

A REGULAÇÃO BIOTECNOLÓGICA DO SOFRIMENTO E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO: o papel da psicofarmacologia na percepção dos psiquiatras

Eliane Maria Monteiro da Fonte¹
Shirley Alves dos Santos²

Resumo

Este artigo tem como foco as transformações nas formas de tratamento do sofrimento psíquico pela psiquiatria na atualidade, buscando entender qual o significado atribuído pelos psiquiatras à terapêutica psicofarmacológica. O estudo investiga também como estes profissionais percebem a construção de uma psiquiatria voltada não apenas para o tratamento de transtornos mentais, mas também para o alívio do sofrimento intrínseco à vida cotidiana, assim como, para a produção de estados de bem-estar subjetivo (felicidade). A análise tem como base os resultados de uma pesquisa exploratória realizada com psiquiatras que atuam na cidade de Recife. Os resultados apontam que a ascensão no consumo de psicofármacos tem suas origens na nova relação dos indivíduos com o bem-estar e o sofrimento, quando generaliza-se a exigência de aniquilar rapidamente, quimicamente, os problemas e disfunções que se tornam insuportáveis à medida em que a felicidade se impõe como modo de vida dominante. No contexto atual, quando a psiquiatria institucionalmente não mais necessita da dualidade saúde/doença para justificar sua prática, ela é instada a se dedicar também a potencializar os humores, com o uso do psicofármaco como dispositivo de controle e eliminação do sofrimento e na produção de estados mentais mais aprazíveis.

Palavras-chave

Psiquiatria. Medicalização. Psicofármacos. Sofrimento Psíquico. Felicidade.

¹ Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

² Residente Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco (UPE).

THE BIOTECHNOLOGY REGULATION OF SUFFERING AND SUBJECTIVE WELL-BEING: The role of psychopharmacology in the perception of psychiatrists

Abstract

This article focuses on the changes in treatment of mental suffering by psychiatry today, seeking to understand the meaning assigned by psychiatrists to psychopharmacological therapeutic. The study also investigates how these professionals perceive the construction of a psychiatry dedicated not only for the treatment of mental disorders, but also to relieve the intrinsic sufferings to everyday life, as well as, for production of subjective state of well-being (happiness). The analysis is based on the results of an exploratory survey of psychiatrists who work in the city of Recife. The results shows that the rising in psychotropic drugs consumption has its origins in the new relation between individuals with the well-being and suffering, when generalizes the requirement to annihilate quickly, chemically, problems and disorders that become intolerable as happiness is imposed as a dominant way of life. In the current context, when psychiatry institutionally no longer needs the duality health / illness to justify their practice, it is required to devote also to enhance moods, with the use of psychotropic drugs as a control device and elimination of suffering and producing mental states more pleasant.

Keywords

Psychiatry. Medicalization. Psychotropics. Psychic suffering. Happiness.

Introdução

A gênese da felicidade como categoria de valor pode ser situada historicamente a partir da emergência dos ideais iluministas, em meados do século XVIII, quando valores como ‘liberdade’, ‘igualdade’, ‘fraternidade’ e ‘justiça’ passaram a ser politicamente defendidos como elementos essenciais à vida humana e à organização social moderna. É no bojo das lutas políticas

pelo fim do absolutismo e ascensão da república que a busca pela felicidade (ou a busca pelos prazeres e eliminação das dores, conforme expressões da época) passa a ocupar o rol de preocupações humanas, tornando-se a felicidade um direito e um valor que poderia ser almejado por todos os indivíduos (GIANNETTI, 2002; CAILLÈ *et al*, 2006; MCMAHON, 2006; LAYARD, 2008). Nas sociedades ocidentais contemporâneas, com a expansão das capacidades e possibilidades de ser feliz, *aqui e agora*, a busca da felicidade passa a se sobressair como uma ideia poderosa, que aparece de modo constante em obras literárias, mensagens publicitárias, pesquisas acadêmicas e projetos políticos, com valor simbólico e para expressar uma preocupação cultural dominante.³ Entretanto, como bem lembra Birman (2010), cabe esclarecer que o projeto de felicidade que se constrói na atualidade é excludente, pois não são as classes populares, mas, as classes médias e altas os alvos dos agentes sociais arautos desse projeto.

Na contemporaneidade, a opção ontológica pela individualidade encontra-se plenamente solidificada e, com base no pressuposto de que o indivíduo é, por excelência, o autor de sua vida, ele agora é visto como o único capaz de buscar a sua própria felicidade. Quando o indivíduo torna-se um gestor de si, ele é completamente responsabilizado por todos os âmbitos de sua vida: suas conquistas, seus sucessos, seus prejuízos, seus problemas, seus fracassos (DANTAS, 2009). Com a exigência da autonomia e do sucesso em suas escolhas, os indivíduos são levados a criar uma incessante demanda por assistência e amparo que multiplica os dispositivos de ajuda (discursivos, sociais e tecnológicos) com os quais tentam ser capazes de construir sua vida. Essa combinação de liberdade e dependência que vem caracterizar a vida dos indivíduos na atualidade traduziria o que Ehrenberg (2010, p. 14) denominou de *autonomia assistida*. O discurso da ciência, e o da biologia, em especial, aparece como fonte possível de orientação.

Além do consumo e posse de objetos e insígnias de

³ Para um panorama dos roteiros para a conquista da felicidade na contemporaneidade e uma análise crítica de seus impactos na configuração da subjetividade e da sociedade, consultar a coletânea de artigos intitulada *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*, organizada por Freire Filho (2010b).

conquistas objetivas, surge uma noção da boa vida que se mede pela fruição de um bem estar superlativo, um sentir-se “*mais do que bem*”, fruto da competência na gestão da vida e no uso dos dispositivos de controle e eliminação do sofrimento e otimização das potencialidades vitais (BEZERRA JR., 2010, p. 120) (grifo do autor).

É nesse contexto social que se insere o nosso estudo, que tem como foco as transformações observadas nas concepções e formas de tratamento dos transtornos mentais e sofrimento psíquico pela psiquiatria na atualidade. Segundo Bezerra Jr. (Ibid.), a psiquiatria vem passando por uma “verdadeira revolução, impulsionada por pelo menos quatro fatores decisivos”: 1) o surgimento e crescimento extraordinário dos psicofármacos, a partir dos anos de 1950, fruto de maciços investimentos financeiros pela indústria farmacêutica, introduzindo tratamentos biológicos clinicamente eficazes e de aplicação massiva, tanto no tratamento de patologias psiquiátricas graves, quanto em transtornos mentais leves; 2) o rebaixamento do limiar entre normalidade e patologia e a expansão de diagnósticos, relacionadas à padronização de sintomas trazida pelas sucessivas edições da série DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)⁴; 3) o desenvolvimento das neurociências, que ampliaram extraordinariamente o conhecimento sobre as bases biológicas da vida mental, fundamentando o funcionamento psíquico em bases orgânicas; 4) como efeitos desses fatores, articulados com outros importantes movimentos no campo político e social, vimos surgir as reformas psiquiátricas, com a superação do asilo ou hospital como espaço principal da prática psiquiátrica. O campo da saúde mental, que vem se alastrando nas últimas décadas, incorporou não apenas as outras áreas de atuação médica, como também grande parte do espaço social e imaginário cultural. É esse campo que orienta como se lida com a questão

⁴O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) é editado pela Associação Americana de Psiquiatria, sendo a principal referência para os profissionais da área e pesquisadores. O DSM-III, em sua terceira edição, foi a primeira edição do Manual a oferecer critérios sintomáticos explícitos para o diagnóstico de cada transtorno, mental tendo sido considerado por muitos uma revolução na psiquiatria.

da dor, ansiedade ou angústia contemporânea. Conforme assinala Ehrenberg (2004, p. 151),

Hoje, mais e mais problemas são definidos em termos de sofrimento psíquico e suas soluções são propostas em termos de saúde mental. [...] A referência ao par sofrimento psíquico/saúde mental se difunde no contexto de uma medicina do bem-estar, da qualidade de vida. É um movimento que está para além da psiquiatria. [...] É certo que a saúde mental é um novo domínio da saúde, porém, de maneira mais profunda, penso que é um modo de nomear confusamente toda uma série de problemas que acompanham a sociedade da autonomia.

É nessa conjuntura que a “medicalização da vida” parece vir se tornando cada vez mais popular, como um dos percursos mais capazes e rápidos para amenizar o sofrimento psíquico e os problemas que assolam cotidianamente os indivíduos, quando “o psicofármaco aparece como uma solução técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente” (DANTAS, 2009, P. 564).

O problema investigado, métodos do estudo e estrutura do texto

Na medida em que entender quais os elementos que confluem para a hegemonia e legitimação do uso de psicofármacos para controlar ou eliminar o sofrimento psíquico na atualidade é o problema sociológico sobre o qual nos debruçamos, essa tarefa implicou na identificação discursiva das práticas psiquiátricas, ou seja, como esses elementos se configuram na clínica a partir da visão de seus atores centrais, os psiquiatras. Embora cuidar do sujeito que sofre seja também reconhecido como competência da psicologia e, particularmente, da psicanálise e psicoterapias de base

cognitiva e comportamental, a prescrição de psicotrópicos é prerrogativa apenas dos profissionais médicos. É verdade que estes medicamentos podem ser prescritos também por médicos de diversas especialidades, entretanto, é na clínica psiquiátrica que o sofrimento psíquico é tratado como campo de atuação médica, ele é o objeto próprio da intervenção psiquiátrica. Esse foi motivo da escolha dos psiquiatras como sujeitos a serem entrevistados na pesquisa de campo.

A pesquisa de campo buscou identificar qual a percepção destes profissionais acerca do significado da terapia medicamentosa no exercício de sua prática profissional e como concebem a construção de uma psiquiatria voltada não apenas para o tratamento de transtornos mentais, mas também para a gestão tecnológica da vida psíquica, no alívio do sofrimento intrínseco à vida cotidiana e na produção de estados de bem-estar subjetivo (felicidade). Tentou-se também verificar como as organizações de saúde nas quais os psiquiatras estão inseridos, ou seja, o processo de trabalho institucionalizado nos serviços de saúde, relacionado à organização do trabalho e aos tipos e demandas dos usuários atendidos, orientam a prática profissional e a prescrição de psicofármacos como forma de tratamento.

Do ponto de vista metodológico, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, cuja técnica utilizada para a coleta dos dados foi a aplicação de entrevistas semiestruturadas a uma amostra não probabilística de sete psiquiatras, que atuam na cidade de Recife.⁵ Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica metodológica “Bola de Neve”. Essa é uma técnica de amostragem utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais indicam novos participantes, que por sua vez indicam outros novos participantes e assim sucessivamente, utilizando uma cadeia de referências, uma espécie de rede social. Na realização das entrevistas foi

⁵ As entrevistas foram realizadas no período entre janeiro e julho de 2013, como atividade de um projeto de pesquisa executado pelas autoras, que teve apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação (PIBIC/UFPE) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. O estudo se inseria no âmbito de um projeto de maior de pesquisa coordenado pelo professor Jonas Ferreira, do qual as autoras eram integrantes. Parte dos dados coletados na pesquisa foram analisados preliminarmente no Trabalho de Conclusão do Curso em Ciências Sociais, elaborado por Shirley Alves dos Santos, sob a orientação de Eliane da Fonte (SANTOS, 2004).

utilizado um roteiro semiestruturado de perguntas e gravadores de áudio. O material consolidado em formato de áudio foi convertido em formato wav e posteriormente transcrito. Utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (1998) como procedimento de análise de dados. Esse tipo de metodologia de análise tem por objetivo descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

O quadro 1 apresenta uma caracterização dos psiquiatras entrevistados, por idade, sexo, formação e locais de atuação profissional. Consideramos que a amostra estudada, embora não seja representativa dos médicos psiquiatras que atuam em Recife, nos fornece subsídios importantes para uma reflexão acerca da prática psiquiátrica na atualidade.

Quadro 1. Caracterização dos psiquiatras entrevistados

Sujeitos	Dados demográficos	Formação	Locais de atuação
Psiquiatra 1	Tem 50 anos, sexo masculino.	Médico psiquiatra, mestre e doutor em Sociologia.	Hoje é professor universitário. Já atuou em emergência de hospital psiquiátrico e em consultório.
Psiquiatra 2	Idade aproximada de 60 anos, sexo masculino.	Médico psiquiatra, mestre e doutor em Psicologia,	Atua em hospital geral, em consultório particular e é professor universitário.
Psiquiatra 3	Tem 32 anos, sexo masculino.	Médico psiquiatra	Atende em hospital e em consultório particular.
Psiquiatra 4	Idade aproximada de 40 anos, sexo masculino.	Médico, mestre e doutorando em Psiquiatria.	Atua em hospital universitário (onde coordena a residência médica) e em consultório particular.

Psiquiatra 5	Tem 27 anos, sexo masculino.	Médico psiquiatra.	Atua em hospital psiquiátrico público e ambulatório de hospital geral.
Psiquiatra 6	Idade aproximada de 50 anos, sexo masculino.	Médico psiquiatra.	Atua em hospital psiquiátrico público e em consultório particular.
Psiquiatra 7	Idade aproximada de 40 anos, sexo feminino.	Médica psiquiatra e psicanalista.	Atua em hospital psiquiátrico e em consultório particular.

Com o objetivo de contextualizar o cenário do campo psiquiatria no qual se inscreve o presente estudo, a seguir será apresentada uma breve retrospectiva sobre a evolução da farmacologia na psiquiatria e da expansão dos diagnósticos, acarretada pela ampliação da noção do que é transtorno mental⁶ com a padronização de sintomas trazida pelas sucessivas edições da série DSM. À ação conjunta desses fatores tem sido atribuída por diversos autores à perda da noção de sentido/significado dos sofrimentos subjetivos, própria da psicanálise e da psiquiatria clássica, e a crescente medicalização dos indivíduos na sociedade contemporânea (AGUIAR, 2004; BEZERRA JR., 2010; DWORKIN, 2007; FERREIRA; MIRANDA, 2011; GUARIDO, 2007; HORWITZ; WAKEFIELD, 2010; KINGWELL, 2006).

Na sequência serão apresentados os principais resultados da análise dos depoimentos dos psiquiatras, agrupados nas seguintes tópicos: os espaços clínicos de atuação dos psiquiatras e perfil e demandas dos usuários dos serviços; o papel da prescrição de psicofármacos na clínica psiquiátrica; e, qual o sentido da medicalização para a produção de estados de bem-estar subjetivo. Como evidência de nossos achados de pesquisa, são destacados

⁶ Em 30 anos, mais do que duplicou o número de categorias definindo *transtornos mentais*. Embora essa terminologia guarde algumas diferenças semânticas para com os termos *patologia* ou *doença mental*, no imaginário social e médico, e para efeito da prática clínica, a diferença parece ser irrelevante (BEZERRA JUNIOR, 2010).

os trechos mais elucidativos das respostas obtidas nas entrevistas. Nas “considerações finais” é apresentada uma síntese dos principais achados da pesquisa e de suas implicações.

A evolução da Farmacologia na Psiquiatria

É conhecido que a farmacopeia psiquiátrica remonta ao ambiente ancestral, entretanto, a associação entre a farmacologia e a psiquiatria (como saber medicamente institucionalizado)⁷ é relativamente recente. A clorpromazina, uma substância antipsicótica clássica, que é o padrão no tratamento de pacientes esquizofrênicos, foi sintetizada em 1950 e lançada no mercado americano em 1954. Ela foi a primeira droga psicoativa importante e não tardam a surgir os avanços da psicofarmacologia, financiada e propagandeada pela indústria farmacêutica (MILLER, 2010). Ao todo, contamos hoje com uma centena de fármacos que tratam desde a esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, até a síndrome do pânico e o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dentre outros. Se o uso dos psicofármacos provocou efeitos positivos associado às mudanças propostas no tratamento da loucura, no que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica, atualmente a psicofarmacologia e a neuropsiquiatria ganham espaço hegemônico no tratamento de sofrimentos severos, bem como, de uma gama muito maior de sofrimentos habituais da vida (GUARIDO, 2007).

Foi ainda durante os anos 1950, que surgiram os medicamentos específicos para tratar o sofrimento causado por problemas cotidianos, começando com o tranquilizante meprobamato (Miltown)⁸, que, por suas propriedades sedativas e relaxantes musculares, o tornavam eficaz contra a tensão e a ansiedade do dia a dia. No início dos anos 1960, foram lançados

⁷ A psiquiatria, enquanto saber médico institucionalizado, se constitui quando a loucura adquire o estatuto de doença mental, que requer métodos e técnicas médicas específicos para seu cuidado. A farmacologia que acompanha a prática médica em boa parte do século XX tinha como foco sedar e reduzir a ansiedade dos pacientes (FOUCAULT, 2005).

⁸ De acordo com Miller (2010, p.109), já em 1956, “um em cada 20 residentes nos Estados Unidos” fazia uso das drogas tranquilizantes (como o Miltown e Equanil), conhecidas popularmente como as “pílulas da felicidade”.

as benzodiazepinas Librium e Valium, cujos efeitos eram qualitativamente similares aos da Miltown, porém mais potentes. De acordo com Horwitz e Wakefield (2010, p. 210), pesquisas realizadas nos Estados Unidos, na época, mostravam que apenas cerca de um terço das prescrições desse tipo de medicamento era dirigido a pacientes diagnosticados com transtorno mental: “a maioria era receitada a indivíduos que vivenciavam sofrimento psíquico, crises existenciais e problemas psicossociais”. Os autores informam ainda que o uso dessas drogas era desigual entre homens e mulheres, quando dois terços das prescrições desses medicamentos eram feitos a pacientes do sexo feminino, e que “as revistas femininas populares os consideravam úteis para lidar com problemas comuns como falta de desejo sexual, infidelidade, filhos problemáticos ou inaptidão para atrair um parceiro”⁹. No final dos anos 1980 aparecem os inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRSs), para elevar os níveis de serotonina no cérebro, ajudando a impulsionar o aumento explosivo no uso desses medicamentos, que não se dirigiam a uma doença específica.

Os ISRSs [...] agem sobre um sistema neuroquímico geral que influencia muitas funções cerebrais tanto em pacientes saudáveis quanto em doentes. Eles são usados para tratar diversos problemas como ansiedade, pânico, transtorno obsessivo compulsivo, distúrbios alimentares, de abuso de substâncias e de déficit de atenção, assim como depressão e sofrimento de pessoas normais. Ademais, embora este ponto permaneça controverso, os ISRSs parecem influenciar, além dos sintomas depressivos, o temperamento, a infelicidade e a desmoralização (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 213).

⁹ O termo coloquial usado para esses medicamentos, que se tornou famoso com a canção dos Rolling Stones, *Mother's little helper* [“Ajudinha para as mães”], já indicava sua associação com o sofrimento normal das mulheres e sugeria que, “*although she's not really ill*” [“embora ela não esteja realmente doente”], os remédios poderiam ajudar a acalmá-la e, assim, “*minimize your plight*” [“aliviar seu sofrimento”] (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 210).

Em 1987, surge a fluoxetina, um medicamento antidepressivo da classe dos ISRSs, que foi sintetizada e comercializada, em 1988, pela companhia farmacêutica Eli Lilly com o nome Prozac. O lançamento do *best-seller* de Peter Kramer, *Listening to Prozac*¹⁰ em 1993, ajudou a criar um status místico para o Prozac, ao afirmar que o medicamento não só atuava no alívio de determinados sintomas, no caso de patologias, como também influenciava sentimentos normais, fazendo com que as pessoas se sentissem “melhores do que nunca”. A partir do lançamento do Prozac, o psicofármaco sai do papel coadjuvante de potencializador da psicoterapia e passa a ocupar o lugar de agente químico capaz de modificar processos biológicos e induzir à alterações comportamentais (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). Embora sua eficácia possa ser questionada, os ISRSs (que além do Prozac, inclui outros medicamentos como Zeloft, Paxil, Luvox e Efexor) entraram na cultura como as mais novas “drogas da felicidade” (KINGWELL, 2006).

A expansão dos diagnósticos na esteira dos DSMs

A primeira versão da série DSM, que foi publicada nos EUA em 1952, aplicava uma ampla classificação de diagnósticos. O DSM-II, que o sucedeu, em 1968, incorporou uma abordagem psicanalítica da psiquiatria (MILLER, 2010). Até 1980, quando se publicou a versão DSM-III, os fundamentos do diagnóstico propostos por esses manuais expressavam influências da psicanálise e da psiquiatria social comunitária, ainda que pouco a pouco ganhasse ênfase a objetivação dos critérios diagnósticos baseados em experimentações científicas que afastavam cada vez mais a dimensão de sentido antes presente na consideração dos quadros psicopatológicos. (AGUIAR, 2004). O DSM-III oficializa a junção da “doença da psiquiatria do asilo” (perturbações do tipo psicótico) com a doença da “psiquiatria dinâmica”¹¹ (perturbações do tipo neurótico), designada por “psiquiatria

¹⁰ O livro foi lançado no Brasil pela editora Record, em 1994, com o título “Ouvindo o Prozac: uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a “pílula da felicidade”.

¹¹ A psiquiatria dinâmica, também conhecida por psiquiatria psicanalítica, dominou o pensamento psiquiátrico até os anos 1960 e 1970. Por meio do método de estudo de caso, a intervenção era centrada na relação terapêutica através da qual se exploravam as biografias dos pacientes, considerando que as perturbações psicológicas tinham como causa experiências intrapsíquicas reprimidas (ALVES, 2011).

de diagnóstico”. Este regresso à psiquiatria orgânica e ao diagnóstico como núcleo da prática psiquiátrica centrou sua explicação do transtorno mental nas disfunções do cérebro (que é órgão responsável pela mente), definindo a doença mental através da presença de sintomas, independentemente de suas causas e “substituindo as explorações intrapsíquicas pela farmacologia” (ALVES, 2011, p. 59).

Foram os DSM-III e IV¹² que constituíram a base para que, do ponto de vista prático, a prescrição de psicofármacos deixasse de ser prerrogativa dos psiquiatras e pudesse ser realizada por profissionais de outras especialidades médicas. Se um transtorno específico pode ser identificado através de sua sintomatologia, uma vez eliminada a necessidade de interpretação subjetiva das causas deste transtorno, de fato, o DSM passa a ser um manual capaz de orientar o não-especialista, se constituindo em passo importante na banalização de diagnósticos de transtornos e de sua associação a terapêuticas com psicofármacos. A quinta edição DSM, lançado em 2013 em substituição ao DSM-IV, embora não tenha aceitação unânime, é atualmente referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, globalizando o modelo psiquiátrico americano. Na atualidade predominam modelos expansivos de doença mental, que se consubstanciam em sistemas de classificação internacional como o DSM e o CID¹³.

O problema dos diagnósticos baseados em sintomas é que, ao diminuir a fronteira entre normalidade e patologia, trazendo para o campo da psicopatologia traços, emoções e estados subjetivos anteriormente vivenciados e tratados como inerentes à vida comum, se amplia a noção de

¹² O DSM-IV, criado em 1994, lista 374 formas separadas de transtornos mentais, mais do que os 297 da edição anterior, caracterizando um movimento ascendente na identificação de patologias (KINGWELL, 2006).

¹³ A Classificação Internacional de Doenças (CID) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Os transtornos mentais são agrupados na parte F do manual e contém 100 transtornos mentais que foram editados e atualizados na 10ª edição, em 1994. Ela é revista periodicamente e a 11ª edição estava prevista para ser lançada em 2015.

transtorno mental em tal medida que abarca grande parte da população¹⁴. Talvez, o mais importante efeito disso seja “o borramento paulatino da fronteira entre tratamento e aperfeiçoamento”, que vem materializando a ideia de uma psiquiatria dedicada também ao “alívio do sofrimento inerente à vida cotidiana e aos limites naturais da vida, bem como para a produção, por meio da regulação biotecnológica, de estados de bem-estar e felicidade” (BEZERRA JR., 2010, p. 121). Como essas transformações se refletem na clínica psiquiátrica é o que será analisado nas próximas seções, a partir dos resultados obtidos na pesquisa de campo.

Os espaços de atuação da Psiquiatria e o perfil dos usuários

Os pacientes que são atendidos nos serviços de saúde mental apresentam aspectos com muitas variações, mas, é possível traçar um perfil dos tipos de usuários de acordo com a instituição de atendimento. Nos hospitais psiquiátricos é mais comum o atendimento de pacientes das classes populares com transtornos mentais graves, como por exemplo a esquizofrenia, que privam os sujeitos da razão e, eventualmente, é necessário internar. A internação hospitalar continua a prevalecer nos casos de surtos psicóticos, entretanto, de acordo como é preconizada na atualidade, ela deve ser considerada como transitória e ter caráter excepcional como alternativa terapêutica. Hoje há razoável consenso quanto à proposta de se enfatizar o atendimento extra hospitalar nos ambulatórios, nos CAPS e consultórios. Nos consultórios é comum o atendimento de pacientes com depressão, ansiedade e outros transtornos mentais menos comprometedores para a vida dos sujeitos. O depoimento do entrevistados abaixo é representativo sobre esse aspecto.

“Atualmente estou fazendo assistência de um pavilhão feminino [em um hospital psiquiátrico], esse pavilhão recebe internações de pacientes que vem da emergência. Basicamente, a população que é assistida, por esse tipo de intervenção, geralmente, por ser um hospital público, é carente e com

¹⁴ As empresas farmacêuticas, que tem lucros exorbitantes com a transformação do sofrimento comum em doença, são possivelmente os beneficiários mais visíveis do diagnóstico baseado em sintomas do DSM, e também seus maiores propagandistas (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

patologias predominantemente da esquizofrenia ou transtorno bipolar, são essas as mais frequentes. [...] Há quadros mentais que tem a possibilidade de tratamentos em caráter ambulatorial e domiciliar, mas há outros que, dentre as propostas terapêuticas, porque não é a única, pode se colocar a internação. [No consultório] a característica maior são de transtornos mais leves, que vão desde as ansiedades, aos transtornos depressivos. Tem uma característica que, geralmente, é possível tratar no consultório e no domicílio.” (Psiquiatra 6)

Mesmo que permaneçam locais de internação psiquiátrica, cujo papel terapêutico é acolher o paciente e permitir que a situação crítica pela qual ele passa naquele momento seja vivida como um intervalo ou fase no processo de tratamento extra hospitalar, o fato é que a maioria dos casos clínicos que se apresentam como demanda dos serviços de saúde mental não necessitam de internação e poderão ter melhor prognóstico se tratados nos ambulatórios ou nos consultórios.

De acordo com os depoimentos dos psiquiatras, os pacientes portadores de transtornos mentais de média e alta complexidade são minoria nos consultórios onde, atualmente, tem crescido muito a demanda de pessoas sofrendo com ansiedade e depressão. Outro problema frequentemente apresentado pelos pacientes é a frustração, sobretudo financeira, quando não conseguem atender aos padrões de consumo almejados. Também existem as queixas clássicas de dificuldade de relacionamentos, de sofrimentos que trazem da infância relacionados à falta de amor dos pais. Assim, as maiores dificuldades apresentadas pelos pacientes são de lidar com os problemas sociais, familiares, e relações pessoais, no trabalho e no campo afetivo.

“A grande maioria dos pacientes, que eu recebo no consultório, passam ou tem alguma dificuldade momentânea ou recente. É muito comum a gente receber pacientes que estão envolvido na perda de um parente, que estão passando por uma dificuldade como um término de um namoro ou de um casamento, ou estão prestes a acabar, ou no trabalho não está nada legal, os conflitos em família, com os filhos envolvidos com drogas. [...] São sempre mais dificuldades de lidar com problemas que surgiram, problemas sociais, familiares, pessoais, trabalho. Acho que é o que prevalece é a vida afetiva das pessoas que, em relação a porcentagem, acho que chegaria uma média

de até 80% no consultório da gente hoje.” (Psiquiatra 3)

Um aspecto importante em relação ao tratamento através da medicalização é o papel que tem as diferentes instituições onde é realizado o exercício das atividades desses profissionais. A primeira diferença assinalada entre as instituições públicas e as privadas é no que tange as possibilidades terapêuticas. A instituição privada, na qual geralmente o atendimento é realizado para as classes médias e altas da sociedade, possibilita um atendimento mais completo, porque têm recursos, o tempo necessário para a escuta, o que favorece um bom desenvolvimento no processo de decisão referente ao diagnóstico e ao tratamento, que é feito em parceria com o paciente. Apesar da liberdade que o psiquiatra tem em seu consultório de fazer escolhas pessoais, essas são condicionadas também pelas demandas dos pacientes, que muitas vezes tem pressa em obter resultados e apela pela medicalização.

“Quando você está no seu consultório, você pode fazer escolhas mais pessoais, inclusive ali existe um acordo com seu cliente, seu paciente[...] É outro universo, porque tem gente que diz: “Me ajude, eu sei que o senhor é psicoterapeuta, então me ajude com psicoterapia, estou sofrendo muito, eu sei que o remédio podia aliviar, mas eu quero viver essa experiência, eu quero viver até o fim dessa dor, eu quero que o senhor me ajude!” , aí é diferente. Mas, você não escapa de medicar, você como psiquiatra não vai escapar. Em algum momento o seu cliente vai pedir: “Pelo amor de Deus, me dê um remédio!” Você está num contexto que há uma demanda social por esse tipo de solução. Há trinta anos atrás, quando era estudante, você falava assim: “Você vai fazer uma análise, que dura três ou quatro anos, legal!” Hoje você vai fazer uma terapia que dura três meses: “O quê? Três meses? Pelo amor de Deus, dá um remédio que resolve isso logo!”. São mudanças dentro das demandas sociais, é o mal dos tempos, e o remédio também entra nesse sentido, como uma resposta mais rápida...”. (Psiquiatra 2).

Nos serviços de saúde onde o trabalho interdisciplinar é realizado com uma equipe de profissionais, o que pode acontecer, em alguns casos, é que o psiquiatra encontra-se impossibilitado a fazer qualquer tratamento além

da medicação, como uma psicoterapia, por exemplo, porque a instituição restringe essa atribuição apenas para os psicólogos, restando ao psiquiatra apenas diagnosticar e medicar, como se depreende do depoimento de um dos entrevistados:

“Em geral você está numa equipe, então tem um clínico, tem uma psicóloga, tem uma assistente social, tem terapeuta ocupacional, tem um conjunto. Quando você coloca o psiquiatra numa equipe dessa, ele já está recebendo um papel que é diagnosticar e medicar, porque se ele quiser fazer psicoterapia o psicólogo vai dizer: “Não, esse é meu campo!”. Então eu já tive essa experiência no hospital que eu trabalhei: eu queria fazer psicoterapia com os clientes, e eles queriam fazer psicoterapia comigo e isso incomodou a psicóloga que era responsável por essa área. Ai meu chefe me chamou e disse: “Olhe, você é psiquiatra, e psiquiatra diagnostica e medica, deixe que a psicóloga faz o trabalho de psicoterapia”. (Psiquiatra 2)

Foi observado por um dos entrevistados que nas instituições públicas, espaço que atende principalmente as classes populares, a medicalização prevalece em razão do tempo exíguo da consulta ou, talvez, insuficiente para conseguir se fazer um diagnóstico mais qualificado.

“O serviço que permite pouco tempo para o profissional ter com o seu paciente, está de alguma maneira favorecendo a medicalização. Se você tem menos tempo de ouvir, você vai entender menos o que é aquilo, você vai ter menos tempo de lidar com aquele sofrimento e de combater aquele sofrimento de uma maneira não necessariamente intervencionista, percebe? Por exemplo, tem pessoas que se você conversar dez, quinze, vinte minutos tem um potencial de alívio do sofrimento gigante. [...] no hospital, no serviço no ambulatório, CAPS, qualquer serviço que organize seu funcionamento de uma forma onde tem que atender muita gente, no determinado espaço [de tempo], ao fazer isso favorece a prática indiscriminada de psicofármacos” (Psiquiatra 4)

Em uma análise crítica da distribuição social da oferta dos serviços de saúde mental, a partir dos depoimentos dos entrevistados, pode-se perceber que existe uma desigualdade no que tange ao tipo de tratamento oferecido aos sujeitos de camadas sociais diversas. Isso vem corroborar

as observações de Bezerra Jr (2007, p. 137) para essas diferenças: para as camadas mais abastadas existem os divãs dos psicanalistas, os consultórios, uma relação mais personalizada entre cliente e terapeuta e a possibilidade de uso de técnicas mais variadas; para a maioria da população, de sujeitos oriundos das classes trabalhadoras, resta apenas a internação ou os breves minutos de “consultas” em ambulatórios, onde as filas, o descaso e a falta de condições materiais “transforma o que deveria ser um ato terapêutico em ritual mecânico de prescrição de psicofármacos e cronificação do sofrimento”.

Ao se buscar identificar os determinantes da prescrição de psicofármacos no caso brasileiro, provavelmente, a primeira resposta incidirá sobre as precárias condições de trabalho a que estão submetidos a maior parte dos psiquiatras da rede pública de assistência à saúde mental, onde não há tempo razoável para que seja feita uma consulta digna deste nome, ou não existem condições para o acompanhamento do paciente em intervalos cabíveis.

Na verdade, a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receitas. A falta de tempo impede que se chegue a um diagnóstico de confiança, as marcações de 30 em 30 dias ou mais impossibilita uma evolução do caso, e o círculo vicioso vai cronificando médico e paciente neste simulacro de tratamento. Nomes sem rostos, pacientes sem história sucedendo-se um a um na cadeira do paciente, saindo da consulta com nada mais que um saco de remédios e uma marcação de retorno longínqua (BEZERRA JR. 2007, p. 148).

Se os psiquiatras são levados a receitar psicofármacos por uma série de fatores, dentre os quais se salienta os apontados acima, também é verdade que grande parte dos usuários dos serviços de saúde mental espera do médico exatamente isso, como será visto na próxima seção.

O papel da prescrição de psicofármacos na clínica psiquiátrica

Não há nenhuma originalidade em se reconhecer a enorme importância dos psicofármacos nas mudanças radicais de perspectivas terapêuticas, principalmente para os transtornos mentais mais graves, como nos casos das psicoses. Os depoimentos dos psiquiatras entrevistados não deixam dúvida com relação ao lugar desempenhado pela psicofarmacologia, considerando seu papel fundamental para a inserção da psiquiatria no campo da medicina biológica.

“A intervenção farmacológica é predominante e é muito forte dentro dos profissionais médicos, muito forte em especial para psiquiatria. O psiquiatra não está envolvido, por exemplo, em métodos de exames complementares, intervencionais, não tem uma tomografia, não tem um raio x, um exame de hemodinâmica, você não tem um processo cirúrgico. Todo campo de atuação do psiquiatra está tentando desenvolver o seu olhar clínico, que é poder examinar, diante do que a gente chama de exame mental, que é um exame basicamente de escuta e de percepção, de visualização, ou de construção de uma história. Mas, a intervenção quase que se resume a intervenção medicamentosa.” (Psiquiatra 6)

De fato, foi via a farmacologia que a psiquiatria foi reintroduzida na medicina, quando os psiquiatras puderam finalmente tratar. No entanto, alguns psiquiatras admitem que a medicação tem um papel, que pode ser mais ou menos importante, no tratamento em função do tipo do transtorno, mas não deve ser a única alternativa terapêutica possível. Conforme um dos entrevistados,

“Uma pessoa que está em sofrimento e, talvez, em um quadro depressivo leve, ela não vai ser o fundamental no tratamento. A medicação vai ser um auxílio, mas não vai ser responsável pela maior parte do tratamento. Numa pessoa com surto psicótico esquizofrênico, com sintomas de agressividade, com perda do juízo da realidade, com risco de agressividade para a mãe ou para avó que more em casa com ele, aquela medicação vai ser uma parte importante do tratamento, embora mesmo assim, não vai ser o tratamento completo. Sempre deve ser feito tratamento psicoterápico, tratamento terapêutico ocupacional, reinserção familiar. [...] um psicofármaco bem

usado, bem avaliado pode ser a diferença para você retomar a sua vida social.” (Psiquiatra 4).

Quando ocorre que um psiquiatra é também um psicanalista, fica muito difícil fazer a separação entre psiquiatria e psicanálise, pois na atividade profissional atua com as duas formações e a escuta deve preceder a medicalização, como exemplificado no depoimento abaixo:

“O paciente que chega até o consultório ou no hospital, de imediato ele não vai sair com medicação. Vai depender de como eu vou avaliar o contexto dele, da vida dele e aquela demanda que ele está me trazendo, o comprometimento disso e os riscos disso na vida dele, aí é o que vai me permitir fazer uma escolha. [...]Um paciente pode até não ter nenhuma condição de fazer uma psicanálise, o nível de comprometimento naquele momento, a urgência, na gravidade dele, ele não vai conseguir parar, pensar, aprofundar, melhorar aquele nível de angústia para poder fazer um trabalho mais profundo, mais subjetivo.” (Psiquiatra 7).

Neste caso, o tratamento terapêutico ainda é percebido como algo voltado para a reflexão dos problemas e da elucidação do sentido oculto dos sintomas, através da fala, e o medicamento, quando usado, tem o propósito de ser um facilitador desse processo. Para alguns dos entrevistados, na clínica psiquiátrica não se medica o sofrimento e sim a doença ou transtorno mental. O depoimento abaixo resume a distinção que é feita:

“A gente usa medicação quando você tem doença mental, o psiquiatria que usar medicação para sofrimento, está fazendo errado, percebe? Sofrimento não é mais, nem menos, mas é diferente. O sofrimento mental pode passar sem nenhuma medida intervencionista, enquanto quando você tem uma doença mental bem estabelecida, que em geral vem com sofrimento, necessita-se de tratamento medicamentoso. [...]Um paciente psicótico, um paciente esquizofrênico em surto, necessariamente, pelo viés da psiquiatria vai precisar ser medicado, percebe? A decisão sobre o uso ou não do psicofármaco depende do enquadramento ou não num contexto de doença mental, não do sofrimento.” (Psiquiatra 4).

Entretanto, outros entrevistados reconhecem que, cada vez mais, a medicalização acontece por uma demanda do paciente que não tolera o sofrimento e busca medicalização para tudo, inclusive, transformando o sofrimento em patologia, com o aval da própria psiquiatria, mas cuja origem está no próprio contexto social.

“Acho que existe uma tendência hoje, talvez, na psiquiatria patologizar o sofrimento psíquico, você medicar sem fazer essa busca do sujeito pela sua autonomia e pelo insight do seu sofrimento com a sua vida. [...] Eu acho que essa coisa da patologização é um fenômeno social, não é culpa da medicina ou só do paciente, é do contexto em que a gente vive. As vezes a gente tem uma tendência a querer respostas rápidas, a evitar o sofrimento de qualquer forma, a evitar esse processo de construção de autoconhecimento, que é um processo doloroso e muito difícil. Então, hoje é fácil você tratar; está ao seu alcance, você vai lá toma um remedinho e resolve, esconde os problemas, enfim, sua vida, sua dor esquece dela.” (Psiquiatra 5).

Considerando que, na atualidade, o sofrimento não é reconhecido socialmente como algo positivo, a busca pela analgesia no campo da psiquiatria pode ser interpretado como forma de lidar com o sofrimento psíquico, caracterizando o que tem sido denominado como a “medicalização da existência”.

A banalização do recurso aos medicamentos psicotrópicos pode ser vista como um indício da extensão do bem-estar físico à esfera moral, como o alastrar do ideal de conforto até o domínio psíquico. [...] A novidade da questão reside na crescente intolerância face ao mal-estar interior, bem como na espiral das exigências consumistas no que se refere ao bem-estar psicológico. A “medicalização do existencial” não é tanto a resposta à ditadura da *performance* como o efeito do poder do imaginário do bem-estar e da qualidade de vida que actualmente

engloba o campo psíquico (LIPOVETSKY, 007, p. 248) (grifo do autor).

Como já foi discutido, a ampla gama de sintomas presentes nos manuais médicos, bem como, a forma diagnóstica proposta por eles permitem que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. A socialização do DSM na formação médica geral também permite que clínicos de outras especialidades possam medicar com facilidade seus pacientes. Mas, alguns psiquiatras têm demonstrado sua preocupação em relação a isso.

“Na verdade, vou defender a minha classe, os grandes erros com medicação, o grande abuso medicamentoso é de outras especialidades: cardiologista, oncologista, gastroenterologista. Eles dizem: “Tome um remedinho para você ficar mais calmo”. E, não controlam esse uso da medicação, a pessoa toma um ano, dois anos, três anos, dez anos... No final o remédio não está funcionando, mas, a pessoa fica dependente.”
(Psiquiatra 2)

Não se trata aqui de sugerir a manutenção do domínio psiquiátrico na prescrição de psicofármacos, mas de revelar a banalização do diagnóstico e os riscos do uso irrestrito do medicamento como intervenção diante da vida. Apesar disso, essas prescrições por médicos de outras especialidades podem ser vistas pelos psiquiatras com maior tolerância, como exposto abaixo.

“As medicações hoje são muito mais seguras, o quantitativo de efeitos adversos é cada vez menor. Não vou dizer que não existam efeitos tóxicos [...] mas, são medicações que tem um aspecto menos agressivo, faz com que até outros médicos, de outras especialidades, se sintam mais a vontade de utilizar tais medicações: você vai ver ginecologistas utilizando antidepressivo para a tensão pré-menstrual, você vai ver cardiologistas tratando síndrome do pânico, você vai ver reumatologistas tratando síndrome Augia, que são situações que não podem estar restritas apenas ao universo do psiquiatra” (Psiquiatra 7).

Pode-se perceber aqui que o compartilhamento do objeto da psiquiatria com outras especialidades médicas ocorre na medida em que amplia o foco de suas preocupações para algo menos específico que a doença mental, ou seja, para o sofrimento. Se por um lado, a psiquiatria passou a ter um campo de atuação mais amplo, por outro, ela abriu mão do privilégio exclusivo da prescrição de alguns psicofármacos para outras especialidades médicas que lidam de alguma forma com o sofrimento psíquico. Mas, o problema é tanto a automedicação, como a facilidade que alguns profissionais prescrevem medicamento, sem conversar com pacientes, em função da demanda deles de que o médico “*passe um remedinho*”.

“A gente recebe também pacientes que estão se automedicando, que alguém passou para ele aquele remédio, aí ele achou que foi bom e quando ele vai para um cardiologista, ou ginecologista, e o próprio clínico e diz que está tomando aquela medicação, aquela medicação é prescrita novamente sem uma avaliação. [...] Isso é muito frequente, infelizmente, porque aí não vai se tratar de fato o que o paciente tem, e sim os sintomas, é como se alguém tivesse uma infecção na garganta, e o médico tivesse só tratando a febre, então isso é muito ruim.” (Psiquiatra 7).

Uma das maiores preocupações atuais é o uso indiscriminado da terapêutica farmacológica, quando o medicamento passa a ter centralidade na terapêutica de pacientes em estado de sofrimento psíquico, mas em quem não se pode claramente identificar uma patologia psiquiátrica. Porém, conforme sugere Bezerra Jr (2007), do ponto de vista da demanda por medicação, deve-se considerar também a perspectiva do indivíduo que sofre e que sente, à sua maneira, a necessidade de ajuda e que espera a superação de sua experiência dolorosa. Ele não percebe sua busca como resultado de um processo de medicalização de sua existência, de seus problemas pessoais ou de despolitização pela psiquiatria dos conflitos sociais nos quais está imerso. Se o indivíduo procura um serviço de saúde mental, e não outro tipo de ajuda, como a religiosa ou mística, é porque a terapêutica psiquiátrica cada vez mais aparece para ele como solução natural desse tipo de problema, cuja naturalização pode estar associada a um complexo sistema de ideias, expectativas e representações acerca da doença, saúde e tratamento. “É o sofrimento que o move, é a superação desta experiência que

ele almeja” (BEZERRA JR, 2007, p. 146).

Para os sujeitos oriundos das classes mais abastadas a noção de saúde está relacionada ao bem-estar, sendo qualquer diminuição deste estado considerada como potencialmente doentia ou já é identificada a um sintoma. Por outro lado, para indivíduos da classe trabalhadora, a ideia de saúde sofre uma grande restrição, pois está fortemente ligada a possibilidade do indivíduo poder exercer suas atividades laborais, considerando que eles “não só dependem exclusivamente de seu trabalho para a reprodução social, como expressam nessa condição (a de *trabalhadores*) sua marca precípua de auto identificação positiva” (DUARTE, 1988, p. 10) (Grifo do autor). Desta forma, a medicação é percebida pelos indivíduos como um instrumento fundamental, pois, ao atuar sobre o corpo e mente doentes, permite ao indivíduo retornar ao emprego e demais afazeres da vida.

Para além da terapêutica: onde se insere a medicalização de estados de bem-estar?

Não obstante as diferenças na concepções de saúde/doença entre os indivíduos de camadas sociais diferentes, o uso excessivo de medicamentos psicotrópicos parece ser um dos traços significativos da cultura ocidental contemporânea, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo gênero, deve ser abolido a qualquer preço. Isso é ponderado por um dos entrevistados:

“No mundo de hoje a gente relaciona normalidade com felicidade... Então, foi infeliz, sofre, é anormal ou tem um problema patológico. [...] Como sair do sofrimento? Esse é um reflexo contemporâneo, que para pensar a felicidade teria que sair do sofrimento e não utilizar o sofrimento para buscar a felicidade, como ocorre, por exemplo, na tradição cristã”.
(Psiquiatra 1)

Outro entrevistado admite que no passado isso não acontecia, pois as pessoas tinham outro comportamento e valores, conforme depoimento abaixo.

“Eu tenho quase 60 anos, já pude viver muita coisa, então na minha infância e início da adolescência era o contrário do que é hoje, as pessoas não buscavam tanto a felicidade como se busca hoje. A ideia era que, para alcançarmos algo, temos que buscar o sacrifício, então o socialmente valorizado era aquele que se sacrificava. Claro, o sacrifício tinha como objetivo final alcançar algo bom ou a felicidade, mas era uma vida de sacrifício e alguns momentos de felicidade ao final. Hoje, a mensagem que a sociedade dá é meio oposta: é feio sofrer, você tem que ser feliz. [...] hoje as pessoas querem descaradamente ser feliz sem nenhum sacrifício, então há uma inversão.” (Psiquiatra 2)

Se não são mais os outros, os deuses, a religião ou a coletividade, os responsáveis pela felicidade, mas sim o próprio indivíduo, então não ser feliz, ou se afastar dos novos padrões de saúde e bem-estar definidos pela agenda de qualidade de vida, torna-se um problema individual, uma falha, fazendo com eles sejam considerados como os novos *desviantes* ou *anormais*. (CAILLÈ et al., 2006; FREIRE FILHO, 2010a). A partir dos depoimentos pode-se perceber que um dos pontos de concordância dos psiquiatras é o reconhecimento da negação da dor, pois os indivíduos estão se tornando cada vez menos tolerantes diante de qualquer ameaça de desconforto. O desprazer, o incômodo, o cansaço, o mal-estar, ou qualquer negação que se interponha a uma vida prazerosa deve ser rapidamente extinguida.

Provavelmente, o novo status social do sofrimento psíquico seja relevante, mas como denegação. Afinal, fala-se do sofrimento para exorcizá-lo[...] que é uma contrapartida da reivindicação de valores relacionados com a autonomia, o desempenho, o empreendedorismo, a responsabilidade, a adaptação, a iniciativa, a flexibilidade etc. Por isso, o sofrimento é interpretado como sintoma de fracasso e incapacidade – como inadaptação. Podemos chamar isso de “handicapização” do sofrimento, como tal perfeitamente passível de ser capturado pelo campo da saúde mental (PERRUSI, 2015, p. 146-147).

É nesse contexto que os medicamentos são anunciados como mercadorias propiciadoras de prazer, que permitem um alívio rápido e sem esforço de qualquer problema que os aflija, para que os indivíduos possam aproveitar intensamente todos os momentos da vida. Se a medicação é utilizada como uma mediação entre a pessoa e o mundo, isso não é responsabilidade apenas da psiquiatria. Contudo, compete ao médico escolher medicalizar ou não, conforme apontado no depoimento abaixo.

“O mundo atual lida mal com a dor, quer respostas imediatas para as coisas, a medicação psiquiatra entra fazendo parte dessa engrenagem não tenho a menor dívida. Então vamos dizer assim: me separei do marido, remédio; fui demitida do trabalho, remédio; conflito em casa, remédio; dificuldade financeira, remédio. Cabe o psiquiatra fazer uma boa ou má psiquiatria, não embarcar nessa roda viva [...] A psiquiatria faz essa coisa de medicalizar para conter a dor. Por exemplo, o psiquiatra às vezes nem quer, mas o paciente fica pedindo, aí é claro que o psiquiatra tem a liberdade completa de embarcar nisso ou não, porque eticamente ele não está obrigado a entrar naquele jogo.” (Psiquiatra 4)

Mas, o que os psiquiatras pensam a respeito da prescrição de psicofármacos para a promoção de estados de bem-estar e de felicidade? Em suas respostas alguns dos psiquiatras enfatizam que o tratamento do transtorno mental, que pode também aliviar algum sofrimento, não busca proporcionar a felicidade, então não acreditam na felicidade química.

“Há uma divulgação que você vai para o psiquiatra buscar a pílula da felicidade, o que é um absurdo. Você não vai buscar a felicidade no consultório, você pode minimizar o seu transtorno, você pode minimizar o seu sofrimento que é causado pelo transtorno e não vai encontrar uma pílula mágica. [...] Acho que é muito mais a dificuldade de encontrar mecanismos internos para lidar com a dor e o sofrimento no mundo em que tudo é muito rápido e tudo é muito imediato, tudo tem que ser feito logo, tudo tem que estar bem e pra cima. [...] Existir esse sofrimento é uma coisa de vergonha, todo mundo tem que ser muito perfeito, muito lindo, muito harmônico, muito esteticamente maravilhoso, então o feio, o difícil e as dificuldades não vão encontrar espaço para poder resolver essas questões, que na verdade estão dentro delas...” (Psiquiatra 7)

Os psiquiatras nem sempre prometem felicidade com psicofarmacologia e sua prescrição, para o aprimoramento da vida subjetiva dos indivíduos, não parece ser ainda algo trivial. Entretanto, reconhecem que o tratamento terapêutico (incluindo o medicamentoso) pode propiciar ao indivíduo libertar-se de seu sofrimento, melhorar sua *performance*, ou seja, seu desempenho satisfatório, tanto no campo profissional como pessoal, ampliando assim as possibilidades para se buscar a felicidade.

“Não há ninguém, a não ser um psicólogo norte-americano¹⁵ que está começando esse trabalho sobre a felicidade, que possa, a partir da psicologia, da psicoterapia, da psiquiatria, ou partir dos psicofármacos, prometer a felicidade.[...] Agora, claro, o próprio processo, quando você ajuda uma pessoa a sair de um processo depressivo, ou pela psicoterapia ou pela psicofarmacologia, ou pela interação dos dois, você está, de certa forma, ajudando a ampliar as possibilidades para buscar a felicidade porque antes nem isso ela conseguia enxergar no horizonte dela.” (Psiquiatra 2)

Mas, eles também reconhecem que, do ponto de vista da neurobiologia, existe de fato a possibilidade de se construir uma psiquiatria voltada para a produção da felicidade, como assegura um dos entrevistados:

“A transformação recente é a medicalização, que é baseada numa crença de que boa parte do sofrimento tem uma localização biológica que está no cérebro, de que você modulando, controlando a química do cérebro, você pode trazer prazer; pode retirar e eliminar ansiedade, angústia principalmente, e com isso você pode fazer uma experiência da psiquiatria da felicidade. É uma espécie de psiquiatria parecida com a psicologia positiva, no sentido que não deixa de ser uma psicologia da felicidade.” (Psiquiatra 1).

Se até pouco tempo os psicofármacos existentes apresentavam riscos e efeitos colaterais muito incômodos e só os sujeitos acometidos

¹⁵ O entrevistado se refere aqui à Psicologia Positiva, que foi instituída formalmente nos Estados Unidos, na virada do milênio, como um movimento científico que estuda cientificamente as emoções positivas, forças e virtudes próprias do indivíduo, buscando explorar o lado positivo da vida, tendo como objetivo final a promoção da felicidade humana. Para uma discussão crítica dessa abordagem, consultar Freire Filho, 2010a.

por patologias viam vantagem em seu uso, as pesquisas recentes em farmacologia e neurociência propiciaram o surgimento de drogas mais seletivas e com menos efeitos colaterais, ou gravidade reduzida quando esses efeitos ocorrem, o que as tornam mais bem aceitas. O psiquiatra já não tem que escolher um entre dois grandes males, o que foi importante para que pacientes com transtornos mentais leves pudessem também ser tratados com substâncias químicas, acarretando a desestigmatização dos medicamentos psicoativos, tornando a regulação tecnológica da vida psíquica mais aceitável. Isso se reflete na expansão continuada do consumo de tratamentos farmacológicos para os transtornos em geral, assim como, para o controle de emoções indesejadas e produção de bem-estar, se estendendo até no aprimoramento do desempenho cognitivo e da memória (*cognitive enhancement*)¹⁶ (BEZERRA JR, (2010).

Considerações Finais

Retomando os objetivos que guiaram o estudo, serão sintetizados a seguir os principais achados da pesquisa no que se refere as seguintes questões: qual é o significado da terapia farmacológica para os psiquiatras? Quais são os fatores que influenciam o uso hegemônico da psicofarmacologia no tratamento dos transtornos mentais? O que favorece a legitimação do uso de psicofármacos para controlar ou eliminar o sofrimento psíquico pela psiquiatria na atualidade?

Os psiquiatras reafirmam que psiquiatria hoje, teoricamente, é dominado pela neuropsiquiatria, se caracterizando como uma biopsiquiatria, uma psiquiatria biológica, e o tratamento para esse tipo de psiquiatria é a medicação. A psiquiatria tem como base uma formação médica, então vai em busca dos sinais e sintomas psicopatológicos de um

¹⁶ Esse é o caso da Ritalina (que tem como princípio ativo o metilfenidato), medicamento lançado em meados da década de 1950 para o tratamento de crianças com quadros de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDH), que vem sendo cada vez mais utilizado por estudantes e candidatos em concursos públicos. Ver sites que tratam desse fenômeno: <http://www.gabaritofinal.com.br/2014/08/ritalina-droga-dos-concurseiros-conheca.html>; <http://saude.ig.com.br/minhasaude/2014-10-16/pesquisa-mapeia-uso-indevido-de-ritalina-em-universitarios.html>.

transtorno ou doença mental, acreditando que suas origens estão no cérebro, mesmo que não esteja claramente identificado, como, por exemplo, na esquizofrenia. Então, tem que tratar com psicofármacos, ou seja, tem que tratar a origem biológica da patologia. A psiquiatria tem como função o controle dos sintomas dos transtornos mentais e dos seus efeitos maléficos (para o paciente e os outros), através da internação hospitalar (que prevalece nos casos de surtos psicóticos) e pela medicalização.

Foi identificado que o trabalho institucionalizado nos serviços de saúde, de alguma forma, norteia a prática profissional dos psiquiatras e a prescrição de psicofármacos como forma de tratamento. A primeira diferença ocorre entre as instituições públicas e as privadas. Nos serviços de saúde onde o trabalho é realizado com uma equipe interdisciplinar de profissionais, é a própria instituição que estabelece ao psiquiatra a função de diagnosticar e medicar; nas instituições públicas, onde se atende principalmente indivíduos das classes populares, o tempo exíguo das consultas é o que favorece a prática indiscriminada de psicofármacos.

Nos consultórios, onde geralmente o atendimento é realizado para indivíduos das classes mais favorecidas, tem se ampliado a busca por tratamento da ansiedade e depressão, além de sofrimentos relacionados a dificuldade de lidar com os problemas sociais, familiares, nas relações pessoais, no trabalho e no campo afetivo, a medicalização acontece quase sempre por uma demanda da clientela. Se é verdade que, *“na medicina, enquanto psiquiatria, você tem instrumentos que propiciam o alívio do sofrimento, sobretudo, com os psicofármacos”* (Psiquiatra 5), esse tipo de medicamento parece estar se tornando um recurso cada vez mais demandado para o controle das emoções indesejáveis diante das situações de sofrimento em relação a vida.

Essa prática foi ressaltada por um dos entrevistados ao afirmar que *“nos dias de hoje, na busca da felicidade o indivíduo não procura mais uma virtude, uma causa, procura um especialista, procura ajuda de uma medicação”* (Psiquiatra 1). Nestes casos, quando a medicalização psicotrópica sai da patologia, para se inserir na normalidade da vida, ela transforma-se em *“técnicas de adaptação a um modo de vida no qual o bem-estar é um estado híbrido que pertence tanto à saúde mental quanto ao*

conforto” (EHRENBERG, 2010, p. 151).

Mas, a essência da cultura terapêutica psicológica (em qualquer de suas formas, faladas, cirúrgicas ou farmacêuticas) é que suas práticas só podem funcionar a partir da disseminação da ideia de que a infelicidade, se for profunda, não é normal, ou seja, ela pode até ser comum, mas nem por isso é imune à intervenção terapêutica ou a medicalização (KINGWELL, 2006). Se a meta da existência humana na contemporaneidade é alguma forma de felicidade, torna-se natural o desejo por parte dos indivíduos infelizes de buscar a cura para a infelicidade que lhes é oferecida. Se existem as ferramentas disponíveis por que não utiliza-las? Se a cirurgia estética é tão atraente para tantas pessoas, por que a “psicofarmacologia cosmética”¹⁷ não seria? Quais são os limites para decidir quando permitir melhorias do corpo ou da mente como sendo inquestionáveis? E quem poderia ser tão desmancha-prazeres para negar a alguém os benefícios dessas drogas fantásticas que, além de tratar transtornos mentais e libertar indivíduos de suas angústias, podem produzir comportamentos e estados mentais mais aprazíveis? O alerta vem nas palavras de um neurobiologista, pois a escolha não é tão límpida como aparenta ser:

Primeiro, desconhecem-se os efeitos biológicos das drogas a longo prazo. Segundo, são igualmente misteriosas as consequências do consumo social e massivo das drogas. Terceiro, e talvez o mais importante: se a solução proposta para o sofrimento individual ignorar as causas de conflito individual e social, é pouco provável que dure por muito tempo. Pode tratar um sintoma, mas não afeta a raiz da doença (DAMÁSIO, 1996, p. 299)

A maneira de tratar o sofrimento oriundo dos conflitos pessoais

¹⁷ “Psicofarmacologia cosmética,” é um termo cunhado pelo psiquiatra norte-americano Kramer (1994, p. 15) para caracterizar o uso de psicofármacos na inexistência de psicopatologia definida, para contornar dificuldades cotidianas decorrentes de traços de personalidade (como o mau humor ou timidez), quando basta uma pílula para tornar a personalidade compatível com as exigências da cultura capitalista.

e sociais exteriores ao campo da medicina é uma questão que ainda está por se resolver (do ponto de vista ético, político e social), considerando a predominância, no contexto atual, de não se fazer nenhuma distinção e utilizar a abordagem médica para curar qualquer desconforto. Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns indivíduos como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XX. Contudo, se faz necessário avaliar os efeitos possíveis de um processo onde os medicamentos se transformam em elementos mágicos que são utilizados ao menor sinal de angústia, tristeza ou qualquer desconforto psíquico.

Referências

ALVES, Fátima. 2011. *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença – um estudo no Norte de Portugal*. Porto, Edições Afrontamento.

AGUIAR, Adriano A. 2004. *A Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

BARDIN, Lawrence. 1998. *Análise de Conteúdo*. RJ, Edições 70.

BEZERRA JR., Benilton. 2010. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In Freire Filho, João (org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FVG. Pp. 117-134.

BEZERRA JR, Benilton. 2007. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais de saúde. In: Tundis, Silvério Almeida; Costa, Nilson Rosário Costa (org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 8ª edição. Petrópolis, RJ, Vozes, p. 133-169.

BIRMAN, Joel. 2010. Muitas felicidades?! O imperativo de ser feliz na contemporaneidade. In: Freire Filho, João (org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FVG, p. 27-47.

CAILLÈ, Alain, LAZZERI, Christian & SENELLART, Michel (Org.). 2006. *História argumentada da filosofia moral e política: a felicidade e o útil*. São Leopoldo: Editora Unisinos.

DAMASIO, Antônio. 1996. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.

DANTAS, Jurema Barros. 2009. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21, dez. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/202/365>. Acesso em: 16 Out. 2015.

DUARTE, Luiz Fernando. 1988. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor-CNPq.

DWORKIN, Ronald W. 2007. *A felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz*. São Paulo, Editora Planeta do Brasil.

EHRENBERG, Alain. 2004. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora*, v. VII, n. 1, jan./jun., p. 143-153.

EHRENBERG, Alain. 2010. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida, SP: Ideias e letras.

FERREIRA, Jonatas e MIRANDA, Erliane. 2011. Consumo de psicofármacos: entre o cuidado de si e a sintetização da catarse. In: Ferreira, Jonatas; Scribano, Adrián. *Corpos em Concerto: diferenças, desigualdades e conformidades*. Recife, Editora Universitária da UFPE, p. 227-247.

FOUCAULT, Michel. 2005. *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva.

FREIRE FILHO, João. 2010a. A felicidade na era de sua reprodutibilidade científica: construindo “pessoas cronicamente felizes”. In: Freire Filho,

João (Org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2010, p. 49- 82.

FREIRE FILHO, João (Org.). 2010b. *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro, Ed. FGV.

GIANNETTI, Eduardo. 2002. *Felicidade: Diálogos sobre o bem-estar na civilização*. São Paulo, Companhia das Letras.

GUARIDO, Renata. 2007. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.33, n.1, jan./abr., p. 151-161.

HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. 2010. *A Tristeza Perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. São Paulo, Editora Summus.

KINGWELL, Mark. 2006. *Aprendendo felicidade: todas as tentativas de Platão ao Prozac*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

KRAMER, Peter D. 1994. *Ouvindo o Prozac: uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a pílula da felicidade*. Rio de Janeiro: Record.

LAYARD, Richard. 2006. *Happiness: Lessons from a New Science*. London, Penguin Books.

LIPOVETSKY, Giles. 2007. *Felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo*. Lisboa, Edições70 Ltda.

MCMAHON, Darrin M. 2006. *Felicidade: uma história*. São Paulo, Globo.

MILLER, Toby. 2010. Felicidade ao estilo americano In: Freire Filho, João (Org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro, Ed. FGV, p. 105-115.

PERRUSI, Artur. 2015. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Social*. São Paulo, v. 1. 27, n.1, junho, p. 139-159. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/103356>. Acesso em: 10 Out. 2015

SANTOS, Shirley Alves dos. 2014. *A busca da felicidade e a patologização do sofrimento: a percepção dos psiquiatras em relação ao uso de medicamentos psicoativos*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.