

Filipe Barbosa Margarido

Universidade de São Paulo - USP

filipemargarido@hotmail.com

A BANALIZAÇÃO DO USO DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS¹

RESUMO

Este artigo apresenta uma observação crítica sobre a banalização do uso de antidepressivos e ansiolíticos, assim como os riscos e necessidades da supressão química do sofrimento que ocorre na atual sociedade normativa usuária dos avanços psicofarmacológicos, a qual propicia o aparecimento de pílulas da felicidade, pílulas da inteligência, pílulas da obediência, entre outras. Para isso, realizou-se um diálogo com a psiquiatria, que é um dos fundamentos da causa medicamentosa. Observa-se nesse contexto a ação da indústria farmacêutica, do marketing e dos locais em que ocorre a medicalização generalizada, descobrindo-se o processo de patologização do indivíduo e da sociedade, a natureza política por trás dos transtornos mentais, e a questão da validade do diagnóstico em psiquiatria.

Palavras-Chave: psicofármacos; psicotrópicos; medicalização; antidepressivos; ansiolíticos.

ABSTRACT

This article presents a critical remark on the trivialization of antidepressants usage and anxiolytics, as well as the risks and needs of chemical suppression of agony that occurs in the current normative society which uses the psychiatric drug advances and allows the appearance of happiness pills, intelligence pills, among others. For that, a dialogue with psychiatry has been held, once psychiatry is one of the fundamentals of the medicalizing cause. It is noted, in this context, the action of the pharmaceutical industry, marketing and places where medicalizing occurs widespread, finding the process of one's pathologization, as well as society's, and political nature behind mental disorders.

Keywords: psychiatric drugs; psychotropic; medicalizing; antidepressants; anxiolytics.

Anhanguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato
Alameda Maria Tereza, 4266
Valinhos, São Paulo
CEP 13.278-181
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Artigo Original
Recebido em: 27/04/2012
Avaliado em: 24/06/2012

Publicação: 20 de julho de 2012

¹ Este trabalho foi apresentado no XIV Congresso de Iniciação e Produção Científica, no XIII Seminário de Extensão da Metodista e no VIII Seminário PIBIC / UMESP de Pesquisa da Universidade realizado em outubro de 2011.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem por alvo a questão do uso dos ansiolíticos e antidepressivos e os fatores que encaminham o indivíduo a este. Este trabalho não serve como diretriz nas questões de doenças mentais graves e no uso de antipsicóticos, somente ansiolíticos e antidepressivos.

Dentro do atual contexto social, dada a globalização e com o incrível progresso e abrangência da propaganda através de uma mídia que alcança um número cada vez maior de pessoas, passa-se a acreditar que se tornou fora de moda o sentimento de angústia ou o enfrentamento algum sofrimento. Para dar conta disso a indústria farmacêutica conta com um grande arsenal medicamentos, passando a contar com as assim chamadas “pílulas da felicidade” e “pílulas da inteligência”, que serão abordadas adiante, tudo para combater a tristeza, o insucesso, a depressão, a ansiedade, entre outros distúrbios.

Um dos grandes fatores que leva o indivíduo ao uso de uma medicação psicotrópica é a depressão. Esta é conhecida como uma doença afetiva que em geral apresenta sintomas como a redução de sono, perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, perda de apetite, dificuldade na concentração, pensamentos de morte ou suicídio. Em casos mais graves, leva a um estado vegetativo (KAPLAN; SADOCK, 2008, p. 195).

A depressão pode ser uma doença crônica e, como tal, pode acabar impedindo o indivíduo de executar as atividades que possivelmente desenvolveria caso estivesse são. A causa da depressão nem sempre é clara e estudos revelam que a alimentação inadequada também está relacionada à depressão e, por conseguinte, à deficiência de vitaminas, alteração hormonal, etc.

É considerável o avanço da psicofarmacologia e da psiquiatria no tratamento dos transtornos mentais, que, juntamente com as técnicas de neuroimagem, puderam determinar, por exemplo, o funcionamento neurológico de pacientes em crise ou surto psicótico, e identificar os tecidos-alvo da ação de determinado psicofármaco (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999, p. 65-67). Permitiram também visualizar anatômica e quimicamente a atividade cerebral e assim poder comparar o cérebro em outros estados do mesmo paciente ou em outros indivíduos.

Esses avanços puderam também identificar a deficiência ou o excesso de neurotransmissores em determinadas patologias e, por vezes, suprimi-la quimicamente. Permitiu também a monitorização da criação, renovação e recaptação de neurotransmissores relacionados à cognição e afetividade, como o humor, memória, aprendizado, concentração, dor, coordenação motora, entre outros, além da possível

relação desses neurotransmissores com os sítios específicos e com o sintoma apresentado pelo paciente.

O problema é que com o avanço do tratamento psicofarmacológico, nos casos de depressão severa e grave, acaba incluindo-se também o tratamento psicofarmacológico para os casos de depressão leve e a transtornos aos quais, *a priori*, não seriam indicados tais psicofármacos. Não só pessoas depressivas estão tomando tais medicações, mas também pessoas que querem se adaptar melhor à rotina do dia a dia.

Antidepressivos comuns estão sendo usados e indicados em casos que não têm relação com a depressão, como, por exemplo, a tensão pré-menstrual, a dor física, o mau humor, a ejaculação precoce, entre outros (NOGUEIRA, 2009). Esses não têm relação direta com a depressão, mas geralmente dão ao indivíduo a ideia de sofrimento e mal-estar que deve ser remediado com antidepressivos. Episódios depressivos leves respondem muito bem à terapia não medicamentosa, mas as depressões de moderadas a graves é que necessitam de intervenção medicamentosa.

O livro *The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth* (O império das novas drogas: explodindo o mito dos antidepressivos, em tradução livre), do psicólogo norte-americano Irving Kirsch (2010), defende que há muitos casos graves de depressão nos quais o uso de psicotrópicos é indispensável, salvando até a vida do paciente, retirando-o de um estado letárgico, minimizando o risco de suicídio, aumentando assim sua vontade de viver e de curar-se quando possível. Os antidepressivos são, nesses casos, importantes para supressão dos sintomas ativos das doenças mentais. Embora isso seja irrefutável, não justifica o uso excessivo para curar a epidemia de depressão dos últimos anos.

Nesse mesmo estudo, Kirsch chega à conclusão de que na maior parte dos tratamentos para a depressão os antidepressivos funcionam como efeito placebo. E o efeito placebo atua diretamente na origem da doença: na autoestima, na expectativa, na disposição física e mental do usuário. O autor defende que o placebo tem resultados satisfatórios, mas sendo apenas um remédio de farinha, não sendo ele próprio a cura do paciente, não deveria ser empregado.

Quanto maior for o componente psicológico ou orgânico da depressão, menos suscetível ele ficará ao placebo. O inverso também é verdadeiro. Quanto menor for o componente psicológico ou orgânico da depressão, mais suscetível ficará ao efeito placebo.

2. MEDICALIZAÇÃO E SOCIEDADE

Um dos fortes agravantes da problemática na questão da medicação são as informações midiáticas. Nesses ditames aparecem os discursos da lógica do mercado, da compra e da satisfação. Compra de tudo: da calma, do amor e da felicidade. Nesse âmbito, sustenta-se o pensamento que sempre há algo sob medida para o indivíduo, desde uma casa, um carro, ou uma medicação, que ofereça ao indivíduo que escolha o seu próprio humor.

Fica mais difícil o processo de escolha do indivíduo sobre o uso ou não uso da medicação frente às promessas e propagandas da mídia, quando ressaltam o sucesso de medicações de ponta, as quais prometem menos efeitos colaterais desagradáveis e que não causam dependência. Prometem até a cura, não pautando a diferença entre cura e alívio, com promessas de controlar a angústia através da biotecnologia, de proteção do indivíduo a quaisquer tribulações psíquicas e de venda da felicidade (FRANÇA, 2001, p.139). Importa observar que o capitalismo não pretende fazer o indivíduo parar de desejar, pois tem uma fluidez e volatilidade que tornam os objetos de desejo cada vez mais incertos.

Uma analogia proposta por Mendes e Viana (2012) esclarece a situação do paraíso do condomínio fechado, que supostamente pode propor uma segurança quase absoluta aos moradores, com várias portarias, câmeras, vigilância 24 horas, etc. Este é um dos sonhos da atualidade pautados no sistema capitalista, no qual um de seus regimentos é marcado pelo medo. Medo de ser assaltado, sequestrado, medo de não ter sucesso, medo da infelicidade, etc. Essa forma de o indivíduo lidar com o meio social estende-se a diversos outros campos da sua vida, até na vida psíquica.

Nesse contexto social e psíquico a busca de um psiquiatra, de uma segurança ou de uma medicação repete a analogia do condomínio fechado, da política da segurança absoluta, pautada no medo da tribulação. Assim, a política da medicalização dispõe da mesma forma o desamparo demonstrado pela política do condomínio fechado, conferindo aos indivíduos a fantasia do controle absoluto do edifício, da segurança e da vida psíquica.

Dessa forma, a medicalização funciona como o alimento do discurso do desamparo. Alimento do medo que o mal social poderia causar. A medicalização alimenta a fantasia que o sofrimento é impossível. A tendência de uma medicalização generalizada apoia-se sobre o pensamento de que por meio do processo medicamentoso é possível anular o sofrimento que a sociedade pode causar. E sem que o sujeito perceba, a medicação tenta suprimir não só o sofrimento, mas também tudo aquilo que o indivíduo

deseja e não pode possuir. Tudo o que a mídia e a propaganda oferecem e que o indivíduo não pode ter. A medicação retira o indivíduo da percepção da angústia e dá-lhe um silenciamento cada vez maior. Retira-o da percepção da crítica e dá-lhe a aceitação incondicional dos ditames de uma sociedade normativa.

A prescrição de psicotrópicos predispõe o indivíduo à necessidade da medicação, predispondo-o à necessidade de quem prescreve, predispondo-o à necessidade da instituição prescritora, predispondo-o à uma sociedade medicalizada, predispondo-o à necessidade de manutenção do *status quo* da entidade prescritora, causando uma dependência biológica, psicológica e social do usuário. E essa instituição promete uma estabilidade emocional ao indivíduo, ao mesmo passo de uma promoção de uma escravidão química, mantendo um processo de retroalimentação. Parece mais fácil culpar o indivíduo pela sua doença, do que culpar a instituição. Gera menos gasto. É mais difícil medicalizar a instituição.

Como se ainda não fosse suficiente, desta lógica serve-se também a indústria da cosmética e da boa forma. Diversas dietas apoiam-se sobre o uso medicamentoso em suas composições, que contêm ansiolíticos e antidepressivos em suas fórmulas para a diminuição do apetite (ANVISA, 2010). Essas receitas são fornecidas por qualquer médico, psiquiatra ou não (SEBASTIÃO; PELÁ, 2010, p. 254), ou, ainda, fornecidas em farmácias de manipulação. E o mais interessante é que funciona. Fazer uma dieta tomando algum tipo de fórmula realizada numa farmácia de manipulação realmente diminui o apetite, e leva o indivíduo à busca do corpo desejado, não importando a que custo.

Esses casos de uso abusivo de ansiolíticos e antidepressivos também são incentivados pela indústria farmacêutica (MENDONÇA, 2009, p. 18-20; 160-161). Igual ao sensacionalismo jornalístico em relação à tragédia, assim faz a indústria farmacêutica em relação ao transtorno mental, sensacionalizando a depressão e a ansiedade como as grandes vilãs.

Não é da vontade de uma companhia farmacêutica reduzir o uso de seu produto tampouco curar transtornos mentais (CARNEIRO, 2010), pois a cura desses transtornos significaria a morte, morte de seus rendimentos. O aumento do mercado e da venda de antidepressivos e ansiolíticos não diminui os casos de depressão. Não é a medicação que cura a depressão. Dessa forma, os clientes das indústrias farmacêuticas acabam se tornando clientes vitalícios.

Observa-se a seguir como o processo psicofarmacológico atua nas áreas do trabalho e na educação escolar e como esses, por sua vez, acabam por atingir todas as demais instâncias da vida do indivíduo.

3. NO TRABALHO E NA ESCOLA

Nos contextos socioeconômicos que exigem o massacre do corpo para o desempenho exigido, são dispostas as substâncias psicoativas como atributo facilitador do trabalho. Drogas lícitas ou ilícitas seguem como alimento e força não só do corpo, mas também do sistema econômico, consentindo significativamente com lógica social, subjugando o corpo e o organismo, predispondo-o a serviço do mercado de trabalho (ANVISA, 2010).

Pessoas sem transtorno mental ou doença alguma têm feito uso de medicações que serviriam para tratar disfunções cerebrais, mas que nelas intensificam a atenção, concentração, memória e aumentam o desempenho cognitivo. São as chamadas pílulas da inteligência. O mais comum deles é o modafinil, que é indicado no tratamento de narcolepsia que é um transtorno neurológico onde a pessoa desenvolve um acesso súbito de sono profundo. Essa droga faz a pessoa ficar acordada por mais de 60 horas, sem sono, cansaço. O usuário dessa medicação, por exemplo, dorme, em média, 3 ou 4 horas por dia, não causando vício, nem euforia, apenas aumentando a disposição. Inicialmente houve grande procura por parte do exército e das forças armadas dos Estados Unidos e agora o foco está entre os estudantes e executivos. E a testagem da droga foi promissora. Os participantes tiveram ótimos resultados em testes cognitivos, aumentando assim a inteligência, e disseram não sentir nenhum efeito colateral (NOGUEIRA, 2009).

Outro lócus em que se repete a lógica farmacológica é o do ambiente escolar. A criança no contexto escolar é diretamente afetada pela farmacologia psiquiátrica. Quando uma criança apresenta um comportamento adverso, uma dificuldade de aprendizado, ou um dos diversos transtornos vigentes possíveis até o momento, é comum que ela seja encaminhada a um atendimento especializado para ser atendida ou medicada, e, posteriormente, aguardar resultados na questão da aprendizagem.

No entanto, seriam passíveis de análise no contexto apresentado, dois fatores: 1) A não investigação da possibilidade de o contexto escolar ser, por vezes, contraditório às possibilidades de ensino e aprendizado; 2) O que se passa no serviço de saúde ao qual a criança é encaminhada para que saia de lá com um diagnóstico e uma receita em mãos.

A medicação mais comum usada no contexto escolar é a Ritalina (Metilfenidato), de composição e ação semelhante ao da anfetamina, usada em casos de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, e a ritalina pode causar dependência física ou psíquica (DEF, 2000, p.877). Também pode ser enquadrada no status de “pílula da obediência”.

Retomando o âmbito da escola, a partir do pós-atendimento especializado conferido à criança, caso ela retome o comportamento de outrora, ou que não desempenhe

o esperado, supõe-se que seus pais serão convocados e os mesmos responderão aos coordenadores pedagógicos que a criança já passou por atendimento especializado e está tomando os remédios. Entretanto, é provável que os coordenadores pedagógicos ou os professores questionem aos pais se a medicação foi ministrada corretamente, dada a continuidade do comportamento da criança.

Desta forma, observa-se que mesmo os educadores, os quais poderiam ou deveriam observar a que se sucede, reafirmam assim a imprescindibilidade do medicamento, vendendo essa verdade adquirida aos pais e à criança, que acreditará que de fato tem um transtorno e que precisa tomar os remédios todos os dias (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

Tanto os pais quanto a escola *desresponsabilizam-se* do devido cuidado ao infante, atribuindo-lhe uma questão médica. E se o médico também for questionado quanto a essa prática unicamente medicamentosa, o mesmo responderá que cumpriu sua parte para o retorno à aprendizagem do infante. É um processo de retroalimentação, tornando o processo de medicalização numa entidade máxima responsiva que devesse corresponder à altura da expectativa, ou como se a criança devesse responder adequadamente a essa ou àquela medicação, ou que a bioquímica devesse ou pudesse responder o porquê da dificuldade de aprendizado da criança.

4. MEDICALIZAÇÃO E INDIVÍDUO

A ideia de medicalização leva o indivíduo a pensar que ele somente irá se livrar do sofrimento através da lógica psicofarmacológica. Sendo assim, o processo de automedicação não finda, uma vez que para o indivíduo existe a suposição de ter esgotado todas as outras possibilidades de enfrentamento da situação em que este se encontra. O sofrimento advindo dessa situação é o sentimento de insuficiência, de vazio, de angústia.

Contudo, tanto o âmbito individual quanto o social são marcados pela insuficiência, vazio, angústia, os quais solicitam reparação, suficiência, complementariedade e sustentação.

No âmbito discutido há muitos suplementos individuais, sociais, espirituais, etc. No entanto, pretende-se tratar da complementariedade químico-medicamentosa, que opera diretamente no alvo das queixas. Como todo ser vivo é levado a realizar escolhas, sendo ele racional ou não, opta-se, em geral à primeira vista, por aquilo que aniquila o sofrimento de imediato através de seus juízos de valor.

A premissa de que existindo o sofrimento psíquico a possibilidade de uma vida bem-sucedida é reduzida baseia-se na hipótese de o sofrimento ser contrário à vida, ao processo de desenvolvimento e amadurecimento. Mas é importante ressaltar que esse sentimento de incompletude e angústia foi o responsável pela existência da vida humana na terra. Foi o responsável pela não extinção do homem na busca de uma melhor acomodação no mundo, na fuga dos perigos iminentes à vida, a partir da construção de abrigos que o preservassem de catástrofes, por exemplo (FREUD, 2006). Há na depressão e na angústia uma força criadora. Foram esses os sentimentos que impulsionaram o homem a se desenvolver visando à melhoria de vida (SEGATTO; MARTINS, 2009).

Nota-se que a vida cotidiana do ser em sofrimento o ameaça à condição de aniquilação de si mesmo, conferindo-lhe as opções de reagir ou fugir, como seu instinto o indica. Entretanto, o que acontece na questão medicamentosa é diferente. O indivíduo fica no meio termo entre fugir e ficar, não operando eficazmente em nenhum destes, uma vez imbuído numa condição de *pathos*²: Observa-se o silenciamento da queixa, e não só da queixa, mas dos diversos âmbitos da vida pela lógica medicamentosa.

Se um grupo determinado de pessoas, num determinado contexto social, aderir a uma determinada prática que alivia o sofrimento, esse grupo impactará sobre todas as outras camadas através de um contágio num fenômeno grupal. Como afirma Freud em “Psicologia das Massas e Análise do Eu” (1921, p.172),

[...] esse também é, aproximadamente, o estado do indivíduo que faz parte de um grupo psicológico. Ele já não se acha consciente de seus atos. Em seu caso, como no do sujeito hipnotizado, ao mesmo tempo que certas faculdades são destruídas, outras podem ser conduzidas a um alto grau de exaltação. Sob a influência de uma sugestão, empreenderá a realização de certos atos com irresistível impetuosidade. Essa impetuosidade é ainda mais irresistível no caso dos grupos do que no do sujeito hipnotizado, porque, sendo a sugestão a mesma para todos os indivíduos do grupo, ela ganha força pela reciprocidade.

O fenômeno apresentado poderia explicar o porquê do hábito do uso de substâncias psicoativas, em vez de decrescer, tem crescido consideravelmente nos contextos socioeconômicos, da educação, no lazer, na moda, etc. Mas é lícito questionar até que ponto pode-se declarar-se saudável aquele quem vive em total consonância com uma sociedade doente. Esse fenômeno também servirá como exemplo sobre os rápidos diagnósticos e medicações psiquiátricas no experimento de Rosenhan que será comentado adiante.

A seguir, um diálogo com os fundamentos da psiquiatria que se inscreve neste tema como um dos determinantes da causa medicamentosa.

² Palavra grega que significa paixão, excesso, catástrofe, passagem, passividade, sofrimento e assujeitamento. Esse termo também é usado por Descartes.

5. HISTÓRIA E CRÍTICA PSIQUIÁTRICA

Inicialmente os “curadores” dos males mentais não eram médicos convencionais. Eram pessoas que se dedicavam ao conhecimento e tratamento dessas pessoas ditas como loucas em suas épocas (SZASZ, 1974). Não tinham formação médica, mas eram notáveis os seus métodos de tratamento, como o eletrochoque, o choque insulínico que induzia ao coma, a histerectomia, a sedação, entre outros. Era evidente que não conseguiam curar seus pacientes, mas acalmava-os com essa terapêutica. E para reafirmarem seu *status*, por uma questão de suficiência profissional, medicavam quase tudo. Não só a população, mas a medicina também se admirou com esse feito, que parecia solucionar a loucura. O método da lobotomia³, proposto por Egas Moniz, rendeu-lhe o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949 e desde então a psiquiatria incorporou-se à medicina.

Atualmente, a psiquiatria, por ter uma formação médica, tende a tratar a doença mental como qualquer outra doença orgânica, assim como o faz a medicina tradicional. Entretanto, quaisquer outras doenças orgânicas são passíveis de testagens, exames complementares, comprovação, tratamento específico e, às vezes, até a cura. A doença mental não segue esses padrões descritos anteriormente. O que faz sentido à medicina geral não faz sentido à psiquiatria. Nada comprova a doença mental.

Uma analogia que esclarece uma das diferenças entre doença orgânica e doença mental reside no fato de que uma doença orgânica especificamente comprovada é igual em todo o lugar do mundo, não diferencia classe social, raça, etc. O mesmo não serve para a doença mental. A doença mental sempre está relacionada diretamente ao contexto social, político, espacial e temporal (SZASZ, 1974). Daí então a falta de lógica ao usar o modelo médico para o tratamento dos transtornos mentais.

Há também o equívoco de comparar as medicações psiquiátricas com as medicações da medicina tradicional. Considerando que as medicações comuns tratam de uma doença, de uma questão que está ali claramente observada e comprovada através de uma avaliação e de exames complementares, com a comprovação do transtorno mental ocorre ao contrário. Há, ainda, na psiquiatria, por exemplo, o método da tentativa e erro na busca da dose ideal da medicação para cada paciente. Isso sugere certa imprecisão diagnóstica e medicamentosa para uma ciência.

³ Cirurgia de abertura dos lobos frontais do crânio através de uma broca. Na Idade Média esse procedimento, denominado trepanação, até então era usado para afugentar entidades que poderiam estar comprometendo o indivíduo. Em 1935, na medicina foi usada a lobotomia, que é o mesmo procedimento da trepanação. Esse tratamento cirúrgico causava uma hipoatividade emocional nos pacientes, como se estivessem sedados, e retiravam os pensamentos patológicos que se fixavam nessa região do crânio. Os resultados são contraditórios.

Importante ressaltar que não se trata de subjugar outras áreas do conhecimento científico, tais como a medicina e a psiquiatria, que são igualmente importantes na luta e na busca do bem-estar do indivíduo. Trata-se de intervir e ressaltar que, mais que uma intervenção bioquímica que rebaixe o nível de crítica do paciente, faz-se necessário saber que a medicalização não pode ser considerada abominável, tampouco pode consistir no primeiro recurso a ser recorrido num tratamento. Faz-se necessário saber que grave não é o uso, grave é pensar que sem a medicação não se vive.

Faz-se necessária a compreensão de como a psiquiatria impõe-se nessa questão do uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, e como esta determina de como é, ou como deveria ser, o tratamento deste ou daquele indivíduo. A psiquiatria, protegida pela autoridade médica, tem a medicação como símbolo triunfante sobre as demais ciências. Sendo essa ciência que poderia melhor explicar o inexplicável de curar o incurável. Nesse sentido, conforme França (2001), numa entrevista com Costa e Silva, afirma que

[...] há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia de um diagnóstico de problemas mentais. Se o sujeito é tímido e você forçar um pouquinho, ele pode ser enquadrado na categoria de fobia social. Se ele tem uma mania, leva um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Hoje em dia, se o indivíduo não tomar cuidado e passar desavisado pela porta de um psiquiatra, pode entrar numa categoria dessas e sair de lá com um diagnóstico e um tratamento na mão. Até eu, se não me cuidar, acabo me enquadrando em quatro ou cinco casos [...]

Quase todas as pessoas que vão a um consultório psiquiátrico, vão em busca de um psicotrópico. E é o que as pessoas esperam que ocorra. É o papel que a psiquiatria tem desempenhado ultimamente. Repete-se nos consultórios psiquiátricos um paternalismo químico medicamentoso, que dá ao paciente a impressão de estar sendo cuidado e tratado. Assim como os cirurgiões operam, os engenheiros constroem, os psiquiatras prescrevem. Banalizou-se no senso comum delegar a saúde mental à bioquímica médica. Há na psiquiatria uma determinação em prescrever, diagnosticar, enquadrar, classificar, etc.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) é um manual para os profissionais da área da saúde mental, que categoriza os transtornos mentais e os critérios diagnósticos. Mesmo sendo um modelo norte-americano da descrição dos processos diagnósticos, é amplamente usado no Brasil e no mundo.

O DSM, em sua primeira versão em 1952, listava 112 desordens mentais. Atualmente, em sua IV edição, descreve 374 transtornos mentais. O triplo do primeiro.

Parece que a cada edição quase dobra a quantidade de transtornos mentais, gerando o questionamento de que se realmente foram descobertas novas doenças ou se trata de uma invenção ou sofisticação das já existentes. Isso coloca em cheque o caráter científico do DSM. Para quase todos os transtornos há uma medicação específica. Do ponto de vista industrial farmacêutico, parece rentável o processo diagnóstico (CECCARELLI, 2010). É preciso que esse manual não transforme o diagnóstico de transtorno mental em sinônimo de medicação psicotrópica.

Na emergência da depressão e da ansiedade os psiquiatras as tratam como sintomas de uma série de comportamentos como alterações de humor, ansiedade, pensamentos negativos, falta de disposição, insônia, falta de apetite, banalizando não somente o diagnóstico, mas também a medicação a ser empregada. As queixas relatadas pelos pacientes podem estar relacionadas às causas mais diversas, não necessariamente patológicas. No processo de avaliação médica, quando a queixa do paciente é muito vaga ou inespecífica, lança-se mão de um psicofármaco. Ou quando o médico desconfia que possa haver certa intensidade dramática nas queixas, ou que pode haver um quadro ansioso relacionado à queixa, também se lança mão de um psicofármaco. Faz-se necessário saber que o papel da medicalização em psiquiatria atualmente baseia-se no controle dos sintomas, e nada mais.

Retomando a questão histórica da psiquiatria e da medicação, um tema não tão novo, Foucault, em seu livro *Doença mental e psicologia* (1975), já apontava para o abismo que os profissionais da saúde mental estavam percorrendo.

6. A CRÍTICA DE FOUCAULT

A psiquiatria constituiu a doença mental com os pressupostos da medicina tradicional, a partir da descrição do sintoma, de suas variações, alternância, evolução, etc., obtendo-se assim uma descrição metódica da patologia (FOUCAULT, 1975).

Nessa descrição metódica da patologia mental o indivíduo tornou-se um ser puramente biológico para as ciências humanas. Foucault explica nesse livro que com essa descrição metódica psiquiátrica a doença fica atrelada puramente aos sintomas e, desta forma, tenta alcançar uma suposta essência natural da doença a partir dos sintomas. Isso é um equívoco. Para ele, uma psicologia formada a partir desses preceitos é totalmente incapaz de se aproximar de uma patologia mental. Seria necessário abrir mão dessa medicina biológica que ainda tem aspectos botânicos para vislumbrar as dimensões das doenças mentais atreladas um psiquismo individual.

Para a psicologia do século XIX, a doença era descrita em seus aspectos negativos, uma vez que sua definição foi embasada na classificação metódica das doenças. Assim, restringia-se a apenas uma faceta da doença, revelando a dimensão negativa da patologia e, conseqüentemente, retirando do homem suas capacidades bem como sua própria responsabilidade sobre a doença, visto que os aspectos positivos lhe eram ocultados. Foucault aponta que “a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vem preenchê-lo” (FOUCAULT, 1975, p. 24).

Com a angústia estamos no cerne das significações patológicas. Sob todos os mecanismos de proteção que singularizam a doença, revela-se a angústia e cada tipo de doença define uma maneira específica de reagir a ela [...] Pode-se, então, dizer, de certo modo, que é através da angústia que a evolução psicológica transforma-se em história individual; de fato, é a angústia que unindo o passado e o presente situa-os em uma relação ao outro e confere-lhes uma comunidade de sentido; [...] (FOUCAULT, 1975, p.50).

Foucault explica que sem um olhar crítico, o bio-poder existente no processo de medicalização, gera um saber-poder que acabam por ditar as normas da vida. Há a necessidade de se buscar uma unicidade na doença, que está na própria história do indivíduo numa dimensão única que vem a se tornar base de um adoecer único, intrínseco à vivência humana como um todo.

7. A VISÃO DE THOMAS SZASZ

Assim como Foucault solicita a busca dessa singularidade existente no adoecer de cada um, Thomas Szasz, em seu livro *O mito da doença mental. Fundamentos de uma teoria da conduta pessoal* (1974), afirma que toda psiquiatria é um ato político. E que a psiquiatria está, na verdade, a tratar de uma demanda política e controle social em vez de tratar de paciente. “Os que sofrem e reclamam do seu próprio comportamento em geral são classificados como ‘neuróticos’; aqueles cujo comportamento faz com que as pessoas sofram, e a respeito de quem outros reclamam, são em geral classificados como ‘psicóticos’” (SZASZ, 1974, p. 251).

Nesse livro o mesmo autor explica que a doença aparece no sentido econômico e social, ou seja, quem não estiver de acordo com os ditames doentios capitalistas será considerado um doente com diagnóstico específico, digno de rótulos específicos assim como fazem as breves consultas e os rápidos diagnósticos psiquiátricos. Essa é a natureza política por trás dos transtornos mentais. Atualmente para pormenorizar o problema e o rótulo, as especialidades médicas tendem a chamar de “transtorno mental” e não mais de “doença mental”. O texto a seguir coloca em cheque a questão do diagnóstico, do método e da medicação psiquiátrica.

8. O EXPERIMENTO DE ROSENHAN

Rosenhan liderou um experimento em 1974 que abalou toda a comunidade psiquiátrica e institucional de sua época. Rosenhan e sua equipe realizaram um teste de validade para os diagnósticos psiquiátricos. Para isso contou com uma equipe de voluntários que marcaram consulta em 12 instituições psiquiátricas públicas e privadas nos Estados Unidos. Esses voluntários não tinham nenhum problema mental. Na avaliação psiquiátrica, os voluntários apenas diziam escutar vozes que diziam “oco”, “vazio” e “tum-tum”, sendo essa a única mentira que os voluntários podiam contar. Nos ademais questionamentos respondiam naturalmente os fatos verdadeiros de suas vidas, assim como a casa onde residiam, trabalho, relacionamentos, etc., sem omitir mais nada. Não havia nada de anormal ou psicótico no histórico pessoal de cada um.

Todos os pseudopacientes voluntários, com exceção de um só, foram internados com o diagnóstico de esquizofrenia. Após adentrarem os hospitais, faziam anotações em suas cadernetas escondidos dos funcionários da instituição, mas ao verem que os funcionários não prestavam atenção nessas anotações, passaram a fazer suas anotações abertamente.

O contato dos pseudopacientes com os funcionários não era muito frequente nas instituições. Sendo assim, comportavam-se normalmente e não simulavam mais nada. Eram medicados com as medicações psicotrópicas, mas fingiam tomar a medicação escondendo-as debaixo da língua, jogando-as fora posteriormente.

Nenhum dos voluntários foi reconhecido como farsante pelos funcionários, apesar de suas públicas demonstrações de sanidade. Exceto os pacientes, que reconheceram que eles, os pseudopacientes, não eram “verdadeiramente loucos”. Os pacientes das instituições declaravam: “Você não é louco. Você é um jornalista ou um professor checando o hospital”.

Permaneceram internados entre 7 e 52 dias, e só puderam ser liberados depois de admitir que eram doentes e que estavam melhorando. Foram liberados com o diagnóstico de “esquizofrenia em remissão”. Posteriormente, ao reverem seus prontuários médicos, não constava coisa alguma a respeito da falseabilidade de seus sintomas.

Rosenhan explica que o ambiente hospitalar psiquiátrico modifica a situação e o conhecimento de qualquer ação, seja ela lúcida ou não. Relata que é mais difícil ser são em lugares insanos, ou como questionado anteriormente, até que ponto pode-se declarar-se saudável aquele quem vive em total consonância com uma sociedade doente. E a consequência disso para os pacientes internados é drástica. Visto que uma vez que o

paciente seja rotulado com um diagnóstico de esquizofrênico, será estigmatizado por este, não importando quão lúcidas sejam suas atitudes.

Um dos hospitais, extremamente incomodado com a exposição pública de sua ineficiência, solicitou a Rosenhan que enviasse mais pseudopacientes. Rosenhan aceitou a proposta. Um mês depois o hospital declarou ter descoberto 41 pseudopacientes e mais 42 estavam sob suspeita. Rosenhan, então, declarou que não havia enviado nada aos hospitais.

Esse experimento mostra que ainda hoje os psiquiatras não têm a mínima condição de realizar um psicodiagnóstico e prescrever uma medicação efetiva numa breve consulta. Situação essa que se encontra tanto em serviços públicos quanto particulares.

Esse experimento também mostra como o fenômeno da psicologia das massas, que ocorreu e que ainda ocorre entre os serviços de saúde mental, funciona. Os funcionários dos serviços de saúde mental ficam como hipnotizados tecnicamente e não estão atentos ao pedido de liberdade existente em cada indivíduo. Esses funcionários tendem a ver a doença mental simplesmente como doença mental.

9. CONCLUSÃO

Cada época fez uma tentativa de tratamento e cura de seus pacientes, por vezes parecendo hoje em dia uma atrocidade aos nossos olhos. Aparentemente tudo em nome da saúde mental, em busca de conhecimento, tratamento e cura. Nos tempos atuais, não é muito diferente. Ainda cometem-se erros brutais, como a tentativa de retirar mecanicamente a dor, o sofrimento, o transtorno mental do ser humano. É digna e visceral a fuga do sofrimento. Mas a total abstenção do sofrimento ao valor de uma dependência psíquica pode ser um equívoco. A política químico-farmacológica pode não dar conta da busca do bem-estar que há em cada ser humano, mas é a ela que se tem buscado.

Mesmo com o conhecimento de que o problema da depressão, do ensino, do trabalho tem sido uma resposta às más condições sociais existentes, ainda há a insistência na individualização do problema, na medicalização individual.

A precariedade do sistema de saúde, o desconhecimento profissional a respeito do transtorno mental e da farmacocinética da medicação e o despreparo profissional ocorrente em diversas áreas da saúde poderiam justificar o excesso de prescrição psicotrópica.

Para os profissionais atuantes dessas áreas faz-se necessário o conhecimento de diversos tipos de intervenção com o paciente em estado de sofrimento psíquico. Um bom

método talvez seja compreender se possível a razão da depressão e do sofrimento advindo desse para, a partir daí, trilhar um caminho adequado para aquele paciente em específico, singular em seu sofrimento. Também é preciso identificar os grupos e outros locais de risco, e atentar que isso é um problema de saúde pública, e não somente do âmbito individual. É preciso que os profissionais que lidam com esses pacientes afetados por um alto sofrimento psíquico estejam um pouco além de suas áreas, para tentar contemplar seus pacientes na maior completude possível.

É preciso que cada indivíduo se esforce em ter um discernimento de trilhar um caminho seguro, procurar auxílio profissional, se possível consultar mais de um profissional, para ter um diagnóstico diferencial. Procurar um caminho pelo qual seja possível tratar-se e não perder de vista qual era a real necessidade da intervenção bioquímica e, se possível também, a ponderação de um tempo limite para tal conduta.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medicamentos controlados**. ANVISA: Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.sbc.org.br/medico/pdf/sngpc.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.
- CARNEIRO, H. Legalização e controle estatal de todas as drogas para a constituição de um fundo social para a saúde pública. **O Globo**, 11 mar. 2010. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/blogs/sobredrogas/posts/2010/03/11/artigo-legalizacao-das-drogas-uma-sociedade-viciada-em-remedios-273552.asp>>. Acesso em: 25 out. 2010.
- CECCARELLI, P-R. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, Aracaju, n. 33, p.125-136, jul. 2010.
- DEF 2000/2001. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 29.ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2000. p.877.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FRANÇA, R. Entrevista: Jorge Alberto da Costa e Silva. **Veja** [on-line], 27 jun. 2001. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/270601/entrevista.html>>. Acesso em: 10 out. 2010.
- FREUD, S. **Psicologia de grupo e análise do ego**. Rio de Janeiro: 1921. (Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII)
- _____. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI)
- GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 1999.
- GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982009000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2010.
- KAPLAN; SADOCK. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- KIRSCH, I. **The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth**. Nova Iorque: Basic Books, 2010.

MENDES, E.D.; VIANA, T.C. **Os condomínios fechados**: uma questão de segurança ou um estilo de vida? Disponível em: <http://www.labiopsi.com.br/evento/images/stories/anais/Elzilaine_Domingues.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2012.

MENDONÇA, R.T. **A medicalização de conflitos**: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares. 2009. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, São Paulo.

NOGUEIRA, S. A pílula da inteligência. **Revista Superinteressante**, v. 271, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.super.abril.com.br/ciencia/pilula-inteligenciah625149.shtml>>. Acesso em: 3 mar. 2012.

ROSENHAN, D.L. Sobre ser são em lugares insanos. **Revista Science**, v. 179, p. 250-258, 1973. Disponível em: <<http://www.bernardojablonski.com/pdfs/graduacao/rosenhan.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SEBASTIÃO, E.C.O.; PELÁ, I.R. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Seguim Farmacoter**, v. 2, n. 4, p. 250-266, 2004. Disponível em: <<http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/250-266.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2010.

SEGATTO, C.; MARTINS, I. Rivotril: Por que o medicamento é o segundo mais vendido no país? **Revista Época**, 19 fev. 2009. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI27270-15257-1,00-RIVOTRIL+POR+QUE+O+MEDICAMENTO+E+O+SEGUNDO+MAIS+VENDIDO+NO+PAIS.html>>. Acesso em: 2 out. 2010.

SZASZ, T. **O mito da doença mental**. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

Filipe Barbosa Margarido

Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Anhanguera de Santo André (2010). Graduando em Filosofia pela Universidade Metodista de São Paulo, com previsão do término do curso em Dezembro de 2012. Desenvolve pesquisa nas áreas de psicologia clínica, filosofia e fenomenologia. Participa do grupo de estudos do Curso Livre de Humanidades, na Universidade Metodista de São Paulo - UMESP. Desenvolve palestras em escolas públicas com os temas: "Psicoterapia" e "Doença Mental". Atualmente tem apresentado os trabalhos: "Desespero e Angústia: Distâncias e aproximações em Kierkegaard e Heidegger" e "A banalização do uso de ansiolíticos e antidepressivos" em congressos científicos, em vias de publicação como artigos científicos. Tem experiência na Área da Saúde Mental, a nível técnico (Enfermagem), e em Psicologia Clínica. Atualmente cursando Pós-Graduação em Psicologia Clínica na USP como aluno especial do Mestrado.