nesta seção do artigo os possíveis benefícios que o processo da medicalização pode trazer aos indivíduos incluídos em uma categoria nosológica relacionada ao risco para a psicose. Vários estudos mostram que a taxa de evolução para o primeiro episódio de psicose em indivíduos com “estado mental de risco” é de cerca de 40% ao longo de 12 meses (YUNG et al. 2003; McGORRY et al., 2002; LOUZÃ, 2007), o que justificaria uma intervenção precoce sobre esses indivíduos. LOUZÃ (2007) afirma que a intervenção precoce em indivíduos de alto risco para a psicose contribui para a redução do tempo de psicose não tratada, melhorando a evolução e o prognóstico da esquizofrenia, e, algumas vezes, até mesmo impedindo que o indivíduo desenvolva o transtorno. De acordo com Costa (2006), a intervenção precoce pode também preservar as capacidades psicossociais do indivíduo, reduzindo a deterioração biológica, psicológica e social características da esquizofrenia. Outra vantagem apontada por Cornblatt et al. (2010) com relação à inclusão dos indivíduos de risco em uma categoria nosológica específica é que tal fato lhes daria mais visibilidade e legitimidade enquanto sujeitos de pesquisa, para os quais fundos adicionais poderiam ser direcionados.

Mc Gorry et al. (2002) desenvolveram um estudo randomizado com 59 pacientes, envolvendo 2 intervenções para indivíduos de alto risco para a psicose: uma intervenção inespecífica, “baseada nas necessidades dos pacientes” (NBI - needs-based intervention) e uma intervenção específica (SPI – specific preventive intervention), que associava o uso de neuroléptico atípico em baixas doses à terapia cognitivo-comportamental. O resultado mostrou que a taxa de

transição para a psicose ao final do tratamento, que teve duração de 6 meses, foi de 36 por cento na intervenção inespecífica e de 10 por cento na intervenção específica. Ao final de 1 ano de seguimento, ou seja, 6 meses após o término do tratamento, não houve diferença significativa entre os 2 grupos de intervenção. Entretanto, a SPI foi dividida em um grupo que apresentou adesão completa à medicação neuroléptica e outro grupo que não teve adesão ou apresentou adesão parcial. No primeiro, a taxa de transição para psicose foi de 7 % ao final de 1 ano de seguimento – o que mostra uma diferença estatisticamente significativa –, enquanto, no segundo, a taxa de transição ao final do mesmo período foi de 29%. McGlashan (2006, apud LOUZÃ, 2007) realizou um estudo randomizado de 12 meses com indivíduos que preenchiam os critérios para estado mental de risco, comparando olanzapina e medicação placebo. Ao final do estudo, 16,1% dos pacientes tratados com olanzapina evoluíram para psicose em comparação com 37,9% do grupo placebo. Entretanto, ao final de mais 1 ano de acompanhamento, no qual não houve nenhum tipo de intervenção, não houve mais diferença significativa na taxa de transição entre os grupos.

Os dados mencionados acima mostram que as intervenções para indivíduos com “estado mental de risco” contribuem para uma redução da taxa de transição para a psicose se comparada com a taxa usual apenas durante o período da intervenção, não tendo seus efeitos mantidos a médio e longo prazo após o término desta, embora os resultados daqueles que aderiram completamente ao uso de um neuroléptico atípico seja extremamente animador. Uma das conclusões obtidas é que a intervenção precoce no estado mental de risco retarda o início da psicose. Não se comprovou ainda, empiricamente, se a intervenção precoce pode contribuir para a diminuição da gravidade do quadro psicótico quando instalado ou ainda se pode mesmo prevenir o desencadeamento do transtorno. É necessário, portanto, que novos estudos sejam realizados para que se possam verificar os efeitos a médio e longo prazo das intervenções precoces.

Os limites da medicalização do risco para a psicose

No debate que se estabelece atualmente quanto à questão do possível reconhecimento da PRS/APSS como uma categoria nosológica oficial no DSM-5, alguns autores adotam uma postura eminentemente crítica. Frances (2010) confere uma crítica inicialmente à própria elaboração do DSM-5 e à tendência do

manual a adotar critérios diagnósticos dimensionais. Com isso, afirma o autor, a taxa de transtorno mental aumentaria drasticamente e haveria a inclusão de muitos traços “normais” sob a rubrica da “doença mental”. Ainda segundo ele, um dos principais fatores candidatos a explicar o “crescimento” dos transtornos mentais é o uso recreacional cada vez mais difundido dos psicotrópicos.

A indústria farmacêutica tem tido pouco sucesso em desenvolver novos medicamentos, mas é maravilhosamente efetiva em fazer marketing de mercadorias já existentes e é um importante mecanismo no sobrediagnóstico e na propagação da epidemia dos quadros psiquiátricos (FRANCES, 2010, p.2).

Outro importante fator, segundo o autor, que contribui para a “epidemia” dos quadros psiquiátricos é a internet, que, ao mesmo tempo em que permite a difusão de informações acerca de um determinado quadro, e o agrupamento de indivíduos em torno de uma dada categoria, faz também com que as pessoas possam se autodiagnosticar de uma maneira excessiva. O autor mostra, ainda, como, com os “diagnósticos excessivos” a normalidade acaba por se tornar uma “espécie em extinção”, o que nos remete à obra “O Alienista”, de Machado de Assis. Dessa maneira, a fronteira normal/patológico se torna imprecisa, menos por uma inclusão pela norma dos casos abjetos e mais pela extensão do que é patológico. Diferentemente da lógica do “é normal ser diferente”, introduz-se a do “é comum ter um transtorno”, o que, contudo, contribui para a desestigmatização.

A partir das questões discutidas anteriormente, pode-se chegar a algumas implicações com relação aos limites da medicalização do risco para a psicose. Com o “sobrediagnóstico” ou a “epidemia” dos diagnósticos psiquiátricos, um dos grandes problemas que surgem no reconhecimento da categoria PRS é o elevado número de “falsos positivos”, ou seja, de indivíduos que serão incluídos na categoria, mas que mais tarde não desenvolverão qualquer transtorno psicótico. Essa taxa na PRS pode chegar a 70-75%. Dessa maneira, os indivíduos categorizados serão, provavelmente, submetidos a todos os riscos inerentes a uma terapia medicamentosa, que se dá, preferencialmente, pelo uso de um neuroléptico atípico, submetendo de tal forma os indivíduos tratados a riscos como, por exemplo: ganho de peso, problemas cardiovasculares e, em última instância, até mesmo relativos à diminuição da própria expectativa de vida. Além disso, o indivíduo ainda pode ser estigmatizado de maneira desnecessária, e possíveis implicações com relação ao sentido de controle e de responsabilidade podem ocorrer (FRANCES, 2010).

No caso da categoria APSS, provável substituta da categoria PRS, o problema dos “falsos positivos” seria, a princípio, evitado, uma vez que a noção de risco não estaria presente de modo explícito e os indivíduos incluídos na categoria apresentariam um diagnóstico à parte, independente de evoluírem ou não para uma psicose franca como a esquizofrenia. No entanto, os mesmos riscos referidos anteriormente, sobretudo, aqueles relacionados ao uso excessivo de uma medicação neuroléptica estariam presentes, inclusive para indivíduos que mais tarde não desenvolveriam um quadro psicótico franco. Além disso, a noção de risco para a psicose, ainda que implícita, também estaria presente na APSS.

Os mesmos dados utilizados pelos defensores do reconhecimento da categoria, como as possíveis vantagens da intervenção precoce no retardo do início da psicose, podem ser utilizados pelos críticos deste reconhecimento. Como visto nos estudos de McGlashan (2006, apud LOUZÃ, 2007), não parece haver uma diferença significativa no que se refere à taxa de transição para a psicose entre aqueles indivíduos submetidos a uma intervenção (farmacológica ou psicoterápica) e aqueles não submetidos, após algum tempo do seu término. Um estudo realizado por Linszen et al. (2001), por exemplo, mostra que tanto o reconhecimento quanto a intervenção precoce na psicose podem não ser tão importantes para o resultado quanto a continuidade da assistência, e que é questionável se programas de intervenção precoce (referindo-se a pacientes que apresentaram primeiro episódio psicótico) podem modificar o curso da esquizofrenia.

Outro importante aspecto a ser considerado relaciona-se à terapêutica de primeira escolha, no caso da PRS/APSS. Como a biomedicina constitui a racionalidade médica hegemônica no campo da psiquiatria na contemporaneidade, há uma tendência a que o tratamento de escolha seja a intervenção farmacológica, com todos os seus riscos mencionados anteriormente. Além disso, ainda que a farmacoterapia não seja explicitamente definida como a abordagem de primeira linha para o tratamento do risco para a psicose, a pressão da indústria farmacêutica e a própria formação profissional, pautada na racionalidade biomédica, fariam com que os neurolépticos fossem amplamente utilizados, aumentando consequentemente os lucros da referida indústria.

Após considerar algumas perspectivas favoráveis e outras desfavoráveis ao reconhecimento de uma categoria oficial relacionada ao risco para a psicose, passemos às considerações finais do presente trabalho.

Considerações finais

Deter-me-ei nesta última parte do artigo no desenho de algumas importantes conclusões que se podem tirar diante do que foi exposto nas seções anteriores. Deve-se levar em conta o risco da hipermedicalização, que surge com a possível oficialização da categoria PRS/APSS, com todas as suas vertentes, considerando-se, inclusive, a vertente do controle social. De tal forma, dependendo de como o processo possa vir a ser operacionalizado, efeitos de poder do controle social podem tornar-se mais proeminentes, como, por exemplo, aqueles que passam pela reafirmação da norma da perfectibilidade, do ideal da “saúde perfeita”⁵, da ratificação do normal enquanto capital humano, sendo quaisquer desvios a essa norma compreendidos como patológicos.

Por outro lado, pode haver, na prática do processo da medicalização, uma proeminência da dimensão de agência do sujeito. Dessa maneira, o processo pode ser operacionalizado por práticas que valorizem a subjetividade, que abram a possibilidade para que os sujeitos encontrem, à sua própria maneira, condições para o desenvolvimento de “técnicas de produção de bem-estar” para si próprios.

Uma das possíveis alternativas à construção da categoria PRS/APSS pode ser a elevação do ponto de corte. Isso poderia ser uma das maneiras de se tentar reduzir o número de indivíduos “falsos positivos”. Por outro lado, poderia haver o aumento dos “falsos negativos”; ou seja, ampliação do número de indivíduos não incluídos na categoria, que, portanto, não submetidos a intervenções, e que, futuramente, poderiam desenvolver um quadro psicótico franco. A tentativa de se modificar a nomenclatura para síndrome dos sintomas psicóticos atenuados (APSS) pela equipe responsável pela elaboração do DSM-5, como visto, visa em parte a evitar o problema dos “falsos-positivos”, por meio da retirada do termo “risco” da nomenclatura. Dessa forma, se não se menciona “risco de” e se trata de uma categoria independente, não há razão em se falar em indivíduos “falsos positivos”, uma vez que a possibilidade futura de transição para um quadro psicótico franco não estaria em questão. No entanto, devido a todo o percurso histórico de construção da categoria, torna-se difícil pensar que a APSS não seja vista na prática médica enquanto uma categoria precursora, ou, mais precisamente, de risco para a psicose. Com isso, o problema dos indivíduos “falsos positivos” retorna.

Outra questão a ser levantada é: que tipo de intervenções devem ser oferecidas aos indivíduos incluídos na categoria PRS/APSS? Devem-se privilegiar as

intervenções medicamentosas ou as intervenções psicoterápicas? Nessas últimas, quais são as mais efetivas: as intervenções cognitivo-comportamentais, as psicodinâmicas, as psicossociais ou as mistas? As intervenções medicamentosas devem ser de primeira ou de segunda escolha? Devido à hegemonia da racionalidade biomédica na contemporaneidade no campo da psiquiatria, presume-se que haja uma tendência ao privilégio das abordagens biomédicas (medicamentosas e cognitivo-comportamentais) em detrimento das abordagens não biomédicas (psicossociais, psicodinâmicas, etc).

Todas essas questões não podem ser ainda respondidas de maneira precisa. É preciso, entretanto, que todos os atores envolvidos no processo da medicalização do risco para a psicose, incluindo aqueles que fazem parte da força-tarefa de elaboração do DSM-5, tenham-nas em mente, de modo que todo o processo de construção da categoria em questão seja extremamente criterioso, ético, não precipitado e, acima de tudo, humanizador.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM – III – R*. São Paulo: Manole, 1989.
- ASSIS, M. de. *O Alienista e outros contos*. 3 ed. São Paulo: Moderna, 2004 (Col. Travessia).
- BECK, U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010. 368p.
- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G.L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte : Autêntica, 2007.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CONRAD, P. Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*, v.18, p.209-232, 1992.
- CONRAD, P. *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CORNBLATT, B.A.; CHRISTOPH, U.; CORRELL, M.D. A New Diagnostic Entity in DSM-5? *Medscape Psychiatry*, 2010. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/727682>.
- COSTA, I.I. *Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave*, 2006. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>.

- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010.
- _____. *Nacimiento de la Biopolítica*. Curso em El Collège de France (1978-1979) 1 ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. 401p.
- _____. Tecnologias del yo. In: _____. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990. p. 45-94.
- FRANCES, A. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *PsychiatricTimes*, February 11, 2010. Disponível em: www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341.
- FRANCES, A. Normality is an endangered species: psychiatric fads and overdiagnosis. *PsychiatricTimes*, July 6, 2010. Disponível em: www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1598676.
- GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr., K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.
- LINSZEN, D.; DINGEMANS, P.; LENIOR, M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia Research*, v.51, n.1, p.55-61, 2001.
- LOUZÁ, M.R. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v.34, n.2, 2007.
- MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.21-32, 2004.
- MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the history of the behavioral Sciences*, v.41, n.3, p.249-267, 2005.
- Mc GORRY, P.D. et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.59, p.921-928, 2002.
- RAPP, R.; GINSBURG, F. Enabling Disability: Rewriting Kinship, Reimagining, Citizenship. *Public Culture* v.13, n.3, p. 533-556, 2001.
- SCHLICH, T. Objectifying uncertainty: history of risk concepts in medicine. *Topoi. An International Review of Philosophy*, v.23, n.2, p.211-217, 2004.
- SFEZ, L. *A saúde perfeita: críticas de uma utopia*. Porto Alegre: Instituto Piaget, 1997.
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e Integralidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.195-206, 2008.
- WILLIAMS, S.J.; CALNAN, M. The limits of medicalization? Modern medicine and the lay populace in "late modernity". *Soc. Sci. Med.*, v.42, n.12, p.1609-1620, 1996.

YUNG, A.R. et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophrenia Research*, v.60, n.1, p.21-32, 2003.

YUNG, A.R. et al. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, v.2, n.1, p.158-174, 2004.

Notas

¹ Ver: www.dsm5.org

² Trabalho com o conceito de normatividade de Canguilhem (2009), o qual pode ser definido como a capacidade do indivíduo de instituir novas normas de vida frente às variações do meio.

³ Como afirmam Tesser e Luz (2008), não é apenas a biomedicina que é detentora de uma racionalidade própria (racionalidade biomédica), como parece crer normalmente o senso comum. Também outras formas de medicina possuem sua própria racionalidade.

⁴ Guedes e cols. (2006) trabalham com o conceito de anomalia no sentido kuhniano, no qual o mesmo representa um evento fora do padrão paradigmático vigente que resiste ao paradigma e instaura uma crise neste.

⁵ Ver Sfez (1997).

Abstract

Scope and limits of medicalization of the risk for psychosis: emergence of a new category?

This paper aimed to discuss the medicalization of the risk for psychosis, and more specifically, the building of a new diagnostic category which has been carried out by the DSM-5 elaboration Task Force, named psychosis risk syndrome and, more recently, attenuated psychotic symptoms syndrome. The methodology was the bibliographic review. A brief account on the genealogy of risk in psychiatry was done. The initial part of the article sought to discuss the medicalization in a more general manner, focusing on aspects of social control and technologies of the self, under a Foucault-oriented approach. Subsequently, emphasis was given to the process of medicalization of the psychosis risk, particularly to the building of a category related to such risk. Within the reach of this process, the possibility of early intervention in the psychosis in order to retard its onset was emphasized. It is still unclear whether the early intervention can reduce the severity of the clinical status once already installed or even prevent its appearance. With respect to the limitations, the risk of producing hyper-medicalization with the building of the category, leading to indiscriminated usage of neuroleptic drugs and its related risks as well as the stigmatization of individuals included in this category were addressed. The problem of the high number of “false-positive” individuals, i.e. individuals which are included in the category and later do not develop any psychotic disorder, was also addressed. This paper attempted to produce a consistent review to the building of the nosological category under discussion.

► **Key words:** medicalization; psychosis risk; DSM-5; nosological category.