

IEDA GARMS MACEDO LAMB

**A PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA REGIÃO DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO: análise e reflexão sobre uma prática**

**ASSIS
2008**

IEDA GARMS MACEDO LAMB

**A PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA REGIÃO DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO: análise e reflexão sobre uma prática**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras
de Assis — UNESP, para a obtenção do título de Mestre
em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e
Sociedade)

ORIENTADOR:

PROF. DR. ABÍLIO DA COSTA-ROSA

CO-ORIENTADORA:

DR^a. TEREZA ETSUKO DA COSTA-ROSA

**ASSIS
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

L218p	<p>Lamb, Ieda Garms Macedo</p> <p>A prescrição de psicofármacos em uma região de saúde do estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática / Ieda Garms Macedo Lamb. Assis, 2008 128 f. : il.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.</p> <p>1. Psicotrópicos. 2. Saúde – Aspectos sociais. 3. Sofrimento. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Saúde pública. I. Título.</p> <p>CDD 614 615.788</p>
-------	---

IEDA GARMS MACEDO LAMB

A PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO: análise e reflexão sobre uma prática

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis — UNESP para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

ORIENTADOR:

PROF. DR. ABÍLIO DA COSTA-ROSA

CO-ORIENTADORA:

DR^a. TEREZA ETSUKO DA COSTA-ROSA

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

ORIENTADOR

FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS — UNESP - ASSIS

Dra. Maria Jacira Silva Simões

FACULDADE DE Ciências Farmacêuticas — UNESP - Araraquara

Dr. Sílvio Yasui

FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS — UNESP - ASSIS

Assis, 12 de dezembro de 2008.

Dedicatória

Para Frederico,

Meu Pai

*Para Guilherme Frederico e
Álvaro Michel,*

Meus Filhos

Agradecimento Especial

Aos meus orientadores, Abílio e Tereza, pela seriedade, profissionalismo e colaboração, que fizeram deste trabalho uma realização na primeira pessoa do plural, minha admiração indelével e minha gratidão.

Agradecimentos

*“Aprendi que se depende sempre
De tanta, muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
É tão bonito, quando a gente sente
Que a gente é tanta gente, onde quer que a gente vá
É tão bonito quando a gente entende que nunca está sozinho por
mais que pense estar...”*
(*Caminhos do Coração - Gonzaguinha*)

*A minha família: Frederico e Marina, meus pais;
Guilherme e Michel, meus filhos; meu irmão, Álvaro, e meus
cunhados, Adolpho, Hildegard e Valquíria, pelo apoio
recebido;*

*Aos professores Maria Jacira e Sílvio, que tão
gentilmente aceitaram fazer parte da Banca Examinadora desta
Dissertação, por suas valiosas sugestões;*

Ao amigo Eduardo, pelo suporte técnico e pelo incentivo;

*À Iracema, amiga leal, que, com competência técnica e
presteza, tanto colaborou com esta pesquisa;*

*À Cíntia, profissional dedicada e amiga de todas as horas,
por suas contribuições;*

*Ao Denis, amigo querido, que contribuiu tão lindamente
com sua grande sensibilidade artística;*

À Fátima Salum, pela amizade, incentivo e solidariedade;

*Ao Dr. Rony Farto Pereira, amigo dedicado e criterioso,
que tão prestativamente colaborou na revisão do texto;*

Ao Gustavo e Olívia...

*Aos muitos amigos fraternos, que tenho encontrado na
minha caminhada e, mesmo sem poder nomeá-los um a um aqui,
foram meus vagalumes nas noites escuras...*

Farmacéia (Pharmakéia) é também o nome comum que significa administração do Phármakon, da droga: do remédio e/ou do veneno. (Jacques Derrida)

A ilustração a seguir é uma livre interpretação do Phármakon, conforme proposto por Derrida, cena da virgem precipitada no abismo, surpreendida pela morte ao brincar com Farmacéia, idealizada pela autora deste trabalho e criada e executada pelo artista Denis Mendes.



LAMB, I. G. M. A PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO: análise e reflexão sobre uma prática. 2008, 128 fls.. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Assis, 2008.

RESUMO

Este trabalho de pesquisa analisou a dispensação de psicofármacos prescritos na rede extra-hospitalar do SUS, de 2002 a 2006, em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo. Essa prescrição de psicofármacos é entendida, aqui, enquanto componente do dispositivo de medicalização, na concepção de Illich e Foucault e enquanto parte de um mesmo paradigma, o PPHM, conforme proposto por Costa-Rosa.

A alta prevalência de transtornos psíquicos, em função de fatores complexos, mais agravados na atualidade, e as alardeadas taxas de medicalização do sofrimento psíquico indicam a grande relevância de investigar o fenômeno com profundidade, considerando que, de acordo com dados obtidos até 2006, em 25 municípios do referido Estado, as prescrições de psicofármacos foram significativas.

Utilizou-se o método epidemiológico, baseado em dados secundários fornecidos pelo Farmanet, para o Programa Estadual (SP) de Assistência Farmacêutica na área de Saúde Mental.

Os dados referentes aos psicofármacos dispensados foram expressos em DDD (Dose Diária Definida) por mil habitantes/dia, para cada classe terapêutica. As classes terapêuticas mais dispensadas foram antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos, enquanto os antipsicóticos mantiveram dispensação estável, no mesmo período.

O estudo realizado apontou grande possibilidade de ocorrência da medicalização do sofrimento psíquico, com suas consequências iatrogênicas.

Esta análise pretende fornecer contribuições, neste momento difícil em que as políticas e as práticas próprias do Paradigma Psicossocial tanto lutam para se firmar, em todo o país, como alternativa teórico-técnica e ética ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).

Palavras-chave: Psicofármacos, Medicalização, Sofrimento Psíquico, Paradigma Psicossocial (PPS), Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).

LAMB, I. G. M. THE PRESCRIPTION FROM PSYCHOPHARMACS HEALTH IN A REGION OF THE STATE OF SÃO PAULO: Analysis and reflection on a practice. 2008. 128 leaves. Dissertation (Master's in Psychology and Society). Faculty of Science and Letters, University of the State of São Paulo "Julio de Mesquita Filho", Assis, 2008.

ABSTRACT

This research analysis the dispensation of psychopharmacs prescribed in the extra-hospitalar network of SUS, from 2002 to 2006, in a health region of the State of São Paulo, Brazil. This prescription of psychopharmacs, is understood here, while the component of medicalization disposition, according to Illich and Foucault and while comes from the some pattern, the PPHM, according to Costa-Rosa.

The high prevalency of psychic disturbance, because of complex factors, more aggravated nowadays, and boasted toxes of psychei suffering medicalization indicate the great importance to investigate this phenomenon deeper, considering that, according to obtained data until 2006, in 25 cities of the refered State, the prescriptions of psychopharmacs were meaningful.

It is utilized the epidemiologic method, with secondary data supplied by the Farmanet, for the State wide Program (SP) of Pharmaceutical Assistance in the Mental Health field.

The referring data of exempted psychopharmacs were expressed in DDD (Daily Dosage Definite) by a thousand in habitants per day, for each therapeutic class. The most exempted classes were antidepressives, humor stabilizers and ansioulitics, while the antipsychots maintained stable exemption, in the some period.

The realized study indicated great possibility of medicalization occurrence od psychic suffering, with their iatrogenic consequences.

This analysis intends to supply contribution, in this hard time, where politics and owen acts of the Psychosocial Patern fight to be solid, in the whole country as a technique theoretical and ethical alternative to the Medicalizator Hospitalocentric Psychiatric Pattern (PPHM).

Key-words: Psychopharmacs. Medicalization. Psychic Suffering. Psychosocial Patern (PPS). Medicalizator Hospitalocentric Psychiatric Pattern (PPHM).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ABIFARMA – Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APA – American Psychiatric Association
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas
CID – Código Internacional de Doenças
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPP II – Centro Psiquiátrico Pedro II
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDD – Dose Diária Definida
DINSAN – Divisão Nacional de Saúde Mental
DIR – Divisão Regional de Saúde
DSM – Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders
ERSA – Escritório Regional de Saúde
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FARMANET – Sistema de Informação para Medicamentos no Estado de São Paulo
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
FURP – Fundação do Remédio Popular
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS – Paradigma Psico-Social

REME – Movimento de Renovação Médica

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SI – Sistema de Informação

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SOBRAVIME – Sociedade Brasileira de Vigilância em Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

URD – Unidade de Referência de Dispensação de Medicamentos

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 A TRAJETÓRIA DA PRESCRIÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS, COMO PARTE DO DISPOSITIVO DE MEDICALIZAÇÃO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	20
1.1.1 A Psiquiatria e a apropriação da loucura como “verdade médica”..	20
1.2 A PSIQUIATRIA REFORMADA.....	27
1.2.1 A Psicoterapia Institucional.....	27
1.2.2 A Psiquiatria de Setor.....	28
1.2.3 - A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária.....	30
1.2.4 - A Antipsiquiatria.....	31
1.2.5 - A Psiquiatria Democrática Italiana.....	33
1.2.6 - Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	35
1.3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	42
1.4 O PAPEL DA TERAPÊUTICA, DA “CURA”, NO SABER PSIQUIÁTRICO.....	46
1.4.1 A Gênese da Utilização dos Medicamentos na Perspectiva Farmacológica Atual.....	49
1.4.2 A Revolução Psicofarmacológica.....	50
1.5 SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E PSICOFÁRMACOS: ANÁLISE DE UMA RELAÇÃO COMPLEXA.....	53
1.6 MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: A QUE SERÁ QUE SE DESTINA? (OU O SIGNIFICADO DA PRESCRIÇÃO E CONSUMO DOS PSICOFÁRMACOS NA CONTEMPORANEIDADE).....	57
1.6.1 O Consumo de Psicofármacos no Contexto Cultural.....	65
1.6.2 A Prescrição de Antidepressivos e seu Apogeu na Sociedade Contemporânea.....	66
1.7 O PAPEL DA INDÚSTRIA E DO <i>MARKETING</i> FARMACÊUTICO NA PRESCRIÇÃO E CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	68
2 OBJETIVOS.....	72
2.1 OBJETIVO GERAL.....	72
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	72
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	73
3.1 LEVANTAMENTO DOS DADOS DE MEDICAMENTOS.....	73
3.2 ANÁLISE DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	74
4 RESULTADOS E ANÁLISES.....	77
4.1 DDD DAS CLASSES TERAPÊUTICAS DE PSICOFÁRMACOS DISPENSADOS NO PERÍODO DE 2002 A 2006.....	77
4.2 RELAÇÕES ENTRE O AUMENTO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS E O AUMENTO DO NÚMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS.....	82
4.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS POR URD.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS.....	116

APRESENTAÇÃO

A semente para a elaboração da presente pesquisa surgiu desde o início de nosso trabalho como Psicóloga, num ambulatório de especialidades e Saúde Mental, quando nos inquietávamos com a dificuldade de escuta ao sofrimento psíquico, por parte da equipe, principalmente do médico, que precisava atender sob a ótica da produção, ou seja, atender a um número determinado de consultas por período, não importando muito a resolubilidade das mesmas.

É verdade, também, que não só os médicos, mas a maioria dos trabalhadores de saúde não foi educada para lidar com sentimentos e emoções – os seus e os dos outros. As escolas e as faculdades que nos formam pouco se preocupam com isso.

Muitas vezes, diante dos queixosos crônicos e, não raro, até mediante pressão da equipe, sem fazer o exercício, proposto por Foucault, de hesitar sempre, isto é, de refletir melhor antes de agir, a resposta médica vinha através de um encaminhamento para internação psiquiátrica ou pela prescrição de psicofármacos. Ressaltamos aqui que, embora Clavreul tenha afirmado que o “médico só intervém e só fala enquanto lugar tenente da instituição médica e que a ordem médica é, sobretudo uma ordem jurídica” (1983, p.11 e 14), é possível observar que a equipe e os familiares têm um importante papel nesse ato médico. É como se acontecesse o poema contado por Chico Buarque e Rui Guerra: “E quando a sentença se anuncia bruta mais que depressa a mão cega executa, pois que, senão, o coração perdoa”.

Posteriormente (2000 a 2004), passamos a atuar como articuladora de Saúde Mental, em uma Região de Saúde composta por 25 municípios. Novamente nos deparamos com a mesma inquietação, na medida em que sempre nos requisitavam para conseguir vagas de internações psiquiátricas ou para saber notícias da reposição do “Dose Certa – Saúde Mental”.

Diante disso, realizamos uma pesquisa para saber qual a situação das internações psiquiátricas, na região, em comparação com o *ranking* das internações gerais.

De imediato, foi possível apurar que, desde 1997, as internações psiquiátricas figuravam sempre entre as cinco principais causas de internação geral.

Com relação aos psicofármacos, o estudo foi um pouco mais difícil, sendo que, de 1999 a 2000, foi necessário pesquisar em caixas no almoxarifado, manualmente, os dados necessários, pois a avaliação do Sistema, informatizada, passou a funcionar efetivamente após 2001.

Com os dados obtidos, na época, em parceria com a UNESP – Assis, passamos a sensibilizar os municípios mediante a apresentação e discussão dos referidos dados epidemiológicos.

Portanto, desde aquela época, surgiu o desejo de realizar uma investigação mais apurada sobre o assunto, na região, o que só foi possível em 2006, com nosso ingresso no Programa de Pós-Graduação – nível de Mestrado – da UNESP-Assis, quando um dos docentes orientadores aceitou “abraçar” a empreitada, em princípio mais ambiciosa, mas que depois precisou ser adaptada às dificuldades do percurso, com muitas incertezas e talvez alguns erros: todavia, também não é disso que a ciência é feita? “Procuravam a Índia e encontraram a América”. Afinal, segundo Morin, “é preciso preparar-nos para o nosso mundo incerto e aguardar o inesperado” (2000, p. 61).

E, sobre a incerteza, vai mais além: “[...] todo destino humano implica uma incerteza irreduzível, até na absoluta certeza, que é a da morte, pois ignoramos a data” (2000, p. 63).

Em princípio, pretendíamos pesquisar a prescrição de psicofármacos em todo o Estado de São Paulo, mas, diante das dificuldades em obter os referidos dados, optamos por pesquisar apenas uma Região Administrativa de Saúde.

Dessa forma, entre os dados de que pensávamos conseguir acesso e aqueles realmente conseguidos, tentamos traçar algumas considerações, não conclusivas, é evidente, uma vez que o campo do conhecimento, na área de Saúde Mental, está em permanente movimento; mais uma vez, parafraseando Morin, “navegamos em um oceano de incertezas, entre arquipélagos de certezas”. (2005, p. 86).

A releitura do texto de Costa-Rosa, Foucault e Illich reforçou a opção feita, de começar este trabalho, abordando um tema já tão estudado, que é o da história de atenção à loucura e da Reforma Psiquiátrica, para melhor refletir sobre o risco da cronificação dos novos modelos de Atenção Psicossocial, onde as iniciativas de inovação podem reduzir-se a simples reestruturação de serviços de assistência.

A medicalização, entendida como o faz Ivan Illich (1975), quer dizer, a apropriação pela Medicina de tudo aquilo que não é de ordem exclusivamente médica, ou predominantemente médica, a prescrição de psicofármacos, como resposta única ou *a priori* para o sofrimento psíquico, fazem parte de um mesmo paradigma, chamado por Costa-Rosa de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (2006).

Com respeito à prescrição de psicofármacos, muitos autores fazem ressalvas, como Amarante: “O aparecimento dos Psicofármacos contribui em muito para as reformas do ambiente hospitalar psiquiátrico, como também para o cenário da assistência psiquiátrica em

geral” (1998, p.118). E também Rodrigues: “[...] não podemos negar os enormes avanços que os recursos farmacológicos têm ocasionado. No campo das doenças mentais, muitas das transformações que hoje vêm sendo conseguidas como a desinstitucionalização de um grande número de pacientes” (2003, p.19-20).

Porém, discutimos a generalização e a sua prescrição como resposta, muitas vezes única e *a priori*, ao sofrimento psíquico e principalmente quanto à utilização do PPHM, do emprego desses psicofármacos como dispositivo de medicalização em espaços como o CAPS, que deveriam ser de aplicação do PPS, por excelência.

A pesquisa com relação à frequência de prescrição de psicofármacos revelou-nos que antidepressivos, ansiolíticos e fármacos, usados para transtornos de humor, predominam nas prescrições. É importante lembrar que esses psicofármacos foram prescritos na rede ambulatorial, particularmente nos CAPS, *locus* privilegiado de exercícios do modo psicossocial mais digno, mais ético. De fato, é relevante recordar que a palavra *ética* vem do grego *ethos*, vocábulo cuja antiga significação é “morada”, “habitat”, “refúgio”, “estábulo”. Refere-se a um espaço onde nos podemos sentir seguros, acolhidos na nossa diferença. A sobrevivência não é mais a única necessidade que se impõe, mas há igualmente a convivência inclusiva, solidária, que surge baseada na confiança.

A proposta deste trabalho é, partindo de dados epidemiológicos sobre prescrições de psicofármacos, na rede extra-hospitalar, em Sistemas de Informações Oficiais de Dados, operados pelo SUS, analisar, também fundamentados na literatura existente sobre o tema, a possível prevalência da medicalização do sofrimento psíquico, principalmente nos novos serviços de atenção psicossocial.

Para muitos autores, como Birman, Roudinesco, Rodrigues, “medica-se demais”, na atualidade. Mesmo tendo que concordar com essa afirmação, permanecem questões ainda sem respostas, que se configuram como enormes desafios para trabalhadores de Saúde Mental. São elas: quanto e como se medica? Como se elaborar o diagnóstico? Quais os “transtornos” prevalentes, quais as classes terapêuticas mais prescritas? Utiliza-se ainda o recurso “internação psiquiátrica”? Quanto? Para quais transtornos?

Na tentativa de responder às questões anteriores, fizemos uma revisão bibliográfica resumida de alguns autores que abordam o tema: para isso, percorremos a trajetória do tratamento da loucura, a partir de Pinel, quando começa a ocorrer um processo da apropriação da loucura pelo “saber médico” e o desenvolvimento dos principais conceitos e práticas que fundaram o paradigma psiquiátrico. Em seguida, abordamos os movimentos que surgiram no século XX, os quais criticavam o modelo asilar, da forma como estava constituído.

Desse modo, retomamos aqui a Psiquiatria reformada e suas tentativas de saída para as contradições inerentes à prática psiquiátrica. Seguindo essa trajetória, buscamos também examinar o movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, sua relação e importância no contexto da Reforma Sanitária.

Analisando o modelo médico que se instituiu, procuramos estudar o significado que a “cura” dos transtornos psíquicos adquiriu, para o saber psiquiátrico, a gênese da utilização dos psicofármacos até a Revolução Psicofarmacológica, ocorrida após 1950. Promovemos também uma breve discussão sobre a classificação das doenças mentais (CIDs e DSMs), traçando um paralelo entre as mesmas e os psicofármacos, contextualizando-os historicamente e relacionando-os com a Reforma Psiquiátrica e os novos serviços de atenção psicossocial.

Entendemos, neste trabalho, que a forma como se dá o consumo de psicofármacos, na atualidade, faz desse consumo um dispositivo da medicalização, conforme a opinião de Michel Foucault e Ivan Illich.

Nesta trajetória, almejamos igualmente contribuir para a construção do conhecimento de políticas de saúde, tendo em vista que o fenômeno da medicalização se associa à produção dos novos modos de vida contemporânea (LEFÈVRE, 1992). Pretendemos ainda problematizar o imperativo do consumo, que fez da indústria farmacêutica uma potência de mercado até a produção cultural decorrente dessas transformações sociais.

Após essa revisão histórica e com base nela, apresentamos os dados epidemiológicos coletados para este trabalho, através da farmaepidemiologia, visando a observar a prescrição e o consumo de psicofármacos, na contemporaneidade.

Os dados coletados demonstraram que a prescrição de psicofármacos e as internações psiquiátricas ainda são respostas importantes ao sofrimento psíquico, na região.

Para compreender melhor esse fenômeno, procuramos estabelecer uma ponte entre a história e os significados do tratamento à loucura, a partir de sua apropriação pelo modelo médico, entre a farmacologia e a terapêutica, a epidemiologia e a estatística, relacionando todas essas abordagens com esta pesquisa sobre a prescrição e a dispensação de psicofármacos, em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo.

Após esse percurso e diante da complexidade que envolve a construção do Movimento da Reforma Psiquiátrica, empregando aqui a palavra *complexo* no seu sentido estrito de “tecer em rede”, sugerimos uma abordagem própria do pensamento complexo, especialmente no campo dos psicofármacos, que, em função da sua magnitude político-social, do seu poder “iatrogênico”, aponta para a necessidade de outras leituras que não aquelas já polarizadas entre a Psiquiatria e a Farmacologia.

Através dessa estratégia, revisitamos alguns conceitos e caminhos, buscamos conhecer novos percursos e articulá-los ao princípio do Paradigma Psico-Social (PPS), enquanto negação da lógica manicomial e com a perspectiva de fornecer instrumentos, poucos que sejam, mas que sirvam de dispositivos éticos comprometidos com a invenção de novos modos de vida.

É importante salientar que a prescrição dos psicofármacos é um ato médico por excelência. Outro fator observado é que a própria mídia tem chamado a atenção para o crescente uso e, às vezes, abuso desses psicofármacos. Por essa razão, aborda-se também a íntima relação entre consumo de psicofármacos e o *marketing* farmacêutico.

Enfim, a prescrição de psicofármacos, segundo alguns estudiosos (ROUDINESCO, BIRMAN, RODRIGUES) vem ocupando o lugar de destaque, no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e no discurso de muitos profissionais do campo. Não pretendemos, aqui, negar a importância da farmacologia para os casos mencionados, mas sim chamar a atenção para seus limites.

Cabe apontar que o estudo epidemiológico realizado objetiva, através dos dados coletados, refletir sobre algumas práticas prevalentes, em espaços de Reorientação da Atenção à Saúde Mental, principalmente no que diz respeito à crescente prescrição de psicofármacos, nesses espaços, e do seu significado na modernidade, que, segundo Roudinesco, seria o de abolir o desejo de liberdade e a idéia de enfrentá-lo. “O silêncio, através das substâncias químicas passa a ser preferível a linguagem” (2002, p. 30), fonte de angústia e vergonha, ou ainda, parafraseando a canção popular: “O cientista inventa uma flor que parece/ A razão mais segura pra ninguém saber/ De outra flor que tortura.../ Pois é, pra quê?”. (Sidney Miller).

1 INTRODUÇÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1 A TRAJETÓRIA DA PRESCRIÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS, COMO PARTE DO DISPOSITIVO DE MEDICALIZAÇÃO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.

1.1.1 A Psiquiatria e a apropriação da loucura como “verdade médica”

Neste trabalho, tentamos elucidar alguns elementos sobre a trajetória da prescrição de psicofármacos na rede extra-hospitalar do SUS, para uma série histórica e em determinado contexto geográfico. A prescrição medicamentosa tem sido alvo de atenção por numerosos críticos e estudiosos da questão na atualidade, que a apontam como indicação prioritária entre as intervenções médico-psiquiátricas, diante do sofrimento psíquico (GUARIDO, 2007; LAURENT, 2004; BIRMAN, 1999, entre outros).

Pela sua íntima relação com o tema já clássico da medicalização da sociedade e com a própria história da Psiquiatria, percorreremos um pouco a trajetória da Psiquiatria e da medicalização, na sociedade contemporânea.

A partir do século XVII, uma grande massa heterogênea de pessoas – indigentes, vagabundos, vadios, loucos, delinquentes, desempregados – torna-se objeto de repressão policial, de sorte que são enviados compulsoriamente para casas de internamento, onde, em troca de assistência, são privados de liberdade e coagidos a trabalhar.

Foi nesses locais de repressão que, desde o final do século XVIII, Pinel, na França; Tuke, na Inglaterra; Chiangi, na Itália, fizeram da loucura uma questão de ordem médica. Estavam entre essas pessoas, portanto, os alienados que Philippe Pinel (1745-1823) encontrou em 1793, quando assumiu o Asilo de Bicêtre e do La Salpêtrière. Remonta a essa época a célebre atitude de soltar os loucos de suas correntes. Sobre essa situação, Foucault comenta, acrescentando uma pitada de ironia: “É entre os muros do internamento, que Pinel e a Psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; e aí – não esqueçamos – eles os deixarão, não sem se vangloriarem de os terem ‘libertado’” (2005, p. 55).

O gesto histórico, imitado por muitos, em vários países da Europa e que, segundo Birman (1978), representou o marco da instauração da primeira revolução psiquiátrica, poderia ser libertário para os pacientes; no entanto, acaba por aprisioná-los novamente a uma ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na

instituição da doença mental. Com Pinel, o hospital foi transformado na instituição médico-psiquiátrica por excelência, conforme sublinha Amarante:

Com a operação de transformação dos hospitais nos quais atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio de isolamento e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral. (2007, p. 30)

É interessante observar que, num primeiro momento, Pinel não se refere à loucura como doença mental, mas sim como alienação mental, conceito mais ligado ao âmbito das paixões e da desrazão. Relacionada ao termo *alienação*, surge a profissão do alienista, precursora da Psiquiatria moderna

Importante também é situar esse novo momento do tratamento da loucura dentro de seu contexto histórico. Pinel passou a dirigir o Hospital de Bicêtre quatro anos após o início da Revolução Francesa. É conveniente assinalar que, além de médico, foi filósofo e político do período revolucionário; sendo inclusive deputado eleito da Assembléia Nacional Constituinte, a qual elaborou a primeira Constituição democrática republicana (AMARANTE, 2007).

A Revolução Francesa, acontecimento que deu início à Idade Contemporânea, acirrou os debates em torno dos direitos humanos, sociais e políticos, que passaram a ser fundamentais para consolidação do novo regime. Se, para Pinel e seus discípulos, o alienado era considerado um despossuído de razão, alguém que perdeu o livre arbítrio e, conseqüentemente, a liberdade, era necessário devolver-lhe a razão, para que pudesse recuperar a liberdade.

Assim, “em nome da liberdade e da razão”, os alienados permaneceram enclausurados, agora por um imperativo terapêutico, justificado cientificamente.

Essa “justificativa científica” deve-se ao fato de a Psiquiatria insistir em se embasar biologicamente, buscando aproximar-se da Medicina; no entanto, ela só se tornou um ramo da Medicina, enquanto ciência que deveria intervir especificamente no domínio da moral, tendo por isso mesmo os seus conceitos construídos em torno da idéia de normalização moral.

Como medidas de tratamento, eram utilizados principalmente o isolamento e o trabalho (FLEMING, 1976), indicando em princípio a ambigüidade do projeto dessa nova ciência, ao buscar defender a sociedade contra a loucura, tratando os loucos, segregados em locais ditos terapêuticos.

Surgindo na aurora da industrialização da sociedade ocidental, a Psiquiatria realiza uma atividade de higiene do espaço social, higiene das paixões desenfreadas e instituidora da moral regulada, instrumentalizando-se, a partir do século XIX, para regular a própria força de trabalho, possibilitadora dos novos desenvolvimentos industriais.

Dessa forma, acaba por ser empregada socialmente pelo poder de Estado, conforme comenta Fleming:

Ao isolar os trabalhadores atingidos em locais criados especialmente para o tratamento, onde se silencia e não se escuta o que se quer significar através dos sintomas, a burguesia por intermédio dos seus representantes, retira-lhes qualquer possibilidade de discussão coletiva do problema, o que poderia levar a uma tomada de consciência proletária do caráter social e político da doença; descobrir que existem muitos outros trabalhadores sentindo as mesmas dificuldades, mas se escondem sob a pena de serem marginalizados pelos colegas ou apelidados de malucos; descobrir que o sintoma ressentido é um modo de dizer não as condições intoleráveis de trabalho ou de vida. (1976, p. 8).

Não podemos nos esquecer ainda de que, com o advento da sociedade industrial, no final do século XVIII, começam a surgir constantes preocupações com a saúde coletiva. Desse modo, a Medicina passa a ser um corolário necessário da sociedade industrial, já que esta aumentaria muito os perigos a que o homem está exposto. A Medicina viria para resolver os efeitos danosos criados pela insalubridade industrial. Assim, a Medicina principiava a ser a condição do desenvolvimento industrial, na medida em que cuidava dos seus efeitos prejudiciais para a vida dos indivíduos (BIRMAN, 1978).

Após a Revolução Francesa e com a chegada da sociedade industrial, a Medicina começa a mudar sua natureza, articulando-se com o Estado, ampliando sua intervenção no espaço social. Tais práticas com características de medicalização já existiam na Alemanha, desde o início do século XVIII, com a “Medizinechepolizei” (política médica), e foram seguidas posteriormente por outros países da Europa, como a França, com sua Medicina urbana, e a Inglaterra, com sua Medicina produtiva (da força do trabalho). Cada país imprimiu suas características próprias na implementação dessas políticas, mas em todos eles se ampliaram os poderes dos médicos, que se tornaram autoridades sociais, com influências fortes e decisivas nos destinos da comunidade e nos seus processos cotidianos de existência:

Uma autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões ao nível de uma cidade, de um bairro, de uma instituição, de um regulamento. É o aparecimento do que os alemães chamavam *staatsmedizin*, medicina de estado. (FOUCAULT, 1974, apud BIRMAN, 1978, p. 251)

Muitos outros fatores caracterizaram, em suas origens, a Medicina social européia, refletindo-se na organização das práticas sociais e coletivas de saúde pública de muitos países; podemos citar, como exemplo, o estudo da morbidade, do controle, da normalização da prática e saber médicos, do controle dos espaços e instituições urbanas e da circulação dos elementos (água e ar), do controle dos pobres e depois dos trabalhadores, para torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos. Esse grande projeto de Medicina social, que alcançou seu apogeu em 1848, embora marcante para o processo de medicalização, não estabiliza ou esgota as possibilidades de seu avanço. As revoluções de 1848 surgiram e quebraram-se como uma grande onda, deixando pouco, exceto mito e promessa; legaram questões fundamentais, como a questão operária, marcaram o fim da política da tradição, das monarquias e da regra do direito divino, na sucessão das dinastias, e colocaram a saúde em evidência (NUNES, 2005). Essa nova Medicina do espaço social, que busca intervir na relação entre os homens e destes com seu meio, continua se instrumentando para regular inclusive a própria força de trabalho, possibilitadora dos novos desenvolvimentos industriais (BIRMAN, 1978).

Se a sociedade transformou a Medicina num poder, numa peça fundamental para o seu existir, regulando o espaço social em todos os seus níveis de funcionamento, a Medicina buscou construir o seu saber para exercer esse papel na idéia de normalização. A norma se constituiu conceitualmente pelos saberes médicos e pedagógicos. O conceito de normalização possibilitou todos os outros conceitos, fornecendo sua ordenação e sua precisão.

Dessa forma, a Psiquiatria se formou como o ramo da Medicina que deveria intervir especificamente no domínio da moralidade, tendo por isso mesmo os seus conceitos construídos em torno da idéia de normalização moral. Apesar de buscar, a todo custo, fundar-se biologicamente, explicando as suas anormalidades com a Anatomia Patológica, para se situar de maneira coerente e homogênea, no interior do saber médico, somente encontrou seus pontos de inserção com a Medicina, na regulação da vida social, na tarefa de racionalização da moralidade (idem).

Neste estudo sobre o consumo de psicofármacos, procuramos investigar até que ponto eles se tornaram ou estão se tornando um componente do dispositivo da medicalização, que vários autores são unânimes em afirmar como presente na sociedade contemporânea. Esse dispositivo opera como um poder, técnica e estratégia de assujeitamento, dispositivo este que aparece inscrito num jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam (FOUCAULT, 1979).

Situamos anteriormente o início da medicalização no século XVIII. Esta, segundo Foucault (2001), surge a partir de um espaço exclusivamente médico, primeiramente inserida num modelo de saber científico, como coadjuvante no tratamento da doença, contribuindo para legitimar o lugar da clínica nosográfica, do esquadramento da doença, servindo ainda como condição para erradicar as doenças.

As relações de saber/poder, para Foucault, estão intimamente ligadas entre si. Uma relação de saber é sempre atravessada por uma relação de poder e vice-versa. A medicalização, tão intimamente relacionada ao saber/poder médico e, enquanto um dispositivo de normalização, estará investida em produzir controle (das emoções, da dor, do pensamento), constituindo-se como uma prática normalizadora que vai regular comportamentos (IGNÁCIO, 2007).

Todavia, Foucault chama a atenção para a peculiaridade psiquiátrica:

A intervenção do médico psiquiatra não se faz em virtude de um saber ou de um Poder médico que ele detenha como coisa particular, e que seria justificada por um corpo de conhecimentos objetivos [...] Se a profissão médica é requerida, é como garantia jurídica e moral, não a título de ciência. (2005, p. 497).

A medicalização passa a ser o modo de acesso da “não-loucura” sobre a loucura, da anestesia sobre a dor, “tentando normalizar”, através de uma tecnologia corretiva, a desordem e o desvio da normalidade.

Foucault elucida a relação entre norma e medicalização, enquanto prática de correção e enquanto disciplina/controlado do comportamento:

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar da mesma forma, ao corpo e a população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento, que circula entre um e outro é a norma. A norma é o que tanto se quer aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. (2002, p. 303).

Dessa maneira, a norma como condição regulamentadora dos modos de vida corresponde ao aparecimento do biopoder, cujo marco surge com o aparecimento da Medicina social, conforme mencionamos anteriormente. O biopoder busca especialmente o poder de regulação sobre a vida e sobre todas as formas desse viver. Intimamente ligado à norma, o

biopoder está relacionado ao controle social sobre os corpos, definindo formas de administração médica e diferenças entre o normal e o patológico.

Para Foucault, as sociedades disciplinares, que tornaram a saúde um encargo do Estado, fizeram-no através dos jogos de saber/poder, que não só conferiram legitimidade à Psiquiatria enquanto especialidade médica, como também fundamentaram uma relação que transformou o dispositivo de medicalização em prática de normalização.

Consequentemente, estabelece-se um entendimento de tais práticas médicas contemporâneas, cuja finalidade é disciplinar os sintomas os quais poderiam desestabilizar o sujeito (FOUCAULT, 2005).

Na segunda metade do século XIX, assistimos a uma valorização desse biopoder, por meio da medicalização da sociedade, legislando sobre a saúde pública, institucionalizando o ensino e atuando no plano político e social.

É o início de um forte encaminhamento das práticas médicas com a hegemonia de um modelo que será fruto das descobertas de Pasteur, a partir de 1860, e que inaugura a “revolução científica” na Medicina. Desde essa data, a descoberta dos agentes etiológicos imprime outra feição à compreensão do processo da doença.

Essa revolução suscitada pelos trabalhos de Pasteur, as descobertas dos microorganismos, apresenta-se como de grande importância para a Saúde Pública, especialmente quando, além da relação indivíduo, fixa um modelo epidemiológico como interação entre esses dois elementos e o ambiente (NUNES, 2005).

As críticas à insuficiência desse modelo principiam no século XX, sobretudo por ele não dar conta de explicar as doenças crônicas, de um modo geral, e aquelas que tinham causa psicológica, em particular.

Ainda no século XIX, ocorre o que Birman (1978) chamou de segunda revolução psiquiátrica. Se Pinel pretendeu libertar os insensatos de séculos de incompreensão e de maus tratos, rompendo com a tradição demonológica da loucura e configurando-a como doença mental, Freud rompe com as teorias organicistas e positivistas da Psiquiatria clássica. Cria o conceito do inconsciente e elucida o papel importante que ele desempenha, na vida psíquica e na realidade humana.

É importante lembrar que, antes da elaboração da doutrina psicanalítica por Freud, a Psiquiatria havia se constituído como ciência médica, adotando o método experimental. Assim, a relação entre médico e paciente era aquela que existia entre sujeito e objeto: o médico descreve o comportamento do doente, dentro de um quadro clínico, e elabora um discurso psiquiátrico, que nada mais era do que transcrever uma realidade social

individualizada numa realidade nosográfica, segundo o esquema médico diagnóstico-prognóstico-tratamento. Analisaremos esse modelo com mais profundidade, mais à frente, por vislumbrarmos o quanto a prescrição de psicofármacos se encaixou no referido modelo: um diagnóstico baseado numa nosografia, numa classificação previamente criada das doenças psíquicas, e o tratamento/medicamento para o indivíduo “doente”, desvinculado dos acontecimentos do seu entorno sócio-econômico e familiar. Foucault (2005) explicita muito bem esse modelo, quando declara que a linguagem da Psiquiatria torna-se, no século XIX, monólogo da razão sobre a loucura.

Na relação doente-médico, estabelece-se uma corrente de informações, um interrogatório sobre o doente, deixando de lado sua história pessoal, resultado das forças sociais que nelas agem, tais como as relações sociais e de produção.

Desde o início, a Psiquiatria opõe grandes resistências à Psicanálise. Aceitar a idéia da “psicogênese da doença mental”, proposta por Freud, significaria romper com a causalidade orgânica, um dos pilares sobre o qual se erigiu a Psiquiatria.

A solução encontrada foi recolher e integrar os dados positivos da Psicanálise nos domínios da Psiquiatria geral. Para que a Psiquiatria consiga sobreviver, é preciso que recupere e integre a Psicanálise no seu seio. Nessa perspectiva, a Psicanálise foi enquadrada pela Psiquiatria, contribuindo para um reforço e um alargamento do campo de intervenção desta, fornecendo-lhe conceitos e categorias muito mais maleáveis e adaptáveis aos comportamentos intermediários entre os conceitos de normal e patológico (FLEMING, 1976).

Apenas depois da Segunda Guerra Mundial é que a Psicanálise ganhou a importância social merecida, alcançando seu auge em 1960, com o aparecimento dos grupos marginais (*hippies*, desempregados, trabalhadores imigrados etc.), cuja “patologia” não se enquadrava na nosografia psiquiátrica.

Segundo Laurent (2004), o discurso psicanalítico veio à luz em um campo que dispunha de poucos medicamentos, pouco eficazes, tendo muito pouca incidência. Enquanto, para a Psiquiatria clássica, o sintoma é um corpo estranho que atrapalha e deve ser eliminado (por meio de psicofármacos, inclusive), numa escuta psicanalítica, esse mesmo sintoma é um elemento precioso, entre outros,

[...] para possibilitar que o paciente compreenda a si mesmo, conheça-se melhor, em outras palavras, tome posse de si como um ser desejante, que se responsabilize pelo seu desejo, seja para sua felicidade ou seu sofrimento, independente do diagnóstico psicopatológico que venha ou não a receber. (REIS, p. 107).

Após a primeira reforma, considerada historicamente, como a de Pinel, e depois do surgimento da Psicanálise, a Psiquiatria passa por várias outras reformas.

Faremos uma breve discussão das reformas, em função da relação que as mesmas mantêm com o nosso objeto de estudo, a prescrição de psicofármacos, pois o impressionante desenvolvimento da Psicofarmacologia, a partir da década de 1950, com a descoberta da clorpromazina, ofereceu à Psiquiatria a perspectiva de construir uma suposta legitimidade científica.

1.2 A PSIQUIATRIA REFORMADA

No século XX, principalmente no período pós-Segunda Guerra Mundial, a crítica ao sistema asilar radicaliza-se pelo fato de, cada vez mais, o referido sistema e os modelos da Psiquiatria organicista se revelarem incapazes de responder às novas exigências sociais e econômicas. Iniciaram-se novas práticas psiquiátricas, as chamadas reformas psiquiátricas, que se relacionaram de diferentes formas com a medicalização e com o uso de psicofármacos.

Algumas deram primazia ao modo medicamentoso de intervenção, outras associaram os psicofármacos com as psicoterapias, enquanto outras, ainda, como a Antipsiquiatria, recusaram o uso dos psicofármacos.

Retomaremos, a seguir, todas essas reformas concebidas como tentativas de “saída” para as contradições inerentes às práticas psiquiátricas.

Conforme já foi salientado, as reformas posteriores a Pinel surgiram logo após a Segunda Grande Guerra, num momento de eclosão de novas questões, no cenário histórico mundial. A principal característica dessas reformas é o questionamento da instituição asilar e do saber psiquiátrico. É também nesse período que aparece a primeira síntese de um psicofármaco empregado em tratamento psiquiátrico, e a primeira versão da série DSM – Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais – produzida nos EUA (GUARIDO, 2007).

Para abordar brevemente as reformas psiquiátricas, usaremos a periodização estabelecida por M. Fleming (1975).

1.2.1 A Psicoterapia Institucional

O grande objetivo da Psicoterapia Institucional foi “restituir ao hospital psiquiátrico a sua função primitiva: tratar e curar os alienados, que progressivamente se vinha degradando

em favor apenas da função carcerária e repressiva” (FLEMING, 1976, p. 43). Para cumprir o seu objetivo terapêutico, era necessário transformar a instituição num instrumento de cura, a partir de mudanças na sua organização interna. Defendia-se, portanto, que, para tratar o doente, era necessário primeiro tratar a instituição, a fim de que esta fosse realmente terapêutica.

Tinha como princípios: liberdade de circulação, funcionamento de ateliês e outros serviços, contextos facilmente revisíveis de entrada e de saída, acolhimento permanente, dispondo de referências simbólicas e de medicações (ibidem).

Quanto às formas de tratamento, considera que não há “bons” nem “maus”; utilizando todos os métodos terapêuticos da Psiquiatria tradicional: eletrochoques, insulina, cura do sono, quimioterapia (ibidem).

Marcos desse movimento são os hospitais de Saint Alban e La Borde, que representaram experiências teórico-práticas e humanistas muito importantes, buscando melhorar as condições materiais dos pacientes, mas que, dada sua exiguidade e seu isolamento, não deixaram de constituir-se mais uma roda na engrenagem psiquiátrica (FLEMING, 1976).

1.2.2 A Psiquiatria de Setor

A Psiquiatria de setor resultou do movimento de liberalização e renovação geral da Psiquiatria asilar, tendo surgido após a Segunda Guerra Mundial. Esse movimento propiciou o nascimento de várias outras correntes extra-asilares: a Psicoterapia institucional, a Psiquiatria comunitária, a Psiquiatria Social. Portanto, “apresenta-se como um movimento de contestação da Psiquiatria asilar, anterior às experiências da Psicoterapia Institucional” (AMARANTE, 2001, p. 34). Preconiza essencialmente a transferência do centro de atividades do hospital para uma população (no caso da França, dividiu-se o território francês em setores de aproximadamente 70.000 habitantes) e a adoção de técnicas mais modernas baseadas numa pluralidade de intervenções terapêuticas. A idéia é tratar o paciente no seu próprio meio social, fornecendo medicamentos e estrutura necessária, fazendo do hospital apenas uma etapa do tratamento. Cada setor conta com uma equipe constituída por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um leque de instituições, tendo por função assegurar a prevenção, o tratamento e a pós-cura das doenças mentais.

A Psiquiatria de setor não se viabilizou, na prática, principalmente pela grande resistência da população em aceitar o louco em seu convívio, condicionada que estava pela idéia da sua periculosidade. Outro obstáculo à efetivação da Psiquiatria de setor foi de ordem econômica: a exigência, para seu funcionamento, de um grande número de instituições, oficinas de ergoterapia bem equipadas, número elevado de pessoal especializado, serviços pós-cura (para reintegração social do paciente) tornaram o custo do seu projeto muito dispendioso (FLEMING, 1976).

Entretanto, a Psiquiatria de setor exerceu influências marcantes tanto na Reforma Psiquiátrica Brasileira quanto na Psiquiatria européia atual. Na verdade, desde 1960, o setor tornou-se a “política de setor”, na França, embora tenha sido implantado muito lentamente no seu início, alcançando maior dimensão apenas após 1968. Muitos países adotaram tal política, que, como já foi mencionado, consiste na divisão de territórios em zonas geográficas com uma determinada população adscrita, atendida por uma equipe clínica (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros). Foram criados também serviços extra-hospitalares, tais como Hospital-Dia, Hospital-Noite, Oficinas protegidas, Serviços de tratamento domiciliar, Associações e clubes terapêuticos e também Hospitais Psiquiátricos (FLEMING, 1976; AMARANTE, 2001).

No Brasil, a política de Saúde Mental recebeu também influências da Psiquiatria de Setor, conjuntamente com as influências da Psiquiatria Preventivo-Comunitária, principalmente na década de 1980, no governo Franco Montoro. Sob a liderança da CSM (Coordenadoria de Saúde Mental) do Estado de São Paulo, foi elaborada uma proposta de trabalho, organizados equipamentos, contratadas equipes e executadas ações (COSTA-ROSA, 1987; YASUI, 1999).

Apesar das críticas à política mencionada (COSTA-ROSA, 1987; LANCETTI, 1989; YASUI, 1999), não se pode negar seu mérito e esforço na tentativa de se construir pressupostos conceituais para uma política de Saúde Mental que pretendia fazer frente ao manicômio como único recurso, principalmente tomando por base o que existia anteriormente a esse projeto.

Para Rotelli, a principal crítica à Psiquiatria de Setor é de não ter conseguido ir além do Hospital Psiquiátrico:

[...] ela conciliava o Hospital Psiquiátrico, com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornaram-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos

“normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura. (ROTELLI, 1994, p. 150).

1.2.3 - A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, segundo Birman e Costa (1994), foi criada nos EUA, identificando-se, na sua essência e nas suas condições concretas de possibilidade, com a Psiquiatria Institucional.

Em ambas, a “terapêutica da enfermidade passa paulatinamente para um segundo plano, substituída pela promoção de saúde mental” (idem, p. 45).

Para Amarante (2001), a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária propôs-se ser a 3ª Revolução Psiquiátrica, após Pinel e Freud, por ter descoberto a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais.

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, enquanto resposta às diversas crises ocorridas nos EUA, incluindo o contínuo crescimento dos distúrbios mentais, levou o Presidente Kennedy, em 1963, a formular, em linhas gerais, uma nova política para lidar com as doenças mentais. Essa nova política pressupõe um maior investimento no espaço social mais amplo, na “comunidade”, em detrimento de reformas do hospital psiquiátrico. Ao chamar à responsabilidade cidadãos e governos, instituições públicas e privadas, a estratégia de promoção de saúde mental torna-se explícita, ocupando um grande espaço na preocupação da nova Psiquiatria, juntamente com uma abordagem preventivista da saúde mental.

Ao incorporar alguns dos conceitos de Saúde Pública, como o de história natural da enfermidade, estabelece também uma história natural para a doença mental, devendo a assistência à mesma ocorrer de acordo com seu momento evolutivo:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca, pela readaptação do paciente à vida social, após a sua melhora. (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 54).

Amarante (2001) chama a atenção para a crença, que se instaura, de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente. Partindo do pressuposto reducionista, para o qual doença mental tem também o significado de distúrbio emocional, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Começam, então, as buscas aos suspeitos de doença mental ou distúrbios emocionais, ou mesmo de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal.

Importa para este trabalho, principalmente, o fato de a Psiquiatria Comunitária e Preventiva ter-se transformado em “um novo projeto de medicalização de ordem social, de expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (1995, p. 4). Portanto, o que se pode observar é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, camuflada por idéias de promoção da saúde mental. A doença mental ou sua simples ameaça é considerada uma forma de desadaptação social, que merece intervenção de especialistas.

Segundo Delgado (1998), todas as experiências citadas anteriormente são caracterizadas por um fator comum: não criticam a competência da Psiquiatria para lidar com a doença mental. As ressalvas a essa afirmação ficam por conta da Psicoterapia Institucional, que tenta fazer essa crítica, mas, em todo caso, não critica a pertinência da Psiquiatria no campo da doença mental.

Faremos um breve resumo de duas outras abordagens que procuram fazer a crítica à pertinência da Psiquiatria em lidar com as doenças mentais: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

1.2.4 - A Antipsiquiatria

A Antipsiquiatria surge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura, com um grupo de psiquiatras, dentre os quais se destacam Ronald Laing e David Cooper, que tinham em comum uma longa prática psiquiátrica em hospitais e clínicas. Essa experiência os levou à conclusão de que o saber e a prática psiquiátrica, tal como existem, se revelam inadaptados ao problema da loucura.

Assim, eles começam por encarar a possibilidade de uma prática diferente, dentro das instituições psiquiátricas públicas, buscando destituir definitivamente o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Formulam a primeira crítica radical ao saber médico, contrariando o modelo tradicional, em que existe, de um lado,

o doente, o suporte da doença, e, de outro, o médico, o detentor de ciência. No caso específico da Psiquiatria, pretendem desmistificar o papel que a sociedade lhe atribuiu, ao proporem outro modelo de explicação, em que a loucura é considerada como fenômeno social, cuja definição é imposta pela sociedade, tendo em vista que a Psiquiatria tradicional funciona como instrumento dessa mesma sociedade, com a função de manutenção e de defesa de certa “normalidade” adaptada à ordem estabelecida (FLEMING, 1976).

A Antipsiquiatria interessa particularmente ao presente trabalho, pela crítica que faz à “psiquiatrização em massa da sociedade” e ao modelo médico, que coloca de um lado o doente, suporte da doença, e do outro o médico, detentor do saber científico. Ao fazer essa crítica, sugere outra relação com loucura, ou seja, que haja uma interrogação sobre o discurso do louco, num contexto completamente diferente, no qual o psiquiatra coloca-se também na posição de um aprendiz (FLEMING, 1976).

Nessa perspectiva, o método terapêutico da Antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico, porém valoriza a análise do discurso. Se a linguagem psiquiátrica havia estabelecido um monólogo da razão sobre a loucura, o novo movimento busca restabelecer o diálogo entre a razão e a loucura, enxergando essa loucura entre os homens e não dentro deles. Tece também duras críticas às nosografias, que consideram uma forma de violência, por ser um sistema de rotulagem do doente. O ato de rotular, de marcar com um número ou diagnóstico é uma forma de “produção”, no âmbito da loucura, é transformar um “ser em evolução” numa entidade patológica sem devir. Na maioria das vezes, a pessoa, ao receber um diagnóstico de doença mental, não é mais tratada na plenitude de sua expressão pessoal, mas como um “distúrbio ambulante”, isto é, não é a pessoa que é ouvida, mas sim o discurso de um esquizofrênico, de um bipolar – e assim por diante.

Esse rótulo nosográfico determina também uma alteração no próprio sujeito: este deixa de se encarar a si mesmo como um indivíduo, e passa a ver-se como um corpo doente, passivo, esperando a cura do médico.

Outra crítica feita pela Antipsiquiatria à instituição asilar recai sobre a institucionalização da doença mental.

[...] a partir do momento em que o paciente é internado num hospital psiquiátrico, torna-se obrigado a submeter-se ao regulamento da instituição. Privado de liberdade, de dinheiro, de amor, de vida sexual e, frequentemente, da palavra, acomoda-se passivamente à sua situação de doente e submete-se ao papel que dele esperam. (FLEMING, 1976, p. 85).

Para este trabalho, importa ainda aprofundar alguns conceitos da Antipsiquiatria, principalmente o de doença mental, que é criticado enquanto abordagem médica do fenômeno da loucura. Segundo os antipsiquiatras, a abordagem médica permite ao sistema isolar e individualizar a loucura, e negar que ela esteja em relação com a família e com as contradições sociais. Ao transformar a loucura numa doença mental, a sociedade defende-se de uma verdade e justifica um modelo psiquiátrico, hospitalocêntrico, embasado no encerramento, na segregação dos indivíduos improdutivos e perturbadores da ordem social. Mais ainda, no termo *doença mental* está implícita uma situação puramente endógena, quer dizer, esse doente tem que ser tratado, medicado, já que a doença se passa única e exclusivamente no interior dele próprio.

A Antipsiquiatria não aceita essas concepções e propõe que a interrogação recaia sobre o discurso do louco e suas relações. Radicaliza ainda na recusa em administrar tratamentos farmacológicos e físicos, amparando essa decisão na afirmação de que o discurso do louco, o delírio, pode ser um processo restitutivo de cura. O ato terapêutico é acompanhar o louco no seu delírio, na sua viagem. A obrigação de ministrar medicamentos seria um princípio baseado em atos normativos e de adaptação (idem).

O movimento da Antipsiquiatria representou um importante marco na história da Reforma Psiquiátrica, principalmente por denunciar publicamente a violência da Psiquiatria e por iniciar um processo de ruptura radical com o saber psiquiátrico moderno.

1.2.5 - A Psiquiatria Democrática Italiana

Em 1961, em Gorizia, pequena cidade da Itália, iniciou-se a semeadura de uma experiência de renovação, que contestava a prática psiquiátrica tradicional.

Partindo das mesmas críticas e denúncias da Antipsiquiatria, que caracterizavam como violenta, coercitiva e autoritária, embora adotando modos semelhantes de explicação da loucura, os psiquiatras italianos fazem uma análise diferente da realidade social e propõem modos de luta anti-institucional originais: procuram fazer uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença; é, antes de tudo, um movimento político (FLEMING, 1976; AMARANTE, 2001).

O principal ideólogo do movimento foi Franco Basaglia (11/03/1294 – 19/08/1980), psiquiatra italiano de formação marxista, que vê na doença mental uma produção

psicopatológica, na qual o doente se refugia, com o intuito de escapar de uma realidade social que se lhe tornou insuportável.

Todas essas discussões, críticas e propostas de novas práticas para a Psiquiatria, iniciadas em 1961, no manicômio de Gorizia, culminaram na fundação, em 1973, do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. Segundo Amarante, o grande mérito desse movimento

[...] pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos técnicos de saúde mental. A possibilidade de ampliação do movimento da PDI e seu alcance permitem, além da discussão da propriedade ou competência médico-psiquiátrica-psicológica, aliança com forças sindicais, políticas e sociais. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça. (2001, p. 48).

Interessam-nos particularmente, no movimento da PDI, as interrogações de Basaglia sobre o valor científico do diagnóstico clínico atribuído ao doente, no momento do seu internamento, principalmente quando questiona se esse diagnóstico não seria um simples rótulo que, sob a aparência de um julgamento técnico especializado, dissimula, mais ou menos bem, a sua profunda significação discriminatória (BASAGLIA, 1979).

Com a apropriação da loucura, transformada em doença mental e objeto médico, pela Psiquiatria, foi produzida toda uma prática de diagnóstico e estruturação de paradigmas que justifiquem sua intervenção. De acordo com Basaglia, “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (1979, p. 57).

Para a Psiquiatria Democrática Italiana, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa), mas a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social (ROTELLI, 2001).

Retornamos a outro aspecto, já ressaltado anteriormente, sobre a “transformação da loucura” em doença e todo o aparato necessário criado para descrever e tratar essa doença.

Nessa perspectiva, a PDI faz sérias críticas às nosografias, afirmando que não passam de uma ampla gama de classificações que o psiquiatra utiliza, para se defender do que não compreende. Do mesmo modo, através dos medicamentos que administra, acalma a sua ansiedade, age sobre o sintoma e evacua o problema político da loucura (FLEMING, 1976).

A crítica à prescrição dos medicamentos citada acima é muito mais sobre a forma de utilização, sobretudo se colocada de maneira isolada e codificada.

Os diversos tipos de “terapia”, inclusive a psicofarmacológica, são considerados como momentos importantes, embora redutivos e parciais (ROTELLI, 2001).

Concluindo, a PDI, principiada em Gorizia, nos anos de 1960, e depois em Trieste, nos anos 70 e na atualidade, trabalha com a hipótese de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre tal separação artificial, construiu-se um conjunto de aparatos, constitutivos da “instituição”, todos referidos à “doença”. É esse conjunto que a PDI deseja desmontar (desinstitucionalizar), para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência-sofrimento” (idem).

1.2.6 - Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Todas essas experiências acabam por fazer eco em terras brasileiras, levando à construção de uma trajetória peculiar da Reforma Psiquiátrica, no Brasil.

O marco da assistência psiquiátrica institucional brasileira foi a inauguração do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852. Após a criação desse hospício, várias instituições psiquiátricas foram instaladas em diferentes localidades, de sorte que, ao final do século XIX, o país já contava com locais de internamento em todas as suas grandes cidades. Contudo, apesar da existência de Hospitais Psiquiátricos, a cadeira de Clínica Psiquiátrica nos cursos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia somente foi criada a partir do Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, que tratava da reforma do Ensino Superior (ENGEL, 2001, p. 209-210).

É interessante o relato que a historiadora Magali Gouveia Engel faz do Hospício Pedro II:

Situado num dos locais mais bonitos da cidade, o Hospício Pedro II acabaria se transformando numa opção para passeios dominicais. [...] Já passou o tempo em que ninguém se atrevia a entrar em um hospital de doidos... onde eram encarcerados os míseros como se fossem feras. Acorrentados, presos ao tronco... (AZEVEDO, 1877, V.I. 394, apud ENGEL, 2001, p. 203).

Aprofundando mais a descrição, Engel sublinha:

Reclusa no hospício, a loucura era “humanizada” e exibida como verdadeiro troféu dos médicos. Nessas exibições os loucos desempenhavam papel secundário, pois a grande estrela do espetáculo era a obra filantrópica e científica da medicina. (ENGEL, 2001, p. 203).

Todavia, havia o lado oculto desse espetáculo, que era a loucura reclusa, cujas características de tratamento eram a segregação, a inexistência de “escuta à fala dos pacientes (já que estavam “fora da razão”), camisa de força, jejuns e tantos outros maus tratos” (ibidem).

A mesma autora destaca que Raul Pompéia, na época cronista já renomado, apreende de modo bastante perspicaz esse outro significado do espetáculo:

No domingo, abriram-se a visitação do público as portas do Hospício Pedro II. A afluência foi considerável como em todas as visitas de hospitais, espetáculos do sofrimento a que o povo transporta a sua curiosidade, com uma pontinha de ânimo perverso, que vem do circo romano, no caráter latino. (POMPÉIA, 1982, V. 6, p. 71, apud ENGEL, 2001, p. 204).

Os arsenais terapêuticos usados no tratamento da loucura foram “enriquecidos” com novos recursos, na década de 30 do século XX, como, por exemplo, a convulsoterapia¹ e a lobotomia², amplamente adotados especialmente no período de 1936 a 1956.

Essa estratégia ocorreu sem nenhum disfarce, como se fosse uma função natural do Hospital Psiquiátrico, tendo sido inclusive legalizada pelo Decreto nº. 24.559, de 3 de julho de 1934, assinado pelo então presidente Getúlio Vargas, ou seja, num período em que a República do Brasil estava sob o domínio da ditadura de Vargas (1930-1945). Tal decreto vem reforçar o poder do Estado e da Psiquiatria sobre os “loucos de todo os gêneros”, conforme já propunha o Código Civil Brasileiro, isto é, combater os “males sociais” que acometiam o povo. Diante dessa situação, não há como esquecer a indagação provocadora de Foucault (2006, p. 70): “Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?”.

Após a Segunda Guerra Mundial, muitos países do mundo se solidarizavam com a situação de isolamento e de maus tratos que ocorriam nos Hospitais Psiquiátricos.

Ao dirigirem seus olhares para os hospitais, descobriram que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados, em nada diferenciaram daquelas encontradas nos campos de concentração (AMARANTE, 2007). Assim, após a Segunda

¹ Convulsoterapia: tratamentos que, por meios químicos ou físicos, provocam quadros convulsivos muito semelhantes às convulsões de caráter epilético, como os choques através da aplicação do cardiazol, injeções de acetilcolina e o eletrochoque, que era a passagem de uma corrente elétrica através do cérebro, por intermédio de dois eletrodos colocados na região frontotemporal.

² A lobotomia consistia em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando a modificar comportamentos ou curar doenças mentais.

Guerra Mundial, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial, começam a surgir os movimentos reformistas da Psiquiatria Contemporânea, buscando questionar o papel, a natureza e as condições das instituições asilares e do saber psiquiátrico.

O Brasil, que vivia em plena ditadura militar, manteve-se na contramão histórica desses movimentos, favorecendo a criação de novos hospitais psiquiátricos, lembrando que os 135 existentes em 1965, foram ampliados, vertiginosamente para 430, em 1981 (BOARINI, 2006). De acordo com Yasui (1999), a partir dos anos 60, a assistência psiquiátrica brasileira era eminentemente hospitalocêntrica e preponderantemente privada.

No entanto, no final desse período de ampliação dos leitos psiquiátricos, começam-se a vislumbrar movimentos que propiciam o início do processo de “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, principalmente entre os anos de 1978 e 1980.

Segundo Amarante, o estopim da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Essa divisão era subordinada ao Ministério da Saúde e tinha como função formular as políticas de saúde do subsetor Saúde Mental. Nessa época (1978), quatro unidades da DINSAM, localizadas no Rio de Janeiro, deflagraram uma greve, em função de várias dificuldades pelas quais passavam há tempos, mas cuja “gota d’água” foi a denúncia, feita por três médicos bolsistas³ do CPP II (Centro Psiquiátrico Pedro II), que, ao registrarem no livro de ocorrência do plantão do Pronto Socorro as irregularidades da unidade hospitalar, traz a público a trágica situação existente naquele Hospital (AMARANTE, 2001). Nesse registro/desabafo, apontam as “condições precárias, em clima de ameaças, violências a eles próprios e aos pacientes. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas” (idem, p. 52). Tal ato teve diversas repercussões, recebendo apoio do REME (Movimento de Renovação Médica) e do CEBES, que se unem à sociedade civil, realizando reuniões, organizando comissões e assembléias, as quais denunciam a falta de recursos das unidades e a precariedade das condições de trabalho.

Não podemos negar que há tristes fatos, na história do tratamento a doentes mentais, no Brasil. Não faz parte do objetivo principal deste trabalho esmiuçar essas histórias, mas muitos autores detalham as atrocidades cometidas, como Cerqueira, que já mostrava que esse era o estado da arte no país, desde muito antes (CERQUEIRA, 1984).

Após o golpe militar de 1964, a Psiquiatria iniciou um processo de mercantilização da loucura, celebrando convênios com o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social),

³ Desde 1956/1957, a DINSAM não realizava concurso público. A partir de 1974, passa a contratar bolsistas (profissionais graduados ou estudantes universitários), com recursos da campanha nacional de saúde mental.

criado em 1967 (YASUI, 1999). Passando a praticar um modelo de assistência em massa, transformou-se rapidamente em um negócio lucrativo, como apontou Cerqueira:

A empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Não nos iludamos porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem. (1984, p. 226).

Diante dessas constatações, os Hospitais Psiquiátricos passaram a ser um “negócio” lucrativo, tal como é também lucrativo hoje o comércio de psicofármacos, que abordaremos mais adiante. Quer dizer, uma triste equação: “pacientes com intensos sofrimentos psíquicos + respostas desumanas e pobres = grandes lucros”. Durante os anos 60 e mais incisivamente nos anos 70 e 80, os Hospitais financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social se transformaram em um negócio rentável, apesar de seu alto grau de iatrogenia, pois podiam ter centenas e até milhares de pacientes internados com pouquíssimos funcionários, péssimas condições sanitárias e anulação de direitos de cidadania de seus internos (LANCETTI; AMARANTE, 2007, p. 625).

Não foi sem razão que tal situação, após a Segunda Grande Guerra, em alusão à semelhança das atrocidades cometidas nos campos de concentração e nas instituições psiquiátricas, levou Basaglia (2005) a afirmar que os crimes cometidos contra os doentes mentais, em nome da ciência da ordem e da razão, eram “Crimes da Paz”.

As vindas de Franco Basaglia ao Brasil contribuíram muito para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, no país. Em 1978, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. Estavam presentes, no Congresso, figuras emblemáticas para o campo da Saúde Mental, como Robert Castel, Félix Guattari, Erwin Goffman e, principalmente, Franco Basaglia (AMARANTE, 2001).

Yasui sublinha:

A presença de Basaglia foi um importante momento para o movimento. Por onde passou, foi contagiando com suas idéias, produzindo um efeito de vontade e potência contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática, afirmou em várias de suas conferências. (1999, p. 67).

Ainda segundo Yasui, sua passagem pelo Brasil motivou vários profissionais que entraram nas Instituições de Saúde Mental sequiosos para buscarem novas soluções para os

problemas das referidas instituições, fortalecendo também a necessidade de se politizar o discurso e a prática dos técnicos de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica.

Em novembro de 1979, por ocasião do III Encontro Mineiro de Psiquiatria, Franco Basaglia volta ao Brasil. Nesse encontro, que contou com a participação de Antonio Slavich e Robert Castel, foram discutidos temas clássicos e importantes para o momento histórico da Assistência Psiquiátrica Brasileira.

Foi nessa ocasião também que Basaglia realizou sua visita histórica ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, quando expôs para a sociedade brasileira a crueldade e a violência da assistência psiquiátrica prestada aos pacientes, nesse local (AMARANTE, 2007).

Por outro lado, a trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica, em nosso país, não pode ser descontextualizada dos respectivos momentos políticos.

Segundo Luz (1987, p.132), a década de 1980 teve como marco dominante a luta pela constituição de um Estado verdadeiramente democrático, após vinte anos de ditadura militar.

Nos primeiros anos dessa década, a ditadura militar ainda predominava, mas com reivindicações de mudanças pairando no ar, haja vista a grande campanha das “Diretas Já”, que, embora derrotada, resultou na eleição de Tancredo Neves, candidato opositor e primeiro Presidente civil desse novo período de redemocratização. Com sua morte inesperada, em 1985, José Sarney assume a Presidência.

Em meio a esse período de efervescência, acontece em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, mais precisamente entre 17 e 21 de março de 1986; pela primeira vez, uma conferência teve o caráter de consulta e participação popular, contando com milhares de participantes (AMARANTE, 2001).

Entre muitos fatos marcantes ocorridos nessa conferência, apontamos o surgimento de uma nova concepção de saúde, concebida “como direito de todos e dever do Estado”. Esse grande grupo heterogêneo de pessoas discutiu, na 8ª conferência, a situação da saúde no país e aprovou um relatório que passou a constituir as bases do Projeto da Reforma Sanitária.

Por iniciativa de Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz e coordenador da conferência, foi proposta e realização de reuniões sobre temas específicos, como saúde do idoso, saúde da criança, saúde do trabalhador e saúde mental, entre outros. E, como desdobramento e consequência dessa conferência, entre 25 e 28 de junho de 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Portanto, como podemos observar, o Movimento da Reforma Psiquiátrica está intimamente ligado ao Projeto da Reforma Sanitária. Salientamos que, entre as

recomendações da I CNSM, está a de combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidades de saúde (AMARANTE, 2001).

A Reforma Sanitária foi igualmente responsável pela constituição da idéia do Sistema Único de Saúde (SUS), criado com o propósito de ser o instrumento para garantir o cumprimento do “dever do Estado” e de proporcionar saúde e bem-estar a todos os brasileiros.

O SUS é um produto da referida Reforma Sanitária, originada no Movimento Sanitário. Assim, de acordo com Negri (2002), a atual conformação do sistema público universal, integral e gratuito começou a ser constituída com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988, sendo o evento mais marcante dessa construção a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986.

O SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam.

Tais princípios e diretrizes passaram a constituir as regras pétreas do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

São definidos pelo texto constitucional os seguintes princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, ou acesso universal, a todos os brasileiros, às ações e aos serviços de saúde. Assim, esse princípio assegura, no sistema público de saúde, a oferta desde vacinas, medicamentos até as cirurgias mais complexas, alterando a situação anterior, em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes.

A integralidade garante que todos os brasileiros terão direito às ações e aos serviços para promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Assim, pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afeta os indivíduos e as coletividades.

Esse princípio orientou a expansão e a qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde imunizações até os serviços de reabilitação física e mental (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Alguns autores, como Mattos (2004), aprofundam mais a questão da integralidade, afirmando que a mesma não é só sinônimo de garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde, mas precisa ser pensada enquanto articulação de diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação articuladas com atividades preventivas e assistenciais:

Defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro. Defender a integralidade é defender que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos. [...] o conhecimento que nós profissionais de saúde detivermos sobre as doenças e os sofrimentos por elas causados, bem como sobre um certo número de ações capazes de interferir em algum grau sobre o modo de andar a vida estreitado pela doença, permite atuar diante de um sofrimento assistencial. Mas na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. (MATTOS, 2004, p. 1414-1415).

A equidade traduz o debate que ocorre atualmente relativo à “igualdade”. Para Vasconcelos e Pasche (2004), deve ser entendida como prioridade nas ofertas de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer, em decorrência da desigualdade na distribuição de rendas.

O texto constitucional garante, com o princípio da equidade, que todos os brasileiros têm direito a atendimento sem discriminação ou privilégios, de acordo com suas necessidades.

No entanto, em função das grandes desigualdades sociais existentes no Brasil, importa entender, como lógica do SUS, o princípio da “discriminação positiva”, ou seja, assegurar aos grupos sociais mais vulneráveis, prioridade no acesso às ações e serviços de saúde, aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, tendo em vista as desigualdades de condições decorrentes da organização social (idem).

A descentralização preconiza que a responsabilidade pelo atendimento cabe às três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), com direção única em cada esfera de governo.

Um dos aspectos mais significativos da descentralização foi a municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde. As definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços.

Com a direção única em cada esfera de governo, foi necessário construir a coordenação das ações sob a direção de um único gestor em cada espaço-político institucional – o secretário municipal de saúde, no âmbito do Município, o secretário estadual, no âmbito do Estado, e o Ministro da Saúde, no âmbito da União.

Para Vasconcelos e Pasche (2007), a descentralização não se esgota na municipalização, e o processo de regionalização da saúde é uma diretriz importante para a organização racionalizada dos serviços de saúde:

[...] Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime, os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala. (idem, p. 536).

Através da hierarquização, procura-se organizar o sistema de saúde por níveis de atenção, quer dizer, garantir a organização das ações de saúde das diferentes esferas de governo para o atendimento de níveis diferentes de complexidade e incidência.

A participação popular, assegurada pela Constituição Federal e regulada pela Lei 8.142/90, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde.

O principal objetivo dessa diretriz constitucional é garantir uma democracia participativa em que os cidadãos possam influenciar de maneira decisiva, na definição e na execução da política de saúde, nas três esferas de governo (ibidem).

Como já mencionado, a Constituição de 1988 definiu as principais características do SUS. A regulação infraconstitucional do SUS completou-se em 1990, com a edição de duas leis: a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90.

A partir dessa regulamentação, a operação do sistema e a relação entre os administradores foram tratadas por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB – SUS). Foram expedidas a NOB 01/91, a NOB 01/93, depois alterada com a NOB 01/96 e, em 2002, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que trata especificamente do Regionalismo da Assistência (NEGRI, 2002).

1.3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL, NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

No início dos anos 80, em São Paulo, foi semeada uma tentativa de reforma do sistema psiquiátrico, com a criação de novos Ambulatórios de Saúde Mental e o reequipamento dos poucos Ambulatórios de Saúde Mental já existentes (que nada mais eram que locais de cronificação do sofrimento psíquico, nos quais se distribuíam remédios com

consultas feitas às pressas), para atendimento em grupo e com o objetivo de que tais procedimentos evitassem o encaminhamento dos pacientes ao hospício. Ao mesmo tempo, os Centros de Saúde foram equipados com equipes mínimas compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Essa experiência, influenciada pelo preventivismo americano, operava em três níveis – primário, secundário e terciário –, e acreditava que se poderia deter o fluxo de pacientes que iriam para o hospital psiquiátrico.

Na prática, somente alguns ambulatórios conseguiam dar acolhimento a pacientes graves; percebeu-se também que os Centros de Saúde encaminhavam mais pacientes para os hospitais psiquiátricos que os Ambulatórios, mesmo sendo responsáveis por uma população bem menor (LANCETTI; AMARANTE, 2007).

Recebendo certa influência dessa experiência e com a recente promulgação da Constituição Brasileira, que dava autonomia para as autoridades municipais zelarem pela saúde dos seus cidadãos, em 1989, amparada pelos princípios do SUS, a cidade de Santos iniciava a construção de um Sistema de Saúde Mental, pela intervenção e posterior desconstrução (1994) do seu único Hospital Psiquiátrico – a Casa de Saúde Anchieta.

O grande diferencial de Santos foi que a experiência foi liderada pelas autoridades governamentais. O grande líder foi o então Secretário de Saúde, e depois Prefeito da cidade, David Capistrano Filho. Talvez tenha sido essa a razão de a experiência ter sido realizada em tempo recorde. Em 1989 foi iniciada a intervenção no hospital e em 1994, o hospital estava fechado e o novo Sistema de Saúde Mental funcionando. (idem, p. 628).

No referido hospital, num só dia, foram fechadas as celas fortes, proibida a aplicação de eletrochoques, alguns pacientes começaram a sair do local e as famílias foram convocadas para participar das altas.

Lancetti & Amarante acrescentam:

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi mais uma escola de Liberdade; Santos fez jurisprudência, pois até então só existia o princípio constitucional, a letra da lei; houve então muitos e intensos conflitos, embates, mas também propostas de reestruturação, como a criação dos NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), criação de Prontos Socorros psiquiátricos, cooperativas, moradia para pacientes crônicos sem contato familiar, o Núcleo de Artes TAM TAM, entre outras. (2007, p. 627).

Em muitas cidades e Estados, principalmente na década de 1980, começam a acontecer processos importantes, com experiências inovadoras em Psiquiatria.

Concentrando a atenção no Estado de São Paulo, segundo Yasui (1989, p. 50), em 1985, por ocasião do I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do São Paulo, organizado pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, “após os discursos oficiais de abertura, dezenas de profissionais ergueram-se de suas cadeiras na platéia e anunciaram um protesto coletivo”, já que consideravam a importância de criar um Fórum independente, onde fosse possível criticar livremente as políticas oficiais para o setor de Saúde Mental, bem como refletir sobre práticas e desejos da organização dos trabalhadores.

Surge, a partir dessa manifestação, o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental. Como o momento era de luta pela realização da Conferência Nacional, o plenário organizou encontros independentes da SES, com o objetivo de criticar e propor livremente ações para o setor de Saúde Mental, sendo que um desses encontros contou inclusive com a participação de Franco Rotelli⁴. Em 1986, acontece o II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, organizado, de forma independente, pelo Plenário criado em 1985, sendo que, nesse encontro, ocorreram vigorosos conflitos entre os participantes, resultando na consolidação do propósito de imprimir um compromisso com uma dinâmica participativa e democrática.

Em 1987, foi realizado, em Bauru, o II Congresso Nacional do MTSM (o primeiro havia sido realizado em 1979, também em São Paulo), criando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A cidade de Bauru fora escolhida por estar sob uma administração progressista, facilitando política e administrativamente a realização do evento.

O II Congresso desenvolveu-se com base em três eixos de discussão – 1. Por uma sociedade sem manicômio, 2. Organização dos Trabalhadores de Saúde Mental, 3. Análise e reflexão das práticas concretas (AMARANTE, 2001, p. 80), e foi palco da profunda transformação sofrida pelo MTSM, que se tornou “um movimento não mais (predominantemente) de profissionais de Saúde Mental, mas com efetiva participação de usuários e familiares” (AMARANTE, 2007, p.77).

Um aspecto inovador no Congresso de MTSM, em 1987, foi o fato de assumir-se definitivamente enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores. Com o lema estratégico “Por uma sociedade sem manicômios”, ocorre uma grande discussão sobre a loucura, a doença mental, a Psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passou-

⁴ Franco Rotelli é um dos principais nomes da Reforma Psiquiátrica Italiana, sucessor de Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Trieste.

se a discutir a experiência de desinstitucionalização, enquanto invenção de práticas assistenciais e territoriais (AMARANTE, 2008).

A partir dessa trajetória, observam-se várias mudanças na assistência a Saúde Mental e acentuado avanço na Reforma Psiquiátrica do Brasil: “[...] em 1989 havia treze NAPS e CAPS e oitenta mil leitos psiquiátricos. Em 2006, o país contava com 820 CAPS e NAPS e 45.000 leitos psiquiátricos” (LANCETTI; AMARANTE, 2006. p. 628).

A aprovação da Lei Federal nº 10216, em 6 de abril de 2001, que revogou a arcaica legislação de 1934, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo Assistencial em Saúde, e a criação dos CAPS, através da Portaria MS nº. 336/2002, podem ser exemplos de estratégias de transformação da assistência, como política oficial do Ministério da Saúde, que se concretiza na organização de uma ampla rede de Atenção em Saúde Mental.

Contudo, para que o CAPS tenha o significado de transformação estrutural, com implicações no conjunto da sociedade, é necessário que ele não tenha o significado apenas de mudanças na instituição, mas que seja “um lugar de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social” (YASUI, 2007, p. 156-159).

É preciso entender todo esse movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo peculiar, mesmo tomando emprestado o termo *reforma*, que, para Yasui, pode não contemplar a sua amplitude, podendo ser associado a mudanças meramente superficiais, ou mudar para não mudar (YASUI, 2007, p. 156). Para Amarante, que aborda criticamente as reformas, o termo *reforma* pode referir-se à simples reformulação de serviços ou humanização/maquiagem do hospital (AMARANTE, 2007, p. 62, 63 e 104).

Amarante propõe que o primeiro grande desafio é superar a visão reducionista de reforma psiquiátrica enquanto mera reestruturação de serviços e começar a assumir a saúde mental e a atenção psicossocial como um processo social complexo (2007, p.63).

Se pensarmos dessa forma, será necessário refletirmos sobre o dispositivo institucional em Saúde Mental como campo de contradições, uma vez que, segundo Costa-Rosa (2006),

[...] é possível afirmar a hipótese de que no momento atual a contradição se expressa em termos de dois paradigmas básicos de organização de suas funções: o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (PPHM) e aquele conjunto de ações que se lhe contrapõem, à medida que vão adquirindo consistência discursiva e teórico-prática: o Paradigma Psico-Social (PPS).

Dessa maneira, ao assumirmos a perspectiva PPS (Paradigma Psicossocial), não podemos pensar no espaço do CAPS apenas como forma arquitetônica, que ainda pode perfeitamente manter as características de disciplina, vigilância panóptica, asilar, excludente, estigmatizante e medicalizadora. Que esse espaço psicossocial seja entendido como dispositivo estratégico de trocas sociais e de produção de subjetividade, enfim, um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento psíquico.

Assim, alguns autores, como Yasui & Costa-Rosa (2008), têm preferido falar em estratégia CAPS, por entenderem que Modo Psicossocial é uma estratégia de ação, cujo lugar é o território dos sujeitos do sofrimento. Algo que, a princípio, traz a idéia da utopia, do grego “u” (ou), que significa não, mais top (o), cujo significado é lugar. Mas, recortando o “u”, trazemos a tona a significância de outro *topos* que não seja o dispositivo PPHM, mas sim o PPS, enquanto a estratégia de ação a que nos referimos anteriormente.

1.4 O PAPEL DA TERAPÊUTICA, DA “CURA”, NO SABER PSIQUIÁTRICO

Em princípio, não era absolutamente claro para a razão do final do século XVIII e início do século XIX que os loucos deveriam ser objetos de cuidados médicos. Essa transformação somente ocorreu na medida em que foram “enquadrados” como doentes pelo saber médico.

De qualquer modo, pode-se confirmar, através das pesquisas empreendidas por Foucault (2005), que a resposta dada pela sociedade aos problemas da loucura sempre foram essencialmente políticas.

Em todas as épocas, ela tem-se traduzido por uma exclusão, cuja forma depende da ideologia em vigor. Na Idade Média, enquanto as pequenas cidades guardavam “seus” loucos, excluindo apenas os que vinham de outras cidades, grandes centros mercantis, lugares de passagem importantes, entregavam-nos aos mercadores e marinheiros, que depois os “perdiam” ou, ainda, os prendiam em casas de detenção, onde não recebiam qualquer tratamento ou assistência. A resposta dada pela sociedade capitalista foi e é a medicalização da loucura, mesmo que um século de pesquisas anatômicas e clínicas não tenha contribuído grandemente para o conhecimento científico da perturbação mental (FLEMING, 1976).

Se as respostas à loucura, oferecidas pela sociedade, mudaram de acordo com os diferentes momentos históricos, isso ocorreu também com a concepção que a sociedade fazia da loucura. No Renascimento, o louco era relacionado com potências imaginárias, com

poderes sobrenaturais e subterrâneos; nos séculos XVII e XVIII, com o grau inferior da humanidade, forma última de encarnação divina, identificando-se com a animalidade. Apenas no século XIX, ele seria outro personagem, objeto para conhecimento médico (BIRMAN, 1978).

Encerrando o louco no papel de doente mental, a sociedade, por meio da Psiquiatria, determina apenas um único modo de relação com ele: a relação médica. O louco, sujeito falante e atuante, torna-se assim objeto de um saber científico, e cai noutra situação de alienação ainda mais grave. O médico procura descrever seu comportamento e elaborar um discurso científico, de sorte que o diálogo, se alguma vez se instala entre o médico e o doente, acontece sob a feição de domínio daquele que sabe sobre este que se considera não saber.

Nessa perspectiva, todo discurso teórico da Psiquiatria falava de descrição, nosologia, etiologia, formas evolutivas e terminais da alienação mental, bem como os sintomas físicos ou morais, as causas físicas e morais da enfermidade. Alguns autores consideram que, a partir daí, tem lugar um aprimoramento descritivo cada vez maior dos “comportamentos divergentes”, levando a uma mudança permanente dos critérios classificatórios e caracterizando a “mania nosológica” ou “mania classificatória” dos psiquiatras, que persiste ainda na atualidade (BIRMAN, 1978)

Entretanto, não era a inserção dos pacientes nesse quadro nosológico que definia sua necessidade de internação ou a especificidade do seu tratamento. A sua terapêutica era fixada com base nos critérios de sua periculosidade: trata-se de um indivíduo furioso? Qual sua aceitação das regras institucionais? Nesses termos, a prática psiquiátrica se fazia apesar dos discursos nosográficos (idem).

Essa prática era a prática da cura, característica central da Medicina mental. Os loucos deveriam ser objeto de um tratamento, devendo-se ter, face a eles, uma atitude ativa, transformadora de seus sintomas e alterações morais. Ao colocar a terapêutica e a cura como objetivo e razão de ser últimos do saber psiquiátrico, a Medicina mental, que já havia se instituído como saber sobre a loucura, criando a doença mental como objeto, delimita que, a partir de então, o louco deveria ser transformado por meio da terapêutica, da ação do alienista.

Examinaremos, agora, como eram essas práticas ditas de “cura”, “terapêutica”, já que a Psiquiatria destacava três grandes formas de tratamento: o físico, o moral e o higiênico.

O tratamento físico era aquele que se fazia através dos meios que atuassem sobre o “corpo doente” do paciente, podendo ser medicamentosos ou não. Entre esses meios, estavam sangrias, purgativos, eméticos, duchas, banhos de embrocção; infusões de plantas sedativas e

banhos de água fria (principalmente em casos de delírios furiosos), ópio, máquina rotatória de Darwin etc.

O tratamento higiênico correspondia à realização e disposição de um conjunto de medidas gerais, aparentemente inespecíficas do ponto de vista etiológico, tais como exercícios, formas de alimentação, vestimentas, locais fisicamente adequados para dispor o paciente, aquecimento do ambiente etc.

O tratamento moral consistia num conjunto de medidas morais que atuassem de modo direto sobre o espírito do alienado. Para isso, empregavam-se punições e métodos coercitivos numerosos: privação de visitas, de recreio, diminuição de alimentos, reclusão solitária, colete de força, entre outros.

A esquematização feita anteriormente presta-se muito mais a uma classificação pedagógica, pois o fundamental a ser sublinhado é que tanto o tratamento físico quanto o higiênico convergiam, enquanto instrumentos terapêuticos, para o grande núcleo de significação moral, que era a ação básica da alienação mental.

Ilustrando a afirmação anterior, os evacuates, como o tartarato antimoniato de potássio, tinham uma ação sobre o corpo, sendo por isso um meio de tratamento físico usado por volta de 1840. Contudo, eles eram usados nos pacientes melancólicos para convencê-los de que estavam doentes já que, sentindo dores gástricas, eles aceitariam a realidade de sua enfermidade e a necessidade de serem tratados (BIRMAN, 1978).

Os banhos frios ou quentes seriam outro tipo de realização de tratamento físico. Entretanto, sua ação era visivelmente moral, objetivando a punição a certas espécies de realização de prazer sexual não aceitas, aplicando as diversas formas de banhos nos locais do corpo onde o “mau-prazer” foi atingido. Usado dessa forma, o banho era instrumento de castigo (idem).

A mesma idéia aparece por trás das duchas terapêuticas, tratamento aparentemente de ordem física, mas que eram usadas como instrumento de punição, com o objetivo de submeter o alienado, obrigando-o a abrir mão de idéias e resoluções com as quais o médico não concordava e para fazê-lo aceitar as suas ordens (BIRMAN, 1978).

Submeter o alienado, puni-lo, convencê-lo pela força, de modo direto ou indireto, exercer sobre ele um ativo sistema de vigilância. A esses núcleos de significação são remetidos os meios de ação que eram justificados como sendo físicos ou higiênicos. Eles se reduzem a táticas de ação moral, sendo esta a sua eficácia específica, no procedimento da cura.

Portanto, o tratamento moral era o procedimento nuclear para a cura dos alienados, sendo os outros meios uma forma de operacionalizar, de uma ou outra maneira, a ação moralizante da Medicina mental.

1.4.1 A Gênese da Utilização dos Medicamentos na Perspectiva Farmacológica Atual

Se, para a terapêutica da moralidade, os poucos fármacos conhecidos eram utilizados na perspectiva do tratamento moral, após a segunda metade do século XIX, com o avanço das ciências exatas, nomeadamente as físico-químicas, o tratamento moral cede pouco a pouco lugar às terapêuticas medicamentosas.

É interessante relatar que, há muitos anos, várias substâncias denominadas hoje como psicofármacos ou psicotrópicos eram utilizadas pela Medicina; no entanto, o isolamento químico dessas drogas puras (morfina, codeína, atropina, cafeína, heroína, mescalina) só ocorreu durante o século XIX. Com o isolamento químico das referidas drogas, foi possível precisar a dosagem, facilitando a atividade experimental de controle (CARNEIRO, 2002).

A partir de 1857, várias substâncias químicas são ministradas aos pacientes: bromidos, cloral, paraldeído e barbitúricos, produtos químicos não especificados, que Fleming (1976) classifica de “coerção mascarada de terapêutica”, causa do abandono da relação, já que não se conhece quase nada dos seus efeitos. A contenção mecânica continua, todavia, a ser extremamente praticada.

No final do século XIX, o pensamento positivista e racionalista reforça a idéia de que há sempre uma causa orgânica na origem de uma perturbação psíquica.

Como exemplo, podemos citar a epilepsia, que era atribuída à masturbação, o que levou os psiquiatras a prescreverem a administração de bromidos, sedativos destinados a reduzir o impulso sexual.

Nota-se, por conseguinte, que já existia, por parte da Medicina, algum conhecimento com relação às substâncias citadas anteriormente. Os benefícios do éter e do clorofórmio, enquanto anestésicos poderosos para aliviar a dor física, foram amplamente difundidos desde 1845. No entanto, o uso do éter como anestésico provocou repercussões morais fervorosas por parte do Vaticano, que se opôs ao seu uso como anestésico em partos. Em 1853, a rainha Vitória tornou-se alvo de grande escândalo, quando foi divulgado que os médicos da corte realizaram seu oitavo parto com anestésicos.

No Brasil, a historiadora Magali Engel encontrou documentos que evidenciam a utilização de ópio, digitalis, espelina, brometo de potássio, iodo de potássio, cloral, acetato de amônia, purgativos e o cloridrato de morfina, em larga escala, no hospital Pedro II, embora os meios terapêuticos morais ainda fossem muito utilizados: variados tipos de banho (de tina, de emborcação, de chuva, de vapor frio e quente); sangrias por meio de sanguessugas ou ventosas.

Dessa forma, paulatinamente, tanto o tratamento moral quanto os modelos anátomo-clínicos começam a ceder lugar aos modelos químico-clínicos e bioquímicos (FLEMING, 1976).

1.4.2 A Revolução Psicofarmacológica

O consumo de psicofármacos encontra-se registrado desde o século XIX, apesar de, a partir da década de 1950/1960, ter ocorrido uma mudança significativa no consumo dessas substâncias, seja pelos caminhos do narcotráfico, seja pela medicalização massiva da dor psíquica realizada pela psicofarmacologia (BIRMAN, 1999).

Conforme já sublinhado, o ópio, a cocaína, a mescalina, a anfetamina, o LSD, entre outras drogas, foram levados a público antes da década de 1950, período que ficou marcado historicamente como a “era da psicofarmacologia terapêutica”, iniciada com a descoberta casual dos efeitos tranquilizantes da clorpromazina, nas manifestações psicóticas.

Em pleno período de reconstrução do pós-guerra (anos 50), o cirurgião francês Henri Laborit procurava um medicamento com potencial anestésico capaz de minimizar o choque operatório nos soldados gravemente feridos, já que frequentemente esses soldados entravam em choque e morriam. A reação do organismo, nesses casos, era excessiva, não tanto pela gravidade das lesões, mas pela incapacidade de o organismo suportar suas próprias reações. Laborit procurou diminuir os efeitos desta síndrome geral de adaptação, combatendo a temperatura alta com lençóis molhados e aplicando a clorpromazina, de sorte a atenuar as reações orgânicas exageradas e a permitir o tratamento das feridas. Denominou esse procedimento de hibernoterapia, já que os pacientes hibernavam (ficavam tranquilos e passivos), e sob o efeito da hibernação era possível realizar as cirurgias (PICCINI, 2000).

Ainda em 1950, Jean Delay assumia a cátedra de Psiquiatria, na França, e a direção do Hospital Saint-Anne, sendo o psiquiatra-chefe das enfermarias dos homens. Pierre Deniker, tendo tomado conhecimento da descoberta de Laborit, testa a clorpromazina nos pacientes psicóticos agitados. A enfermaria passou a ficar silenciosa. Os bons resultados

iniciais entusiasmaram Delay. que passou a encaminhar para aquela enfermaria todos os psicóticos agitados, acompanhando de perto a experiência.

Em 1952, Delay e Deniker sugerem oficialmente o emprego da clorpromazina para combater a agitação psicomotora.

Após Delay e Deniker colocarem a clorpromazina em circulação, em 1952, agora como uma nova indicação terapêutica, ou seja, como neuroléptico (antipsicótico), percebe-se em princípio que o referido medicamento propiciou ao sujeito psicótico uma recuperação da liberdade, devolvendo-lhe a fala e permitindo sua reintegração na sociedade (FLEMING, 1976). Pode-se creditar também aos psicofármacos a diminuição dos tratamentos bárbaros e ineficazes; assim também a “coerção física deixa de se justificar, pois as descobertas medicamentosas permitem substituir progressivamente o colete de forças pelo colete químico” (p. 09).

A Psicofarmacologia, mesmo com sua fama inicial de ser dotada de impressionante eficácia, acabou perdendo parte de seu prestígio, já que, segundo Roudinesco (2000), ela encerrou o sujeito numa nova alienação, ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana. Entende-se aqui essa essência como o escritor italiano Primo Levi, um sobrevivente de um campo de extermínio nazista, durante a Segunda Guerra Mundial, quando afirma que tanto a felicidade quanto a infelicidade completas são irrealizáveis. Os motivos que se opõem à realização de ambos os estados-limite são da mesma natureza, eles vêm de nossa condição humana, que é contra qualquer “infinito” (LEVI, 1988). Por isso, ao prometer o fim do sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas, que nunca fazem mais que suspender sintomas ou transformar uma personalidade, nada mais fez que alimentar ilusões (ROUDINESCO, 2000).

Provavelmente, pelo exposto, os excessos da farmacologia começaram a ser denunciados até por aqueles que a haviam enaltecido. O próprio Jean Delay afirmou, em 1956: “Convém lembrar que, em psiquiatria, os medicamentos nunca são mais do que um momento do tratamento de uma doença mental, e que o tratamento básico continua a ser a psicoterapia” (idem, 2000).

Henri Laborit, o inventor dos primeiros psicofármacos, declarou que a psicofarmacologia não era, como tal, a solução para todos os problemas:

Por que ficamos contentes por dispor de psicotrópicos? Porque a sociedade em que vivemos é insuportável. As pessoas não conseguem mais dormir, ficam angustiadas e necessitam ser tranquilizadas, mais nas megalópoles do que noutros lugares. Às vezes me censuram por haver inventado a camisa-

de-força química. Mas, sem dúvida, esqueceram-se da época que, quando plantonista na marinha, eu entrava no pavilhão dos agitadores com um revólver e dois enfermeiros parrudos, porque os doentes morriam dentro das camisas-de-força, transpirando e berrando. (LABORIT, apud ROUDINESCO, 2000, p. 23).

Apesar da constatação, até pelos principais responsáveis pela descoberta dos primeiros psicofármacos, dos excessos da psicofarmacologia, é inegável que, a partir de 1950, substâncias químicas ou psicotrópicas começam a modificar o cenário da loucura concomitante ao esvaziamento dos manicômios, de modo que a camisa-de-força e os tratamentos de choque são substituídos pela redoma medicamentosa. Mesmo não tendo o poder de curar nenhuma doença mental ou nervosa, os psicofármacos revolucionaram as representações do psiquismo, fabricando um novo homem, “polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto” (idem, p. 21).

A denominação desse processo de medicação do sofrimento psíquico, de revolução psicofarmacológica, foi facilmente absorvida pela rápida trajetória de suas descobertas, pelo interesse e investimento da indústria farmacêutica nos psicofármacos e pela credibilidade dada aos mesmos pela Psiquiatria biológica.

Laurent (2004) resume assim todo esse processo revolucionário: a revolução terapêutica começou no fim dos anos 50, com a irrupção da clorpromazina, dando início à série dos neurolépticos. No princípio dos anos 60, a imipramina inaugurava a série dos antidepressivos. Em seguida, as benzodiazepinas, prescritas como ansiolíticos, permitiram uma grande difusão do medicamento psicotrópico para além da categoria das psicoses.

O mesmo autor constata ainda que

[...] assistimos ao mesmo tempo a generalizações do uso de hipnóticos e ao reencontro do velho lítio. Atualmente, as “gerações” de antidepressivos sucessivos introduziram definitivamente o medicamento na categoria de objeto científico efêmero. Esse status temporal transitório confere dignidade aos objetos produzidos pela ciência. Há “gerações” de antidepressivos como há gerações de computadores. (2004, p. 32).

Atualmente, a psicofarmacologia tornou-se, a despeito dela mesma, o estandarte de uma espécie de imperialismo (ROUDINESCO, 2000). Estamos hoje mergulhados no medicamento. Ele está onipresente em nosso campo e vem abalando a clínica (LAURENT, 2004).

Pouco mais de cinquenta anos após a síntese do primeiro psicofármaco, a indústria farmacêutica investiu de tal maneira nesse setor que se torna difícil contabilizar a quantidade de diferentes medicamentos dessa espécie, à disposição no mercado. Como ilustração, pode-se apontar que a quantidade de antidepressivos consumidos no mundo inteiro aumentou de quatro bilhões, em 1995, para dez bilhões, em 2004, com um aumento de 150%. O Brasil é um dos dez maiores mercados de antidepressivos do mundo, apresentando um consumo de 20,6 milhões (unidades), em 2005, e 24,4 milhões, em 2007 (IMS HEALTH, 2007).

De acordo com Baltazar (2005), é inegável o forte laço entre a Psiquiatria biológica e a indústria farmacêutica. As cifras de psicofármacos prescritos na França, no final da década de 1990, são alarmantes: 80% das pessoas consumiam ansiolíticos e 50% hipnóticos.

Ocorre que as promessas das novas medicações são cada vez mais sedutoras, pois, ao invés de anos de tratamentos em um processo psicoterapêutico, as novas substâncias desenvolvidas acenam com a abolição dos sintomas em poucas semanas. O lançamento da fluoxetina, no final da década de 80, a primeira das substâncias do novo grupo de antidepressivos, os chamados ISRS (inibidores seletivos da recaptção da serotonina) – teoricamente tão eficazes quanto os anteriores, mas com efeitos colaterais e potencial de toxicidade significativamente menores – muda o panorama da prescrição desses fármacos. A fluoxetina vulgariza o uso dos antidepressivos: seus efeitos são propagados espetacularmente pela mídia, sendo usados em tão larga escala, que ela passa a ser conhecida nos Estados Unidos como “pílula da felicidade” (RODRIGUES, 2003).

Assim, a idéia síntese da contemporaneidade passa a ser: sofrer para quê, se, com uma pílula, se pode abolir as dores e incômodos.

Afinal, a crença do pensamento hegemônico da Psiquiatria contemporânea é que, quando se trata de “eliminar” o sofrimento psíquico, não existe nenhum rival à altura da medicação.

1.5 SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E PSICOFÁRMACOS: ANÁLISE DE UMA RELAÇÃO COMPLEXA

Nascido com Philippe Pinel, o modelo nosológico desenvolveu-se durante o século XIX, procurando organizar o psiquismo humano a partir de grandes estruturas significativas (psicoses, neuroses, perversões, fobia, histeria etc.) que definem o princípio de uma norma e de uma patologia e delimitam as fronteiras entre a razão e a desrazão (ROUDINESCO, 2000). Dos quatro tipos de loucura, Pinel fez catorze. Na segunda metade da década de 1970, na

França, já existiam cento e dez tipos (FLEMING, 1976). Em outros países, foram criadas outras classificações, o que indica que a doença mental não é uma entidade, mas um fato dependente do contexto social e cultural no qual é apreendida.

A “mania classificatória” dos psiquiatras do século XIX é apresentada por Birman como sendo uma relação material entre nosologia e insegurança de um conhecimento, já que a loucura se apresenta irreduzível às lesões anatômicas e teciduais, resistente à racionalidade médica, apesar de institucionalizada por ela, o que leva a Psiquiatria a apoiar-se em uma nosologia com características da era pré-anátomo-clínica (1978).

Ao final do século XIX, a Psiquiatria desinteressou-se definitivamente do sujeito e o abandonou a tratamentos bárbaros, nos quais não havia nenhum lugar para a fala, preferindo dedicar-se mais às nosologias e nosografias⁵ que à escuta do sofrimento, mergulhando assim numa espécie de nihilismo terapêutico.

Em 1896, a palavra *Psicanálise* fez sua aparição num texto de Freud. Um ano antes, já havia publicado seus famosos *Estudos sobre a história*. No início do século XX, a Psicanálise começa a se firmar e observa-se o surgimento dentro da Psiquiatria daqueles que priorizavam os aspectos psicológicos no desencadeamento e a estruturação dos sintomas mórbidos. Esse grupo revolucionou a Psiquiatria clássica e formou o ramo da Psiquiatria dita “dinâmica”, fortemente influenciada pelos conceitos psicanalíticos e que dominou a prática e o pensar psiquiátrico, durante toda a primeira metade do século XX (LEAL, 2005).

Se as nosologias e nosografias remontam ao século XIX, da mesma forma, terapêuticas farmacológicas sempre estiveram presentes no ideário do médico. Não há quem desconheça o entusiasmo freudiano pela cocaína, que chegou a ser prescrita como estimulante por muitos médicos (NOGUEIRA FILHO, 2004).

No entanto, como já destacado neste trabalho, foi a partir da década de 1950, com a sintetização do primeiro psicofármaco, que se iniciaram grandes modificações no pensamento psiquiátrico. Concomitante a isso, foi nas décadas de 1950/1960 e 1970 que a Psicanálise conheceu seu apogeu. Para Rodrigues (2003), em princípio esses dois movimentos não eram antagônicos e havia um consenso: uma quimioterapia é eficaz, quando combinada a uma psicoterapia.

Entretanto, a sedução das promessas das novas medicações é tamanha que impede a manutenção de tal acordo. Com a nova revolução no meio psiquiátrico, que passa a considerar com mais peso as bases biológicas dos transtornos mentais, foi também levantada a

⁵ A nosologia é a disciplina que estuda as características distintivas das doenças, com vistas a uma classificação. A nosografia é a disciplina ligada à classificação e à descrição das doenças.

necessidade de uma “concordância diagnóstica” ente clínicos e pesquisadores, para impedir uma “babel” nosológica. Assim, em 1952, a APA (American Psychiatric Association) lançou o primeiro manual de Diagnóstico e Estatística, DSM, que seria referência nosográfica (e nosológica) para uso nos EUA, uma vez que a Europa já tinha seu próprio código (CID), desde 1946 (LEAL, 2005). Tanto o DSM I quanto o DSM II (1968) expressavam influências da Psicanálise e da Psiquiatria social comunitária. O referido manual passou por outras revisões pela APA: DSM III (1980); DSM III – R (1987) e DSM IV (1994). Segundo Roudinesco (2000), o resultado dessa operação progressiva de limpeza dita “ateórica”, foi um desastre fundamental, já que, calcada no esquema sinal-diagnóstico-tratamento, ela acabou eliminando de suas classificações a própria subjetividade. E, muito mais, procurou demonstrar que o distúrbio da alma e o psiquismo deviam ser reduzidos ao equivalente à pane de um motor.

Daí a eliminação de toda terminologia elaborada pela Psiquiatria e pela Psicanálise. Os conceitos psicose, neurose, perversão foram substituídos pela noção de “distúrbio” (disorder = distúrbio, desordem), enquanto as entidades clínicas foram abandonadas em favor de uma caracterização sintomática desses famosos distúrbios. Como exemplo, pode-se citar a histeria, reduzida a um distúrbio dissociativo ou “conversivo” passível de ser tratado como um distúrbio depressivo, e a esquizofrenia, assimilada a uma perturbação do curso do pensamento (ROUDINESCO, 2000).

O período do apogeu dos psicofármacos coincide com o surgimento do DSM III (1980), promovendo uma reviravolta no campo psiquiátrico. Nesse manual, são retirados praticamente todos os termos que demonstrem uma aproximação com a teoria psicanalítica, porque as entidades nosológicas precisam ser corretamente descritas para que possam ser eficazmente tratadas (RODRIGUES, 2003).

O DSM III e também a décima edição da Classificação Internacional das Doenças (CID 10) marcam a opção da Psiquiatria, no sentido de buscar uma fidelidade diagnóstica através de uma caracterização descritiva e ateórica, transformando-se, dessa maneira, num sistema de referência norteador do pensamento nosológico. No Brasil, a classificação adotada oficialmente nos serviços públicos é o CID, sendo utilizado a partir de 1970 a sua 8ª revisão (CID-8) e, atualmente, usa-se a 10ª revisão (CID-10).

Em consequência do modelo usado para pensar a construção das entidades psiquiátricas, houve um aumento exponencial do número de distúrbios psiquiátricos (chamado aqui propositalmente assim, por tratar-se de forma como é apresentado nos CIDs): no CID-9, havia trinta categorias e, no CID-10, cem categorias. Isso sem levar em conta as

várias subdivisões dentro dessas categorias, o que amplia muito o número desses distúrbios psiquiátricos. Dessa forma, na ciência psiquiátrica atual, o sofrimento do indivíduo pode ser pensado e incluído em aproximadamente mil tipos de doenças mentais bem delimitadas e específicas (LEAL, 2005).

Dentro desse constructo, ao escolher o tratamento adequado, a medicação é colocada em primeiro plano, sendo, em muitos casos, o único tratamento proposto.

A Psiquiatria sempre se encontrou em posição incômoda, no campo da Medicina, pois, pretendendo ser uma especialidade médica, nunca conseguiu se fundamentar com os saberes advindos da racionalidade medicada área. Buscava as causas físicas dos distúrbios mentais e apenas encontrava, desde Pinel e Esquirol, as causas morais, o que afastava os preceitos essenciais do saber médico, fazendo da Psiquiatria uma “falsa Medicina”, uma pseudomedicina, a qual não se fundamentava nos saberes que fundavam a Medicina (BIRMAN, 1999). A revolução psicofarmacológica e a terceira edição do DSM funcionaram como mola propulsora para a construção de outra identidade para a Psiquiatria, aproximando-a dos cânones da Medicina:

O recente desenvolvimento das neurociências possibilitou a reconstrução da medicina mental, aproximando esta finalmente da medicina somática. Completou-se, com isso, o sonho do saber psiquiátrico de se transformar não apenas em ciência, mas em especialidade médica. (BIRMAN, 1999, p. 181).

É verdade que, muito antes desse período, a Psiquiatria contava com outras terapêuticas consagradas por muito tempo, como o ECT e a psicocirurgia, mas o espraiar da medicação, no cenário da atualidade, traz uma grande novidade. De acordo com Nogueira Filho (2005), o ato de prescrever uma receita e orientar o uso baseado num diagnóstico, “cientificamente descrito” em nosografias, é um procedimento incomensuravelmente mais simples que prescrever em ECT. Junto a essa simplicidade está um discurso que restringe o sucesso do tratamento ao uso da droga, desaconselhando muitas vezes, por custosa que é e não por ineficiência, a prática psicanalítica. Quando as drogas de efeito psíquico foram oferecidas aos clínicos, na década de 1950, eram consideradas como coadjuvantes ao trabalho psicoterapêutico e não um fim em si mesmas, como ocorre na atualidade. E muito menos uma ação substitutiva do tratamento pela fala.

A relação da Psiquiatria com a nosografia, a nosologia e o uso de psicofármacos é complexa. Há nela diversas ordens de fatores: clínicos, teóricos, sociais, econômicos e mercadológicos. Implica, ainda, uma distinta ordem de questões, desde as relações da

Psiquiatria com a medicalização do social, com a Psicanálise, as relações do sujeito com sua época histórica e o próprio poder econômico e político da Psiquiatria, e a ligação íntima que esta vem mantendo com a indústria farmacêutica.

Essas questões precisam ser insistentemente debatidas, não no sentido de rejeitar todo e qualquer uso de psicofármacos, mas para evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si.

1.6 MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: A QUE SERÁ QUE SE DESTINA? (OU O SIGNIFICADO DA PRESCRIÇÃO E CONSUMO DOS PSICOFÁRMACOS NA CONTEMPORANEIDADE)

Alguns estudiosos, como Illich, Foucault, Birman e Roudinesco, têm buscado entender os significados da que poderia ser chamada “epidemia de prescrição e consumo de psicofármacos”, na sociedade contemporânea.

Não por acaso, foi usado como título deste capítulo um “quase” plágio de uma canção de Caetano Veloso⁶, que indaga: “Existirmos – a que será que se destina?”. E, mais à frente, completa sabiamente: “É que a matéria viva era tão fina...”.

O cuidado com o ser humano, com essa “matéria viva tão fina”, deve ser entendido na linha da essência humana (que responde à pergunta: o que é o ser humano?). O cuidado há de estar presente em tudo. Nas palavras de Heidegger (1989), *cuidado* significa fenômeno ontológico-existencial básico, ou seja, um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana. Portanto, somos filhos do cuidado. Sem ele, não existiria a espécie humana. De uma forma ampla, pode-se afirmar que a essência do ser humano reside no cuidado.

No presente trabalho, procura-se detalhar mais especificamente como tem acontecido o “cuidar-se a saúde”, no sofrimento psíquico enquanto “fenômeno ontológico existencial básico”, na perspectiva do Paradigma Psicossocial (PPS).

O crescente processo de medicalização do sofrimento psíquico tem sido uma das maneiras desse “cuidar-se a saúde”, na atualidade. Utiliza-se o termo *medicalização* na mesma acepção com que o fez Ivan Illich, em 1975, quando fez críticas contundentes contra a Medicina moderna, introduzindo e ampliando o conceito de iatrogênese.

Como esse conceito é importante para esta pesquisa, pretende-se abordá-lo da forma como Illich o dividiu. A primeira forma seria a iatrogênese clínica, que se constitui nos danos

⁶ “Cajuína” – Caetano Veloso.

ocasionados pelo uso de tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica, sendo que o autor trata dele como é conhecido mais popularmente, isto é, fenômenos danosos à saúde produzidos pela Medicina.

A segunda trata da iatrogêne social ou do “efeito social danoso do impacto social da Medicina, gerando uma desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda, de autonomia da ação e do controle do meio” (ILLICH, 1975, p. 43). Nesse item, Illich aborda inclusive a questão da invasão farmacêutica e a crescente dependência da população para com as drogas e as prescrições da Medicina institucionalizada, os sintomas da medicalização social, que expropria a saúde enquanto responsabilidade do indivíduo e da família. E, finalmente, a terceira forma, a iatrogênese cultural, relativa à destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte.

Para Illich, desde o final do século XIX, começou a ocorrer uma grande virada da Medicina rumo à analgesia, refletindo-se na cultura e em todas as instituições contemporâneas. Para ele, a meta principal é a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas: “A idéia de que a arte de sofrer (e ou enfrentar de outras maneiras) a dor é uma resposta complementar ao consumo analgésico, adquire tom literalmente obscuro” (1975, p. 140).

A respeito da afirmação anterior, Charles Tesser comenta:

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação pura de sintomas, médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor, sintoma ou enfermidade. Esta pergunta suscitada pela dor e o adoecimento é tão essencial quanto sua intimidade, sua intensidade e sua natureza. A dor é experimentada, muitas vezes, como sinal de carência de sentido, de motivo, de perspectiva de referência de presença. O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele. (2006, p. 4-5).

É verdade que a objetivação da dor e dos sintomas, em geral, é um dos resultados que têm sido perseguidos na formação contínua dos médicos: “Seus estudos os incitam a concentrar a atenção nos aspectos classificáveis e manipuláveis da dor e dos outros sintomas. E a interrogação essencial e transformada em vaga ansiedade que se pode facilmente reduzir ou dissolver por meio de ansiolíticos eficazes”.

Por conseguinte, em meio à medicalização da linguagem da resposta à dor e de sistemas similares ou desagradáveis, a “vítima”, perturbada e desnordeada, não tem outro recurso senão entregar-se ao tratamento médico (ILLICH, 1975).

A medicalização, que também foi objeto de estudo de Foucault, aparece no século XVIII a partir de um espaço exclusivamente médico e como atualização do método clínico, no qual o paciente é alvo de uma verdade produzida como doença e que representa. Esse saber afirma uma espacialidade corporal e reforça o papel da normalização, uma vez que também pretende promover a erradicação da doença.

Nesse contexto, busca-se entender a medicalização na condição de um dispositivo que se legitimou como um fenômeno coletivo. Esse coletivo, para Foucault, está relacionado aos efeitos da biopolítica,

[...] a nova tecnologia que se instala, se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção de doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante [...] que se faz não em direção do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma biopolítica da espécie humana. (2002, p. 289).

A prescrição de psicofármacos como componente do dispositivo de medicalização é considerada aqui, sob a ótica de Illich, enquanto produtora de iatrogêneses clínicas, sociais e culturais e enquanto uma forma do biopoder, ou uma política que pretende governar o corpo e a mente, em nome de uma biologia erigida em sistema totalizante, prescrição esta que atua tanto no disciplinamento corporal dos indivíduos como no controle de populações (FOUCAULT, 2002).

Os psicofármacos aparecem no interior do discurso da ciência contemporânea como ferramenta principal no tratamento do sofrimento psíquico. Essa transformação, que conferiu à psicofarmacologia um lugar privilegiado, tanto na clínica quanto no social, ocorreu concomitante ao gradativo abandono das práticas psicoterapêuticas, principalmente a Psicanálise, considerada lenta e com custos elevados, enquanto a psicofarmacologia apresentava uma tecnologia mais parecida com modos acelerados da vida cotidiana (ROUDINESCO, 2000; IGNÁCIO, 2007).

Dessa forma, para Roudinesco, o sujeito contemporâneo, após conquistar a tão sonhada “liberdade” prometida pela modernidade, acabou buscando identificações igualitárias e lugares que lhe trouxessem algum pertencimento, modos de vida individualizantes e totalizantes, conforme é próprio da estratégia biopolítica. Ainda nas palavras de Roudinesco:

[...] se hoje a psicanálise é posta em concorrência com a psicofarmacologia, é também, porque os próprios pacientes, submetidos à barbárie da biopolítica, passaram a exigir que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica. (2000, p. 25).

Por sua vez, Birman (1999) descreve um sujeito contemporâneo que se depara com o desamparo e o abandono de si buscando saídas mágicas e/ou efêmeras. Consequência desses modos de subjetivação, a indústria de psicofármacos avançou vertiginosamente, no Brasil, atendendo a uma das finalidades do consumo, na contemporaneidade, pois sua finalidade é evitar o sofrimento e proporcionar prazer imediato.

Ao traçar um paralelo entre os avanços científicos da Bioquímica e da Psicofarmacologia com a produção de drogas consideradas ilícitas, afirma que “foi por intermédio do avanço das primeiras que as segundas foram retiradas do registro de trabalho artesanal para o de trabalho industrial”. Complementa, ainda, enfatizando que

[...] a psicofarmacologia forneceu sem dúvidas as informações dos instrumentos científicos essenciais para essa grande empreitada. Vale dizer que seria indispensável o desenvolvimento gigantesco da indústria de drogas sem que houvesse a inestimável colaboração da Bioquímica do Sistema Nervoso e da Psicofarmacologia. Colaboração indireta sem dúvida. Porém, nem por isso inestimável. (1999, p. 240-241).

Para Illich (1975), como parte do contexto da chamada “invasão farmacêutica”⁷, “não é de surpreender que os tranquilizantes sejam o tipo de arma cujo uso se amplia mais rapidamente”. O vício medicalizado vem largamente à frente do vício festivo, fenômeno ligado ao desenvolvimento da profissão médica mais do que ao regime político (p. 52).

Embora Illich conceba a invasão farmacêutica como um problema de “ordem médica” e Foucault a caracterize como uma forma de aplicar o poder nas vidas em processos coletivos, ou seja, como biopoder, encontramos o equinócio entre ambos, na correspondência entre o dispositivo da medicalização e a produção de controle, uma vez que a legitimidade do

⁷ Termo utilizado por Dupry e Karsinty, em 1974, quando denominaram *invasão farmacêutica* os problemas oriundos do superconsumo de medicamentos, a partir da Segunda Guerra.

saber médico sobre o diagnóstico contribuiu para que o dispositivo da medicalização produzisse um paciente que deposita no médico o destino de sua saúde/doença.

De modo equivalente, Illich considera a mesma questão, como segue:

A medicalização do diagnóstico [...] leva o paciente potencial a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável. Ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida. (1975, p. 65).

Essa relação de saber/poder do médico com seu paciente é analisada por Clavreul como uma relação de submissão, dessubjetiva e marcada pela rareza do encontro entre médico e doente:

Encontro que, portanto, não existe sendo apenas o ardil para o encontro do médico com seu próprio discurso. Sob a máscara de um diálogo, é um monólogo que se instaura. Onde se evidencia a função silenciadora do discurso médico, que ao se valer apenas dos elementos do seu próprio discurso abole tudo o que nele não possa se inscrever. (CLAVREUL, 1983, p. 12).

O mesmo autor compara ainda as prescrições e orientações médicas às determinações jurídicas:

A ordem médica é da alçada da ciência, mas ela é, sobretudo, uma ordem jurídica. A prescrição médica se mostra, no campo da medicina, como equivalente à sanção legal no campo jurídico no próprio seio do discurso médico fala-se de sanção terapêutica... (1983, p. 13).

De maneira semelhante, a relação do saber/poder psiquiátricos com o louco, agora encerrado no papel de doente mental, se existe, é enquanto “relação médica”. E se o médico procura descrever seu comportamento e elaborar um discurso científico, e o diálogo, se alguma vez se instala, é sob a forma ou domínio daquele que sabe sobre este que não sabe.

Esse saber/poder psiquiátrico apresenta-se em situações concretas e com implicações sociais muito graves, tais como o diagnóstico (marca social equivalente ao cadastro), o tratamento (na atualidade com prevalência de prescrição de psicofármacos), até a internação psiquiátrica (ainda empregada, apesar do grande esforço empreendido pelo movimento antimanicomial).

O diagnóstico psiquiátrico, enquanto marca social, exibe um aspecto de extrema violência, que é o sistema de rotulagem do doente ou, em termos médicos, a nosologia. Ao rotular um indivíduo, “um ser em evolução”, é grande a probabilidade de transformá-lo numa entidade patológica sem devir.

Esse tipo de pensamento nosográfico determina uma alteração de atitude naquele que trata para com a pessoa diagnosticada. Nas palavras de Fleming:

Já não é o João que ouço falar, é o discurso de um esquizofrênico que tento interpretar e tratar, uma vez que ele é doente. [...] o rótulo nosográfico determina também uma alteração no próprio sujeito: este deixa de se encarar como um indivíduo e passa a viver-se como um corpo doente, passivo, esperando a cura da pessoa do médico. (1976, p. 85).

Esse diagnóstico, essa “marca” embasada e amparada por algum sistema classificatório, preparam terreno para que as entidades nosológicas “corretamente” descritas possam ser eficazmente tratadas.

Conforme já aludido, os atuais sistemas classificatórios (DSM IV e CID-10) caracterizam a opção tomada pela Psiquiatria de sua identidade médica.

A doença, em consequência, não é mais compreendida com uma experiência subjetiva de um determinado indivíduo, mas como entidade nosológica que o acomete. A experiência subjetiva, enquanto experiência singular, não pode ser mensurada ou quantificada: ela escapa a toda possibilidade de ser trazida para o território da precisão e, por isso, é desconsiderada em favor de um conjunto de sinais e sintomas que se pretendem imutáveis e passíveis de rigorosa avaliação. A partir desses critérios, diferentes clínicos serão capazes de chegar ao mesmo diagnóstico, quando entrevistarem o paciente – alcança-se assim a tão desejada fidelidade diagnóstica (RODRIGUES, 2003). Diante de um diagnóstico preciso, o médico só precisa escolher a classe terapêutica, muitas vezes já relacionada em Protocolos. E aí a panacéia é ampla: há antidepressivos para todos os gostos, medicamentos para transtornos de humor, antipsicóticos – e até situações antes consideradas corriqueiras, como a timidez, por exemplo, que se transformaram em distúrbios de ansiedade, e os sintomas pré-menstruais, em distúrbio disfórico. Enfim, para todos eles, há um produto farmacêutico que vai, num passe de mágica, resolver o problema (ROSENFELD, 2008).

Continuando a reflexão sobre os significados da medicalização do sofrimento, pode-se constatar que as concepções que a sociedade faz da loucura mudam e a forma como se cuida dela, também.

No caso dos sofrimentos psíquicos, Singer afirma que, ao contrário das enfermidades orgânicas, cuja presença é sinalizada por sintomas objetivamente perceptíveis, a doença mental é percebida, na maior parte das vezes, não pelo indivíduo afetado, nem pelo médico, mas pelas pessoas que circundam o doente. Elas é que se sentem perturbadas pelo seu comportamento. Em face das enfermidades mentais, a resposta da Psiquiatria é, em muitas situações, atender não apenas o doente, mas as pessoas que o comportamento do mesmo perturba. As pessoas afetadas por perturbações mentais de alguma maneira desafiam o consenso social, pondo em perigo a ordem vigente, num plano por assim dizer microssocial. De uma forma ou de outra, recusam-se a cumprir os papéis que ocupam na estrutura social. Se essa recusa é um protesto ou uma incapacidade, pouco importa (SINGER, 1981).

Portanto, o modo como se organiza hierarquicamente a vida político-social, nesta sociedade, aponta para o lugar dos dispositivos de controle que elegem a medicalização (na atualidade, na forma de prescrição de psicofármacos) como a tecnologia do amortecimento, como um modo específico de biopoder, ou seja, o controle dos corpos através do uso dos medicamentos.

Uma das principais tecnologias contemporâneas de “cuidado” ao sofrimento psíquico tem sido a prescrição e o consumo de psicofármacos.

Para Lefèvre (1992), o sujeito estabelece uma correspondência, ao consumir medicamentos: é uma maneira de produzir equivalências às noções atribuídas à saúde e de gerar pertencimentos de normalização legitimados socialmente.

O mesmo autor analisa o consumo do medicamento enquanto agente quimioterápico (aquele que cura, controla e previne); como mercadoria (aquele que aliena e domina) e como símbolo (aquele que representa uma dimensão semiótica).

Nessa perspectiva, o psicofármaco, especificamente, representa o acesso para suportar as angústias do contemporâneo e corresponder às exigências de felicidade numa sociedade em que ceder ao sofrimento psíquico implica fracasso (IGNÁCIO, 2007).

Outro aspecto problematizado por Lefèvre concerne à transformação da saúde em mercadoria simbólica, isto é, a saúde associada ao consumo, e o medicamento entendido como objeto (mercadoria) para acessar tal saúde. Assim, para gozar de uma saúde mental de acordo com os padrões exigidos pela normalidade, faz-se necessário o acesso à “mercadoria psicofármaco”.

A indústria farmacêutica, muitas vezes forte aliada de algumas correntes da Psiquiatria, tem financiado grande número de publicações e pesquisas, com a testagem, uso e propaganda de novos medicamentos, em disputa ferrenha por novos mercados, contribuindo

para a maciça medicalização dos pacientes, o que acaba incidindo de maneira danosa sobre sua saúde.

Ao analisar o consumo de psicofármacos no contexto da sociedade capitalista, Baltazar ressalta:

Ao corpo esquadrinhado, sem sujeito, acrescenta-se-lhe tratá-lo como dejetos a serviço do novo ano capitalista, o próprio corpo a serviço de suas mercadorias com valor de fetiche, que prometem a felicidade eterna, paz eterna, beleza eterna, juventude eterna. Enfim, vida eterna em seu mais potente brilho. (2004).

Para Roudinesco, a ciência da atualidade não está desarticulada do seu contexto cultural:

Assim, a era da individualidade substitui a da subjetividade, dando a si mesmo a ilusão de uma liberdade irrestrita, de uma independência sem desejo e de uma historicidade sem história, o homem de hoje transformou-se no contrário de um sujeito. (2000).

Essa talvez seja uma das razões do alto consumo de psicofármacos, na atualidade, pois o sujeito objetivado sob essa forma de individualidade insiste em desconhecer a sua causa. Essas incidências da contemporaneidade sobre a subjetividade têm lançado desafios na estratégia de questionar esses sujeitos dentro dessas vicissitudes, sem o objetivo de desconhecer o valor, em muitos casos, do avanço da ciência psicofarmacológica, mas alertando sobre a promoção em escala maciça e indiscriminada dos psicofármacos como solução prevalente ou única, perante o mal-estar e a dor psíquica.

Para Bauman (1999), vivemos em uma sociedade de consumo, em que a principal demanda imposta a seus membros é a de ocuparem o papel de consumidores, e o principal receio, o de estarem destituídos dessa possibilidade. É claro que o homem sempre consumiu, mas o grande diferencial na sociedade contemporânea é a prioridade que o consumo assumiu.

Além disso, mudou também o conceito de consumidor ideal, que, nos dias de hoje, é aquele que não se mantém fiel a nenhuma marca ou produto, sempre buscando uma situação nova, uma experiência prazerosa ainda não vivida. É verdade que a satisfação é a todo tempo prometida, porém é tudo o que não se quer, como esclarece Rodrigues:

[...] os donos dos meios de produção não a desejam, pois da insatisfação se originam os seus lucros; por outro lado, o consumidor que acredita desejá-la, alcançando-a, terá finalizado sua viagem hedonista, o que não é de fato o que

ele espera. [...] muito mais do que produtos, o que o consumidor consome são sensações. Este personagem, produto das modelizações pós-modernas, estará sempre buscando a “experiência-máxima”, capaz de uma sensação de plenitude e completa satisfação. (2003, p. 17).

A Psiquiatria, nesse contexto, passa a ser mais um agente na constituição de subjetividades que pretendem a infinitude e a ausência de limites, e almejam alcançá-las especialmente através de uma relação voraz com tudo o que a pessoa possa consumir com tudo o que seja capaz de produzir prazer.

Outro aspecto que é necessário pontuar, com relação ao consumo de psicofármacos, é que em todas as sociedades sempre existiram drogas que, pelas propriedades farmacológicas de certas substâncias naturais, provocam modificações das sensações do humor e das percepções.

1.6.1 O Consumo de Psicofármacos no Contexto Cultural

Segundo Bucher (1992), consumir esses tipos de substâncias (drogas/psicofármacos) corresponde a uma prática humana milenar e universal. Não existe sociedade sem drogas: o que existem são modos diferentes de utilizá-las. Sendo a droga (lícita ou ilícita) um sucedâneo da cultura, é normal que ela siga as evoluções desta última.

Antigamente, em algumas culturas primitivas, o uso de substâncias produtoras de alterações no sistema nervoso central era determinado pelos costumes e hábitos sociais e ajudava a integrar as pessoas na comunidade, através de cerimônias coletivas, rituais e festivas. Nessas circunstâncias, esse consumo não representava perigo para a comunidade, porque estava sob seu controle. Hoje em dia, ao contrário, assiste-se a um desregulamento desses costumes, em consequência das grandes mudanças sociais e econômicas.

Cabe chamar a atenção também para o uso de drogas como função estética e literária, amplamente utilizada por De Quincey, Poe, Rimbaud, Baudelaire, entre outros. Esse modo de utilização de substâncias psicoativas, conhecido como teorização da relação entre a droga e a criação poética, foi inaugurada por Thomas de Quincey em 1821, com a publicação das confissões de um comedor de ópio (CARNEIRO, 2002).

O início da década de 1960 indicou uma nova mudança nos hábitos de consumo de drogas, na medida em que, pelos movimentos da contracultura, da contestação *hippie*, passou a se inscrever em uma cultura, em uma ética que realizava a crítica da cultura instituída, pois mediante as experiências entreabertas pelas drogas se contestavam os valores tradicionais.

Passado algumas décadas, o movimento *hippie* se desarticula, mas as drogas continuam promovendo o prazer, o esquecimento da solidão, do sentimento de vazio e das recordações sombrias, além da liberação da angústia, sofrimento e depressão. Só que agora essas sensações são alcançadas por meio de medicamentos, incentivados pela mídia, prescritos pelos médicos. Trata-se aí de substâncias perfeitamente lícitas, mas que criam dependências, em parte iatrogênicas, todavia, em todo caso, intensas.

Após os anos 70, as drogas foram capturadas pela indústria do narcotráfico e pela indústria farmacêutica.

Conforme já se frisou, com a descoberta da fluoxetina, em 1980, a indústria farmacêutica investiu maciçamente na produção de novos psicofármacos. Entretanto, a partir desse período, o significado do consumo é outro, a busca agora é pelas individualidades e a sua função principal é mitigar as desesperanças das individualidades, apaziguar as angústias e as tristezas sofridas pelo indivíduo em desamparo, provocado pelo mal-estar da atualidade (BIRMAN, 1999).

1.6.2 A Prescrição de Antidepressivos e seu Apogeu na Sociedade Contemporânea

Entre as prescrições de psicofármacos prevalentes na atualidade, encontram-se os antidepressivos.

O autor francês G. Debord denominou Sociedade do Espetáculo as modalidades originais que se forjavam, após os anos 70, de cultura da exaltação desmesurada do eu, onde não existe mais lugar para os deprimidos e os panicados (síndrome do pânico). Estes são execrados, lançados no limbo da cena social, já que representam a impossibilidade de serem cidadãos do espetáculo (BIRMAN, 1999).

A melancolia e o estilo sofredor de ser não estão mais na moda, como acontecia entre os da geração existencialista e *beat* dos anos 40, 50 e 60. Do mesmo modo, as pessoas com estilo retraído, reflexivo e sonhador não se coadunam mais com a moral vigente de exaltação do eu e do exibicionismo. O estilo mundano pós-moderno valoriza os carreiristas e oportunistas, que sabem utilizar os meios de se exibir e de capturar o olhar dos outros, independentemente de qualquer valor. Dessa maneira, para os “ferrados” que não conseguem dizer “cheguei” de peito inflado, a fórmula mágica é a alquimia, para mudar a circulação dos humores. É preciso dar uma pancada química na bÍlis negra, dizem os novos especialistas da alma sofrente [...] como os humores são essências eternas e universais destituídas de história e memória, basta à incidência de certas dosagens alquímicas para balançar a economia dos

humores para outros pontos de equilíbrio (BIRMAN, 1999,). O mesmo autor é ainda mais ousado em suas afirmações, quando sustenta:

Pelo hino dos cientificistas, as toxicomanias são as prima-donas dessa ópera burlesca, pois, seja pelos psicofármacos supostamente medicamentosos, seja pelas ditas drogas pesadas, a química dos humores pretende instituir o élan exaltado e fascinante nos pobres coitados que não conseguem alçar vôo e serem bons cidadãos da sociedade do espetáculo. Afirmo, pois, que existe um processo de produção social das toxicomanias, pelas vias da medicalização psiquiátrica e do mercado de drogas pesadas, que encontra suas condições de possibilidade na ética da sociedade do espetáculo. (BIRMAN, 1999, p. 192).

A banalização do conceito e do diagnóstico de depressão, hoje em dia, tornou os antidepressivos as substâncias com o maior volume de prescrição. Portanto, pode-se dizer que o consumo de antidepressivos adquiriu total legitimidade, nestes tempos. A depressão passou a ser apresentada como uma doença comum, tratável como qualquer outra. Os medicamentos vieram acompanhados de maciças campanhas publicitárias anunciando seus inúmeros benefícios. Para muitos, usar um antidepressivo é apenas estar fazendo a coisa certa: cuidar da própria saúde, seguir a prescrição, tentar resolver o problema. Se o tratamento é ineficiente ou parcialmente eficiente, o sujeito passa a esperar que novos medicamentos possam resolver seu problema (BENIA, 2005).

Não é comum também que ocorra uma interrogação sobre a posição do sujeito que padece, uma vez que tal modelo supõe que esse sujeito seja o da neurofisiologia, e não o sujeito da linguagem (JERUSALINKY, 2001).

Muitos estudiosos, ao examinar a questão da depressão e dos antidepressivos desde um ponto de vista cultural, reconhecem que essas doenças ganham importância à medida que as exigências do mundo de hoje são a atividade, a eficiência prática, a produção material e o consumo (BENIA, 2005).

Essas mudanças estão em perfeita harmonia com a hegemonia da sociedade capitalista, a qual incentiva um modo de vida que valoriza a competitividade e o sucesso, que exalta o indivíduo “number one”, aquele que “faz e acontece” e que “quase arromba a retina de quem vê”⁸ (LEAL, 2005).

Assim, segundo Roudinesco (2000), essa sociedade depressiva, que tem seu auge na modernidade, tende a romper a essência da vida humana. Entre o medo da desordem e a

⁸ Para empregar a expressão de Chico Buarque.

valorização de uma competitividade baseada unicamente no sucesso material, muitos são os sujeitos que preferem entregar-se voluntariamente às substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos.

Muitos estudiosos têm alertado para o fato de a propaganda eficaz de respostas baseadas no medicamento ser um engodo, pois prometem, por exemplo, o fim do sofrimento psíquico, através de ingestão de pílulas que nunca fazem mais do que suspender sintomas.

1.7 O PAPEL DA INDÚSTRIA E DO *MARKETING* FARMACÊUTICO NA PRESCRIÇÃO E CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Segundo Nascimento, uma das características da indústria farmacêutica, no país, reside no fato de a concorrência entre as empresas se dar inicialmente por meio de práticas de *marketing* na disputa de fatias no mercado, com base fundamentalmente nos nomes de fantasia de cada medicamento. Existem cerca de quinze mil nomes-fantasia circulando no mercado brasileiro, correspondendo a apenas 2100 nomes genéricos. Os países europeus, por exemplo, possuem no máximo três mil nomes de fantasia (2005, p. 29-30).

Provavelmente, a disponibilidade de várias opções farmacêuticas para um mesmo fim é um dos fatores que levam as indústrias a investirem na propaganda, na tentativa de atingir o consumidor. As práticas promocionais visam ao médico, farmacêutico, balconista, dono da farmácia, ao paciente e aos consumidores em geral (TEMPORÃO, 1986, apud NASCIMENTO, 2002).

Para o presente trabalho, interessa especificamente a mídia dirigida aos prescritores de medicamentos, no caso, os médicos. Para esse segmento, observa-se uma forma de propaganda que, segundo Rodrigues, “se afasta dos efeitos reais das substâncias farmacológicas e se aproxima muito das promessas milagrosas que acenam com a possibilidade de dar aos indivíduos as condições de viver a ‘experiência máxima’, ou seja, sensação de plenitude e completa satisfação” (2003, p.18).

Rodrigues faz uma análise de propagandas de psicofármacos publicadas em um periódico de Psiquiatria e conclui que, “na maioria delas, está presente um ideal de tranquilidade, harmonia e serenidade que a medicação promete devolver, além de uma promessa de retorno à capacidade produtiva” (2003, p.19).

A indústria farmacêutica emprega outros artifícios para influenciar a categoria médica, como financiamento dos congressos e dos médicos para deles participarem, oferecendo passagens aéreas, hospedagens e outras regalias. Visitas regulares de

propagandistas treinados, distribuição dos mais variados brindes, durante as visitas aos consultórios, são práticas regulares.

Se, por um lado, o esquema de *lobbies* das indústrias farmacêuticas é extremamente forte, a política nacional de saúde é inexpressiva, especialmente no que diz respeito à falta de estímulo às atividades de pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico. Dessa forma, as Universidades encontram imensas dificuldades em estabelecer programas efetivos de investigação e pesquisa, ficando, assim, à mercê das verbas ou dos critérios de “pesquisa” impostos pela indústria farmacêutica (AMARANTE, 2001, p. 116-118). Rodrigues, por seu turno, é enfático ao afirmar que “mesmo que os médicos para os quais as propagandas são dirigidas tenham conhecimento dos limites das substâncias, torna-se difícil imaginar que eles não sejam influenciados por elas” (2003, p.19).

A principal causa dessa provável influência é que, em razão do baixo investimento em pesquisas nas Universidades, os médicos têm como principal fonte de conhecimento das propriedades farmacológicas dos medicamentos a própria indústria farmacêutica. A afirmação anterior é resultante de várias pesquisas realizadas com os prescritores de medicações, no caso, os médicos (PIGNARRE, 1999, apud RODRIGUES, 2003, p.19).

Amarante alerta ainda para aspectos subliminares, mas bastante delicados, na relação da indústria de psicofármacos com a Reforma Psiquiátrica, haja vista que a indústria não tem se apresentado como resistente às mudanças ocorridas na área. Faz parecer que está ausente, no debate sobre as formas de organização da assistência psiquiátrica, passando uma imagem altruística de que sua contribuição é científica e não política. “Na verdade, organiza uma verdadeira guerra de trincheira, assediando não apenas os médicos, mas também os profissionais intermediários, além de, diretamente, toda a população, no sentido de estimular a automedicação. E, somente quando os órgãos públicos passam a normatizar a comercialização dos medicamentos, é que demonstra claramente seus interesses, por intermédio de seu órgão de classe mais forte, a Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica (ABIFARMA)” (AMARANTE, 2001, p. 177).

Bonfim avaliza esse posicionamento, quando enfatiza que o *marketing* farmacêutico deveria estar focado no prescritor e no paciente. Suas características e necessidades é que deveriam determinar o tipo de medicamento a se investigar, produzir e vender. No entanto, este não tem sido o procedimento natural, já que “é a empresa farmacêutica que determina as características e as necessidades do médico e do paciente, pois a empresa está jungida à lógica da produção na sociedade de consumo e à sua veiculação publicitária com vistas no lucro por mais que apregoe a cura, a recuperação do paciente ou seu bem-estar” (1999, p.225).

Naturalmente, sabemos que a publicidade e outras ações de *marketing* são componentes frequentes das atividades comerciais, há muito tempo, sendo que Bonfim relata que, no caso dos médicos que são bombardeados na atualidade com a propaganda de centenas de medicamentos, essa situação tornou-se mais avassaladora com a própria expansão da indústria farmacêutica após a Segunda Guerra Mundial (1999, p.224).

Existe uma corrente de publicitários e jornalistas para os quais não deve haver “controle da mídia” sobre os medicamentos, porque dizem que, “aliada do jornalismo impresso, a propaganda é um dos mais importantes instrumentos de liberdade e dos grandes avanços políticos e sociais dos tempos modernos” (NASCIMENTO, 2005, p.150). Contrários ao exagero dessa afirmação, há outros jornalistas e profissionais da área. Optamos por reproduzir aqui a opinião de Velasquez, que integra o programa de medicamentos da OMS, em Genebra:

Os medicamentos são diferentes de muitos outros bens de consumo, sua propaganda indiscriminada não é aceitável do ponto de vista da saúde pública. Não há nenhuma dúvida que a meta principal das atividades de propaganda por parte das empresas ou indústrias é estimular o consumo, e em muitos casos o consumo excessivo. (1999, p.33).

No caso específico dos psicofármacos, concordamos que são necessários investimentos sérios, voltados para a informação adequada tanto do médico prescritor, quanto do paciente, visando à utilização racional desses medicamentos, entre outros motivos, por suas características iatrogênicas (alta possibilidade de causar dependências físicas e psíquicas, entre outras). Para Bonfim (1999, p.223), somente esse fator é de extrema importância, por ser “colidente com o princípio hipocrático que deveria reger ações relacionadas à saúde – *primum non nocere* (antes de tudo, não causar dano).

Para efeito de ilustração, anexamos alguns informativos de propaganda de psicofármacos, inclusive de revistas dos anos de 1905 (Anexo 5) e 1910 (Anexo 6), que propagam as qualidades de pastilhas de cocaína, ofertando inclusive uma caixinha para guardá-las (como (brinde), até *marketing* de psicofármacos, na atualidade (Anexo 7).

Por conseguinte, a problemática do *marketing* das indústrias farmacêuticas parece-nos necessitar de sérios estudos e revisão, uma vez que medicamento não é mercadoria comum; as principais pesquisas sobre os mesmos, em sua maioria, são patrocinadas pela própria indústria que os fabrica; as regras existentes no campo farmacêutico protegem debilmente os consumidores, além de, em muitos casos, privilegiarem o aspecto econômico dos medicamentos, sem compatibilizá-los com o bem-estar geral.

Segundo Buss, “estima-se que no Brasil o mercado está beirando os 10 bilhões de dólares, senão mais. Em 1990 foi estimado em 3 bilhões de dólares, situando-se entre os dez maiores mercados de medicamentos do mundo” (1999, p.18).

Nessa perspectiva, é essencial repensar a questão do *marketing* das indústrias farmacêuticas, através de uma ótica de política de medicamento, que, por sua vez, deve ser tratada como parte integrante e prioritária da produção de insumos estratégicos e inserida na política nacional de saúde.

Se respaldados por essa ideologia, os medicamentos em geral e os psicofármacos, em particular, deixam de ser vistos como bem de consumo e, portanto, com meta prioritária de obtenção de lucro, e passam a ser encarados como insumo indispensável às ações de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o perfil epidemiológico do consumo de psicofármacos na população que recorreu ao SUS para demanda do sofrimento psíquico, no período de 2002 a 2006, na rede extra-hospitalar, através do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica de Saúde Mental, numa Região Administrativa de Saúde do Estado de São Paulo

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a série histórica de consumo de medicamentos de saúde mental por pacientes do SUS, no período de 2002 a 2006, por classe terapêutica e por município, em uma determinada Região de Saúde.
- Analisar a série histórica do número de pacientes cadastrados, conforme o diagnóstico, e por município, no Programa Estadual de Assistência Farmacêutica de Saúde Mental.
- Estabelecer as relações entre o consumo medicamentoso, as internações psiquiátricas e os novos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico e instituições ambulatoriais.
- A partir dos dados epidemiológicos relativos à prescrição de psicofármacos, determinar a prevalência da medicalização do sofrimento psíquico, nos novos Serviços de Atenção Psicossocial.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 LEVANTAMENTO DOS DADOS DE MEDICAMENTOS

O sistema de informação utilizado para analisar as prescrições de psicofármacos foi o Farmanet, que é uma base de dados específica do Estado de São Paulo. Esse sistema informatizado sobre a dispensação de psicofármacos foi implantado em 2002, com a finalidade de reorganizar a distribuição dos psicofármacos, e é parte do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica – “Dose Certa-Saúde Mental”. O Programa foi concretizado com o estabelecimento de um Protocolo com critérios de diagnóstico e de tratamento dos transtornos mentais, seguindo observações éticas e técnicas da prescrição médica.

A lista de medicamentos estudada foi aquela disponibilizada no programa onde a seleção dos medicamentos seguiu critérios, além dos de eficácia, de segurança, de estabilidade e de custo, de escolha preferencial dos medicamentos essenciais constantes na lista da Organização Mundial de Saúde e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O Farmanet constitui um banco de dados criado junto ao referido programa, em que são armazenadas informações sobre o diagnóstico e o tipo de medicamento prescrito de todos os pacientes em tratamento. Foi aplicado de forma descentralizada em Unidades de Referência de Dispensação de Medicamentos (URD) localizadas em municípios que contavam com Ambulatório de Saúde Mental, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), ou que mantivessem regularmente equipe mínima, composta de Psiquiatra, Psicólogo e Assistente Social (Portaria SNA nº. 224/92). Desse modo, todas as informações sobre os medicamentos dispensados e o número de pacientes cadastrados no sistema estão agregados por URD, num total de 9 (nove) unidades localizadas na antiga DIR VIII de Assis.

Com o objetivo de atender exclusivamente os pacientes dos novos serviços de atenção psicossocial, principalmente os CAPS, foi elaborada a grade de medicamentos (Anexo 1). Isso significa que, mesmo que alguns psicofármacos tenham, eventualmente, outras indicações, nas URD eram dispensados visando somente ao sofrimento psíquico.

Foram examinadas as informações contidas nos relatórios de movimentação e do consumo gerados em todas as URD da Região de Saúde estudada, dos anos de 2002 a 2006, com vistas a uma análise da região como um todo e das peculiaridades individuais das unidades, bem como da série histórica do quinquênio. Algumas URD são referência para outros municípios e outras atendem somente o município-sede, de tal modo que a atenção

farmacêutica na DIR VIII se configura da seguinte maneira: Ourinhos, referência para Chavantes, Ribeirão do Sul e São Pedro de Turvo; Assis, referência para Tarumã; Paraguaçu Paulista, referência para Maracaí; Ipaussu, referência para Bernardino de Campos, enquanto as URD de Cândido Mota, Florínea, Palmital, Salto Grande e Santa Cruz do Rio Pardo, até 2006, não eram referência para outros municípios. As URD de Florínea, Ipaussu, Salto Grande e Santa Cruz do Rio do Pardo foram implantadas a partir de 2003, portanto, nessas unidades, as análises foram realizadas a partir desse ano.

3.2. ANÁLISE DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Consideramos o número de unidades de formas farmacêuticas dispensado anualmente em cada URD dos 25 medicamentos disponibilizados no Programa (Anexo 1), tendo como referência a sua indicação terapêutica principal, estabelecida pelo Centro Colaborador da OMS em Metodologia e Estatística de Medicamentos.

Para a estimativa da fração da população exposta a esses psicofármacos, calculamos o consumo médio diário em Doses Diárias Definidas (DDD) por 1.000 habitantes. As crianças não foram tomadas como usuárias desse Programa e, por conseguinte, consideramos como usuários em potencial a população total de maiores de 10 anos dos municípios e não somente aquela normalmente considerada usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) (70% da população, segundo o último censo demográfico).

Tomando como interesse principal do estudo o transtorno psiquiátrico que está sendo tratado com determinado psicofármaco e não o fármaco em si, as análises foram realizadas segundo grupos de medicamentos ou classes terapêuticas. Portanto, quando o programa disponibilizava diferentes fármacos para o mesmo tratamento, procedemos à somatória das respectivas DDD.

No caso da consolidação do consumo dos psicotrópicos na DIR, calculamos a média aritmética do número de DDD por classe terapêutica das URD.

O cálculo da DDD seguiu as normas autorizadas pelo Nordic Council on Medicine (Conselho Nórdico de Medicamentos), pelo Who Regional Office for Europe e recomendado pelo grupo europeu Drug Utilization Research DURG (WHO, 2001).

Número de DDD por 1.000 hab./dia

Quantidade do fármaco em mg dispensado em 1 ano x 1.000

DDD teórica em mg x 365 dias x números habitantes > 10anos.

Para o cálculo do coeficiente de prevalência dos transtornos mentais, na região em estudo, foram utilizadas as informações geradas nos relatórios de pacientes por diagnóstico, tendo-se como denominador a mesma população usada para o cálculo da DDD/mil hab./dia.

Todas as informações de interesse contidas nesses relatórios foram digitadas numa planilha do programa Microsoft Excel, por meio do qual foram realizados todos os cálculos.

Local e período do estudo

Vale assinalar que, desde dezembro de 2006, as Regiões de Saúde do Estado de São Paulo foram redimensionadas e passaram a ser denominadas Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Como na época do desenvolvimento do presente estudo vigia a configuração anterior, nas denominadas Direções Regionais de Saúde (DIR) e todas as análises foram realizadas tendo como referência a configuração da DIR VIII de Assis, neste trabalho, será mantida essa designação.

Na época do estudo, essa DIR contava com 25 municípios situados no Sudoeste Paulista, dos quais 88% localizados na bacia hidrográfica do Médio Paranapanema (Anexo 3). A atividade econômica predominante é a agropecuária, principalmente o cultivo de cana de açúcar, atualmente muito desenvolvida, como resultado do advento do Programa Proálcool. A região conta com seis grandes complexos industriais para distribuição de álcool e açúcar (aguardente, em pequena escala), o que tem provocado alterações radicais, na configuração socioeconômica regional. Em menor extensão, também são cultivados soja, milho e mandioca. Na pecuária, predominam a bovinocultura e a suinocultura.

A população residente, no período de 2002 a 2006 está apresentada no quadro a seguir:

POPULAÇÃO RESIDENTE DIR VIII – Assis					
Ano	2002	2003	2004	2005	2006
População	435.478	440.610	445.695	457.316	463.245

Fonte: IBGE

A população é distribuída em dois municípios de médio porte, Assis e Ourinhos, dois municípios intermediários, Paraguaçu Paulista e Santa Cruz do Rio Pardo, com população entre 40.000 e 50.000 habitantes, e os 21 municípios restantes, de pequeno porte, com população abaixo de 40.000.

Foge aos objetivos deste trabalho fazer um diagnóstico detalhado das condições de vida da população; no entanto, chama a atenção que mais da metade da população (54%), à época do estudo, estava sobrevivendo com, no máximo, dois salários mínimos.

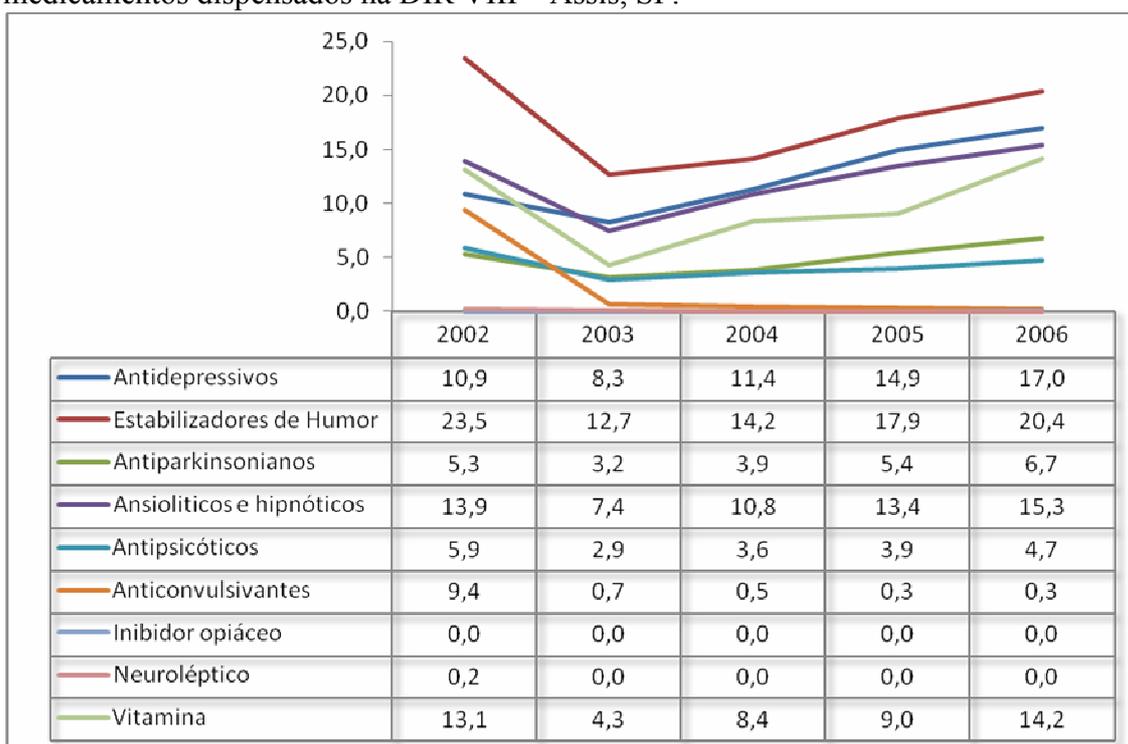
Em relação ao desenvolvimento socioeconômico dos municípios, refletido no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), a região apresenta 12% dos seus municípios com altos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade (Pedrinhas Paulista, Tarumã e Palmital); 4% com alto nível de riqueza, longevidade e escolaridade média (Chavantes); 44% com baixo nível de riqueza, bons níveis de escolaridade e longevidade (Paraguaçu Paulista, Maracaí, Santa Cruz do Rio Pardo, Cândido Mota, Cruzália, Borá, Lutécia, Ribeirão do Sul, Óleo, Assis e Ourinhos); 24% com baixo desenvolvimento econômico e níveis intermediários de longevidade e escolaridade (Bernardino de Campos, Canitar, Espírito Santo do Turvo, Florínea, Platina, Ibirarema) e 16% com baixos níveis de riqueza municipal, longevidade e escolaridade (Salto Grande, São Pedro do Turvo e Timburi).

4 RESULTADOS E ANÁLISES

4.1 DDD DAS CLASSES TERAPÊUTICAS DE PSICOFÁRMACOS DISPENSADOS NO PERÍODO DE 2002 A 2006

Inicialmente, apresentaremos a série histórica do quinquênio 2002 a 2006 de doses diárias definidas consumidas, para cada mil habitantes, estimadas para as classes terapêuticas de psicofármacos dispensados para o conjunto das URD da DIR VIII (Figura 1) e o número de pacientes com o seu respectivo coeficiente de prevalência, segundo o diagnóstico cadastrado no sistema Farmanet (Tabela 1). As DDD consolidadas para o conjunto da DIR se referem à média aritmética dos valores calculados das nove URD que compõem a DIR.

Figura 1 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 da média do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab./dia), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na DIR VIII – Assis, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Pode-se observar que a classe terapêutica de maior consumo, em todo o período estudado, foi a dos estabilizadores de humor, seguida da dos antidepressivos e dos ansiolíticos. Pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto (SP), embora com metodologia distinta da do presente estudo, mostrou que, naquele local, o consumo de psicotrópicos era mais evidente com relação ao Diazepam (ansiolítico) e à Amitríptilina

(antidepressivo), o que está em concordância com os presentes resultados (SEBASTIÃO; PELÁ, 2004).

A curva do consumo no tempo evidencia uma inflexão no segundo ano da série histórica, e em seguida, uma tendência de crescimento de todos os psicofármacos, excetuando-se os anticonvulsivantes, os quais apresentaram forte queda, de 9,4 DDD por mil habitantes/dia, em 2002, para 0,3, em 2006.

Podemos afirmar que tanto os tipos de medicamentos mais consumidos quanto o seu consumo crescente, na série histórica, estão claramente na direção das hipóteses presentes na literatura analisada: na atualidade, são essas as problemáticas mais frequentes no campo do sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que estão em aumento progressivo (ROUDINESCO, 2002; LAURENT 2004). Isso poderia indicar dois aspectos importantes: primeiro, o nosso conjunto de 25 municípios, embora situados no interior do Estado de São Paulo, reflete a tendência geral assinalada na literatura mundial; e, segundo, que estamos diante de um caso singular, capaz de permitir extrapolações para todos os municípios de médio e pequeno porte do referido Estado.

É necessário observar um aspecto interessante do comportamento do consumo de medicamentos, na região em estudo. Todas as curvas, tanto a global quanto as das URD individuais, como veremos adiante, mostram uma inflexão de queda do consumo na passagem de 2002 para 2003, de sorte que somente a partir de 2003 se verifica um crescimento progressivo. A análise detalhada do consumo, na série histórica, indica-nos que isso pode ser atribuído às circunstâncias do momento inicial da implantação do programa.

Considere-se que o Programa de Assistência Farmacêutica na Área de Saúde Mental – Dose Certa – Saúde Mental foi implantado em 2002, com vistas ao aperfeiçoamento do “Programa de Dispensação de Medicamentos de Saúde Mental”, o qual havia sido iniciado em 1999. A necessidade da reorganização da assistência farmacêutica, na área de Saúde Mental, no Estado de São Paulo, decorreu do fato de que a Secretaria, após um ano da sua implantação, “constatou um aumento de consumo de medicamentos, em alguns casos, muito acima do esperado...” (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2002, p.7). O novo programa foi elaborado e concretizado em 2002, para “disponibilizar medicamentos adequados ao perfil epidemiológico dos pacientes do Estado de São Paulo; reorganizar o atendimento da Assistência Farmacêutica em Saúde Mental; manter dados referentes ao perfil epidemiológico da clientela ambulatorial atendida e instituir mecanismos de controle e avaliação” (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2002, p.8, 9).

Portanto, o maior consumo, observado em 2002, e sua queda abrupta, em 2003, parecem ser decorrentes mais de fatores como demanda reprimida, novidade dos medicamentos à disposição, entre outros, relacionados ao antigo programa, executado a partir de dimensionamentos inadequados e de uma distribuição sem um controle por meio de um protocolo definido e padronizado.

Tabela 1- Distribuição dos pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental, segundo os coeficientes de prevalência (por mil hab.) estimados para os anos de 2002 a 2006, e o diagnóstico – DIR VIII-Assis, SP.

Diagnósticos	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	272	1,01	645	1,89	1017	2,95	1348	3,81	1857	5,18
Esquizofrenia	1655	6,12	2695	7,92	4098	11,90	4955	14,00	5326	14,85
Outros transtornos psicóticos	358	1,32	570	1,67	1005	2,92	1159	3,28	1395	3,89
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	996	3,68	1512	4,44	1389	4,03	1949	5,51	2770	7,73
Transtorno afetivo bipolar	498	1,84	946	2,78	1302	3,78	1747	4,94	1936	5,40
Depressão	2311	8,54	4979	14,62	9156	26,59	13200	37,30	16397	45,73
Outros transtornos do humor	751	2,78	1571	4,61	829	2,41	1232	3,48	1500	4,18
Transtornos do pânico	515	1,90	558	1,64	1758	5,10	2144	6,06	2494	6,96
Transtorno de ansiedade generalizada	549	2,03	1075	3,16	1870	5,43	2435	6,88	2982	8,32
Transtorno obsessivo compulsivo	150	0,55	405	1,19	645	1,87	714	2,02	890	2,48
Outros transtornos neuróticos	1512	5,59	2640	7,75	3991	11,59	5104	14,42	6087	16,98
Retardo mental	375	1,39	703	2,06	826	2,40	987	2,79	1199	3,34
Transtornos do desenvolvimento psicológico	1166	4,31	1087	3,19	261	0,76	317	0,90	367	1,02
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	333	1,23	489	1,44	385	1,12	492	1,39	672	1,87
Outros transtornos não mencionados acima	1446	5,34	594	1,74	1370	3,98	1616	4,57	1861	5,19
	12887	47,62	20469	60,12	29902	86,83	39399	111,34	47733	133,13

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Observando a Tabela 1, que apresenta o número de pacientes em tratamento com os psicofármacos, podemos notar uma variação, na mesma série histórica, de 12.887 para 47.733, mostrando um aumento de aproximadamente 4 vezes no número de pessoas que procuraram os serviços de saúde e foram classificadas em algum dos diagnósticos psiquiátricos, passando a consumir um ou mais dos psicofármacos disponibilizados. Tendo em vista a relação da população-alvo do programa com o total da população (maiores de 10 anos) dos municípios de referência das URD (aproximadamente 450.000 habitantes), fica demonstrada que a prevalência, para cada mil habitantes, variou de 47,62/mil hab., em 2002, para 133,33, em 2006, ou seja, houve um aumento de 280%.

Entre os transtornos psíquicos mais prevalentes, em todos os anos, estavam a depressão, a esquizofrenia e os casos diagnosticados como “outros transtornos mentais neuróticos”, sendo que a depressão foi o mais prevalente, em todos os anos, enquanto os demais se alternaram na segunda e na terceira posição. Também é importante destacar que essas três categorias diagnósticas, como as demais, revelam um aumento progressivo na série histórica.

Nossa hipótese, seguindo indicações da literatura já citada e observações em campo, era de que houvesse um aumento no número de pacientes cadastrados no decorrer do período analisado, o que parece confirmado pelos dados da Tabela 1. Entretanto, a magnitude desse aumento, em alguns dos diagnósticos, chamou a atenção. Entre os diagnósticos mais prevalentes, a depressão, “outros transtornos neuróticos” e a esquizofrenia aumentaram em 7 vezes, em 4 vezes e em 3 vezes, respectivamente, entre 2002 e 2006. Vale destacar o número de casos cadastrados com o diagnóstico de depressão, o qual se elevou, em quatro anos, de 2.311 para 16.397, o de “outros transtornos neuróticos”, de 1.512 para 6.087 e o de esquizofrenia, de 1.655 para 5.326.

Os transtornos mentais orgânicos e o transtorno obsessivo compulsivo, não obstante a sua baixa prevalência relativa, aumentaram igualmente em 7 e 6 vezes, respectivamente, no mesmo período.

Considerando o ano de 2006 como a referência mais atualizada, percebemos que o coeficiente de prevalência, para a depressão, era de 45,7/mil hab.; para outros transtornos neuróticos, 16,98; transtornos de pânico, 6,96, e transtornos obsessivos compulsivos, 2,48. Isso significa que, se olharmos para a quantidade de pacientes, nesses diagnósticos, aproximadamente 54% dos transtornos psíquicos diagnosticados e medicados pela Psiquiatria se encontravam nessas categorias.

A Tabela 1 nos mostra, ainda, que os diagnósticos mais prevalentes, além dos já referidos, foram os transtornos de ansiedade generalizada, transtornos devidos ao uso de álcool e outras drogas, e os do pânico, com coeficientes de prevalência, por mil habitantes, iguais a 8,32; 7,73 e 6,96, respectivamente. Quer dizer, eles figuram nas quarta e quinta posições, em relação ao conjunto de todos os casos.

4.2 RELAÇÕES ENTRE O AUMENTO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS E O AUMENTO DO NÚMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS

Em princípio, havia a expectativa de que se pudessem estabelecer algumas associações entre a evolução do consumo de psicofármacos e a do número de pacientes cadastrados no programa; contudo, com o exame mais detalhado das informações, chegou-se à conclusão de que essa análise incorreria em algumas incongruências. Na verdade, nem todos os pacientes cadastrados tomaram uma dose diária do medicamento prescrito todos os dias do ano. Isto é, tudo indica que um número significativo de pacientes diagnosticados e cadastrados, num determinado ano, pode ter tomado um número de doses inferior a 365. Por outro lado, é possível que outro grupo de pacientes tenha sido medicado com um número de doses superior à dose teórica recomendada. Isso impede, portanto, de se fazer associações diretas entre as informações de consumo e o número de pacientes diagnosticados.

Todavia, é possível fazer algumas observações que nos parecem relevantes.

Considerando-se a rotina do programa, todas as pessoas diagnosticadas, arroladas na Tabela 1, necessariamente receberam uma prescrição de, no mínimo, três meses. Por outro lado, observamos um número bastante elevado de diagnósticos de neurose (depressão, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do pânico, outros transtornos neuróticos); e, ainda que levemos em conta que alguns desses casos podem apresentar-se num estado de gravidade, nossa experiência clínica permite-nos supor que é pouco provável que seja a maioria. Mesmo no referente aos outros diagnósticos, é possível supor que nem todos os momentos de crise requerem a medicação imediata.

A Tabela 1 mostra ainda um coeficiente bastante alto de diagnósticos de sofrimento psíquico, na população da região. Por exemplo, a depressão diagnosticada apresenta um coeficiente de 45,73/mil hab., o que significa uma prevalência de 4,5% na população, quando dados epidemiológicos expressos no próprio Manual do programa

assinalam uma prevalência, considerada alta para essa problemática, de 2,6% (Secretaria de Estado da Saúde, SP 2002).

Podem esses dados ser indicativos de um uso precipitado ou talvez acentuado de psicotrópicos, configurando a situação que tem sido descrita, na literatura, como medicalização do sofrimento psíquico e, mesmo, “do social”?

4.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS POR URD

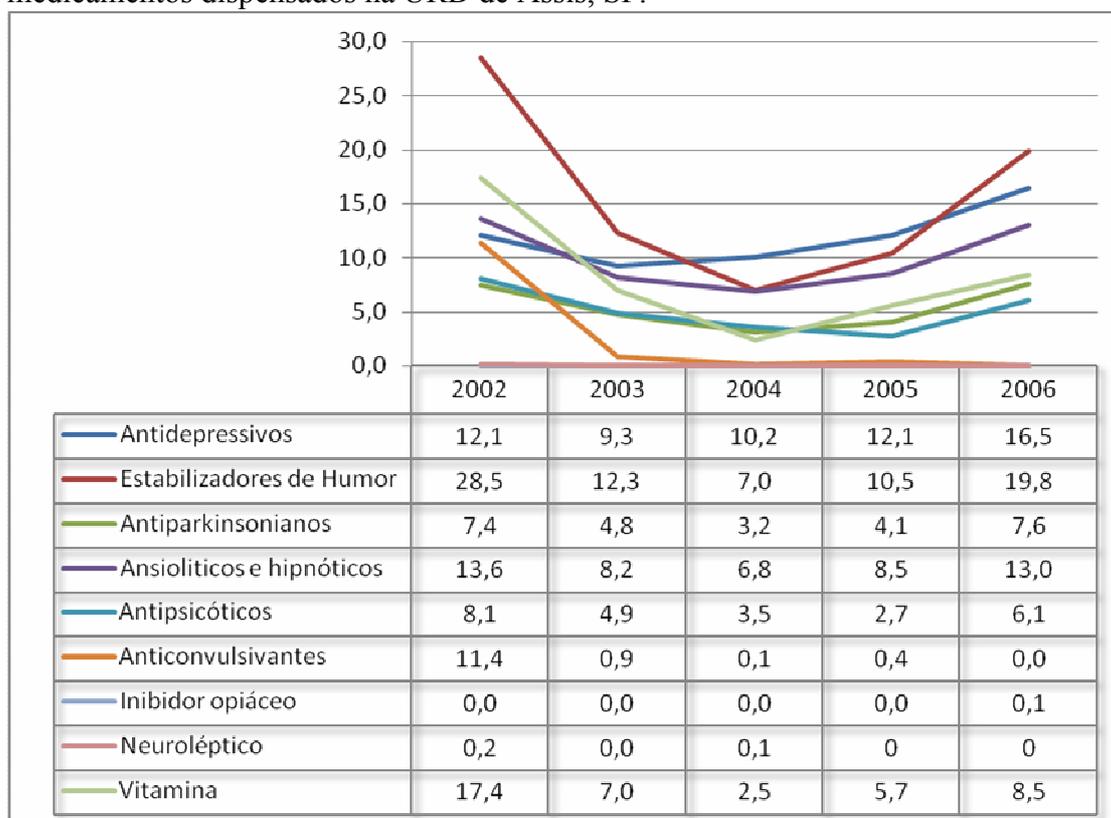
Apesar das tendências gerais anteriormente analisadas, tanto no consumo dos medicamentos quanto no número de pacientes cadastrados, convém notar algumas diferenças marcantes entre as URD, provavelmente relacionadas com as particularidades locais facilmente compreendidas a partir da análise específica dos municípios servidos por essa URD. Procuraremos observar a sintonia com a tendência geral, mas sobretudo as particularidades que possibilitem aprofundar a complexidade da análise das nossas hipóteses e, simultaneamente, sirvam de indicativo das análises cujo interesse estará voltado diretamente para as realidades locais.

Verificando os dados de consumo de medicamentos, de imediato podemos notar que as URD de Assis (Figura 2), Ourinhos (Figura 3), Palmital (Figura 4), Florínea (Figura 5), Salto Grande (Figura 6), Santa Cruz do Rio Pardo (Figura 7) e Paraguaçu Paulista (Figura 8) revelaram tendências de elevação de consumo, ao longo do período, bastante semelhantes entre si e em concordância com a tendência geral. É interessante ressaltar, também, que essa tendência é mantida independentemente do porte populacional dos municípios.

Por outro lado, percebemos que os municípios de Cândido Mota e de Ipaussu (Figuras 9 e 10) apresentam uma queda de consumo, entre 2005 e 2006. A análise desse fato isolado pode mostrar a relevância da análise associada da quantidade dos recursos interprofissionais e do modo como eles se articulam, frente à realidade epidemiológica do local, para todos os municípios.

Vejamos, a seguir, algumas particularidades dos municípios que merecem destaque, tanto por estarem em direção oposta à tendência geral, quanto porque a reafirmam mais acentuadamente.

Figura 2 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Assis, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Tabela 2- Distribuição dos pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental, segundo os coeficientes de prevalência (por mil hab.) estimados para os anos de 2002 a 2006, e o diagnóstico – URD Assis, SP.

Diagnósticos	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	88	1,04	194	2,25	614	7,05	839	9,38	996	10,99
Esquizofrenia	724	8,52	799	9,28	1654	18,99	2056	22,98	2284	25,20
Outros transtornos psicóticos	143	1,68	164	1,91	383	4,40	472	5,28	520	5,74
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	584	6,87	430	5,00	561	6,44	922	10,31	1396	15,40
Transtorno afetivo bipolar	267	3,14	237	2,75	362	4,16	466	5,21	532	5,87
Depressão	570	6,70	1286	14,94	4373	50,21	6473	72,36	8228	90,77
Outros transtornos do humor	171	2,01	124	1,44	196	2,25	305	3,41	408	4,50
Transtornos do pânico	168	1,98	239	2,78	1157	13,28	1390	15,54	1616	17,83
Transtorno de ansiedade generalizada	186	2,19	223	2,59	1032	11,85	1297	14,50	1476	16,28
Transtorno obsessivo compulsivo	95	1,12	60	0,70	72	0,83	123	1,38	164	1,81
Outros transtornos neuróticos	160	1,88	292	3,39	1553	17,83	1884	21,06	2288	25,24
Retardo mental	153	1,80	155	1,80	325	3,73	438	4,90	552	6,09
Transtornos do desenvolvimento psicológico	12	0,14	14	0,16	42	0,48	85	0,95	100	1,10
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	50	0,59	38	0,44	63	0,72	100	1,12	120	1,32
Outros transtornos não mencionados acima	10	0,12	82	0,95	659	7,57	778	8,70	960	10,59
Total	3381	39,77	4337	50,40	13046	149,79	17628	197,07	21640	238,72

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Na URD de Assis, percebemos que, estabelecida a base de consumo em 2004, há uma tendência geral no aumento de consumo, com destaque para os estabilizadores de humor, antidepressivos e ansiolíticos. Vale notar que, de 2004 até 2006, o número de DDD de estabilizadores de humor triplicou. Essa informação nos faz pensar que o número de pacientes com o diagnóstico de “transtorno afetivo bipolar” e “outros transtornos do humor” aumentou, o que pode estar em paralelo com os dados da Tabela 2, onde notamos que dobra o número de pacientes com esses diagnósticos.

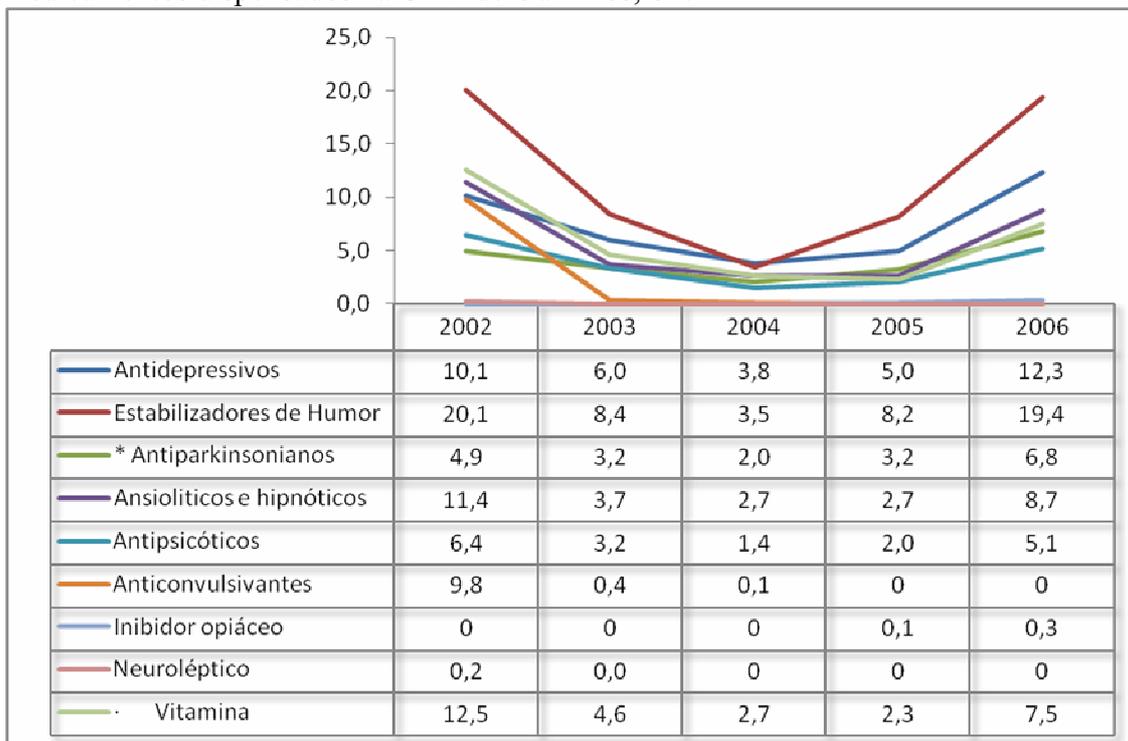
Quanto aos dados de pacientes diagnosticados, observamos, na Tabela 2, que a URD de Assis se destaca do conjunto da Regional pela alta prevalência dos transtornos mentais. Em 2002, foram cadastrados um total de 3.381 pacientes no Programa, significando um coeficiente de prevalência de 39,77/mil hab., chegando a 21.640 pacientes em tratamento de saúde mental, em 2006, com um coeficiente igual a 238,72/mil hab. Observamos que o coeficiente de prevalência de 2006, nessa unidade, é o mais alto. Em comparação com o coeficiente da DIR (133,13/mil hab.), corresponde ao dobro, chegando ao quádruplo da prevalência de Ourinhos (59,32/mil hab.), um município de mesmo porte populacional.

Contribuíram para essa alta prevalência, na URD de Assis, principalmente, os números de pacientes cadastrados com o diagnóstico de depressão, de “outros transtornos neuróticos”, de esquizofrenia, de transtornos do pânico, de transtorno de ansiedade generalizada e de transtornos devidos ao uso de álcool e drogas.

Chamam, ainda, a atenção a depressão e “outros transtornos neuróticos” que, em 2002, correspondiam ao terceiro e ao quinto diagnósticos mais prevalentes, respectivamente, e que, nos demais anos, tiveram um crescimento vertiginoso chegando, em 2006, respectivamente, a 8.228 e 2.288 pacientes cadastrados, o que correspondeu a um número 14 vezes maior que de 2002 (coeficiente de prevalência = 90,77/mil hab. e 25,24/mil hab.).

Os dados observados evidenciam tendências flagrantes que requerem explicações urgentes; porém, os elementos essenciais para essa compreensão só podem ser coletados pelas equipes locais, juntando a leitura dos dados desta pesquisa a outros que dependem do conhecimento mais aprofundado da realidade local que apenas elas podem completar. Deixamos aqui indicado um dos aspectos que consideramos fundamentais, no sentido e no objetivo atribuído a este estudo: servir como panorama e paradigma de análise das realidades locais, a fim de permitir o planejamento e a gestão adequados das realidades epidemiológicas de cada “território”.

Figura 3 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Ourinhos, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Ourinhos (Figura 3), no geral, relativamente a outras unidades de dispensação, chama a atenção pelos níveis inferiores de consumo de todos os medicamentos. Nesse sentido, é digno de nota o baixo consumo de antidepressivos e de ansiolíticos. O consumo de antidepressivos, nessa unidade, chegou a ser de 6, de 3,8 e de 5 DDD/mil hab./dia em 2003, 2004 e 2005, respectivamente, enquanto, nas demais unidades, a média de DDD, em geral, situa-se entre 9 e 10 DDD/mil hab./dia. Em relação ao consumo de ansiolíticos, estes foram, em geral, metade do consumo das outras URD. Entretanto, o consumo de estabilizadores de humor é tão alto quanto a média geral.

Vale ressaltar, no entanto, que o número de pacientes cadastrados com os diagnósticos de depressão, “outros transtornos de humor” e transtorno bipolar mantém o aumento progressivo, na série histórica estudada (Tabela 3). Temos aqui, também, uma situação particular que merece análise específica, pois, uma vez que não temos características sociodemográficas que diferenciem esse município do outro de médio porte que compõe a amostra de nosso estudo, esse baixo consumo relativo deve ser atribuído a variáveis presentes no próprio contexto municipal.

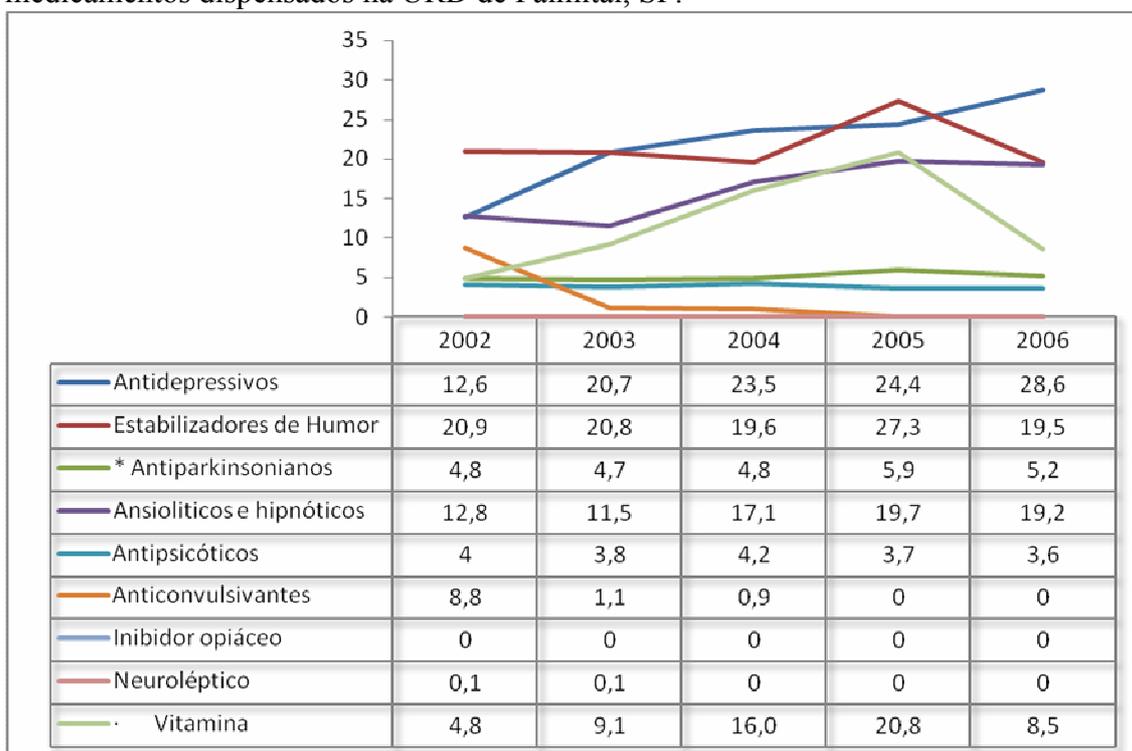
Entretanto, a análise dessas características epidemiológicas pode ser bastante rica também para auxiliar a compreensão das tendências opostas, ocorrentes na região.

Tabela 3- Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Ourinhos, SP.

Diagnósticos	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	prev								
Transtornos mentais orgânicos	86	0,86	184	1,81	184	1,78	151	1,42	174	1,61
Esquizofrenia	519	5,17	798	7,83	723	7,00	678	6,36	748	6,91
Outros transtornos psicóticos	58	0,58	137	1,34	189	1,83	214	2,01	237	2,19
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	193	1,92	312	3,06	311	3,01	355	3,33	542	5,01
Transtorno afetivo bipolar	99	0,99	224	2,20	218	2,11	165	1,55	244	2,25
Depressão	594	5,91	875	8,59	770	7,45	1068	10,02	1465	13,53
Outros transtornos do humor	69	0,69	440	4,32	402	3,89	547	5,13	698	6,45
Transtornos do pânico	69	0,69	198	1,94	228	2,21	271	2,54	383	3,54
Transtorno de ansiedade generalizada	153	1,52	251	2,46	234	2,26	225	2,11	320	2,96
Transtorno obsessivo compulsivo	38	0,38	166	1,63	155	1,50	109	1,02	122	1,13
Outros transtornos neuróticos	456	4,54	392	3,85	453	4,38	546	5,12	628	5,80
Retardo mental	146	1,45	242	2,38	226	2,19	188	1,76	199	1,84
Transtornos do desenvolvimento psicológico	24	0,24	175	1,72	170	1,64	141	1,32	190	1,75
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	17	0,17	121	1,19	185	1,79	184	1,73	241	2,23
Outros transtornos não mencionados acima	474	4,72	145	1,42	189	1,83	209	1,96	231	2,13
Total	2995	29,82	4660	45,74	4637	44,87	5051	47,39	6422	59,32

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Figura 4 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Palmital, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

A URD de Palmital (Figura 4), igualmente às outras unidades, apresentou os antidepressivos, os estabilizadores de humor e os ansiolíticos como os medicamentos mais consumidos, em todos os anos; todavia, ela se destaca das demais em relação à magnitude desse consumo. De uma maneira geral, o consumo desses psicofármacos, nesta URD, é o dobro em relação às outras, comparando-se ano a ano.

Tabela 4 - Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Palmital

Diagnósticos	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	7	0,39	10	0,56	7	0,39	5	0,27	8	0,43
Esquizofrenia	32	1,80	17	0,95	2	0,11	4	0,22	2	0,11
Outros transtornos psicóticos	3	0,17	0	0,00	2	0,11	3	0,16	2	0,11
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	8	0,45	22	1,23	7	0,39	12	0,65	10	0,53
Transtorno afetivo bipolar	10	0,56	8	0,45	0	0,00	6	0,32	4	0,21
Depressão	143	8,05	107	6,00	26	1,46	31	1,67	80	4,28
Outros transtornos do humor	6	0,34	6	0,34	3	0,17	16	0,86	8	0,43
Transtornos do pânico	8	0,45	4	0,22	11	0,62	9	0,49	0	0,00
Transtorno de ansiedade generalizada	21	1,18	17	0,95	8	0,45	17	0,92	8	0,43
Transtorno obsessivo compulsivo	8	0,45	3	0,17	3	0,17	1	0,05	7	0,37
Outros transtornos neuróticos	31	1,74	8	0,45	12	0,67	15	0,81	51	2,73
Retardo mental	6	0,34	4	0,22	3	0,17	4	0,22	3	0,16
Transtornos do desenvolvimento psicológico	1	0,06	2	0,11	0	0,00	1	0,05	1	0,05
Transt, emocionais e comport. início na infância ou adolescência	1	0,06	7	0,39	4	0,22	3	0,16	2	0,11
Outros transtornos não mencionados acima	198	11,14	12	0,67	46	2,58	72	3,89	30	1,60
Total	483	27,18	227	12,74	134	7,52	199	10,75	216	11,55

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Na URD de Palmital (Tabela 4) verificamos um comportamento inusitado no número de pacientes cadastrados, pois, fugindo à tendência de elevação presente em todas as unidades, registrou uma diminuição sistemática em todos os anos, de modo que, entre o primeiro ano e o último, a queda foi de mais de 50%. Foi notável, também, que os coeficientes de prevalência foram todos muito inferiores, relativamente às outras unidades. Em 2002, o coeficiente de prevalência geral foi 27,18/mil hab., chegando, em 2006, a 11,55/mil hab., enquanto na DIR os coeficientes correspondentes eram de 47,62/mil hab. e 133,13/mil hab., respectivamente. Os diagnósticos mais prevalentes seguiram a mesma direção encontrada nas demais unidades onde predominaram a depressão e “outros transtornos neuróticos” como os mais numerosos. Esse diagnóstico e “outros transtornos do humor” foram exceções à tendência de queda na prevalência, havendo uma elevação de aproximadamente 50%, entre o início e fim do período analisado, com algumas flutuações de diminuições, no decorrer dos anos.

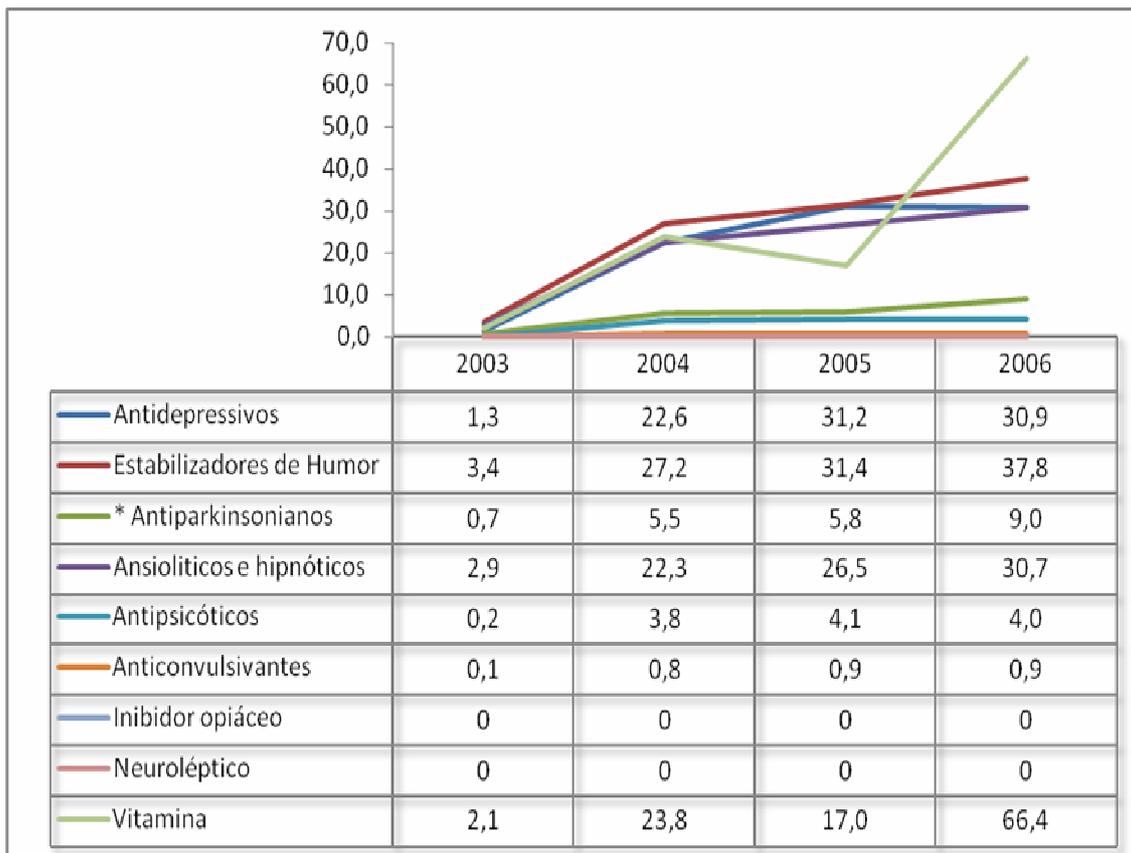
Esse fato merece uma análise específica, por tratar-se do único município em que foi observada uma queda no número de pacientes diagnosticados.

Entretanto, podemos levantar algumas observações em relação a esses dados.

A análise mais global desses dados pode indicar a ocorrência de uma supermedicação, já que o número de pacientes diagnosticados, por mil habitantes, vai decrescendo ao longo da série histórica, enquanto o número de doses de medicamentos sofre um aumento progressivo. Esse município pode apresentar uma situação exemplar, capaz de fornecer elementos para a análise de municípios de pequeno porte. Quais seriam as razões dessas tendências? Estaremos diante de um território com características tão peculiares, ou será peculiar a realidade da atenção psiquiátrica? – Haverá uma fragilidade do dado decorrente de problemas de armazenamento das informações?

Essas questões, como nos demais casos examinados até aqui, merecem análise contextualizadas na realidade local.

Figura 5 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Florínea, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

O comportamento do consumo e a sua magnitude, na URD de Florínea (Figura 5), são bastante semelhantes aos de Palmital, analisados anteriormente, na Figura 4. Esta se distingue em relação à grande quantidade de vitamina dispensada, em 2006, superando em cerca de 10 vezes a DDD das demais unidades de dispensação. Sabemos que a dispensação de vitaminas está associada ao diagnóstico de alcoolismo, entretanto, observando os dados da Tabela 5, com os diagnósticos nesse município, notamos que não há elevação no número de casos diagnosticados; ao contrário, verificamos uma diminuição na série histórica.

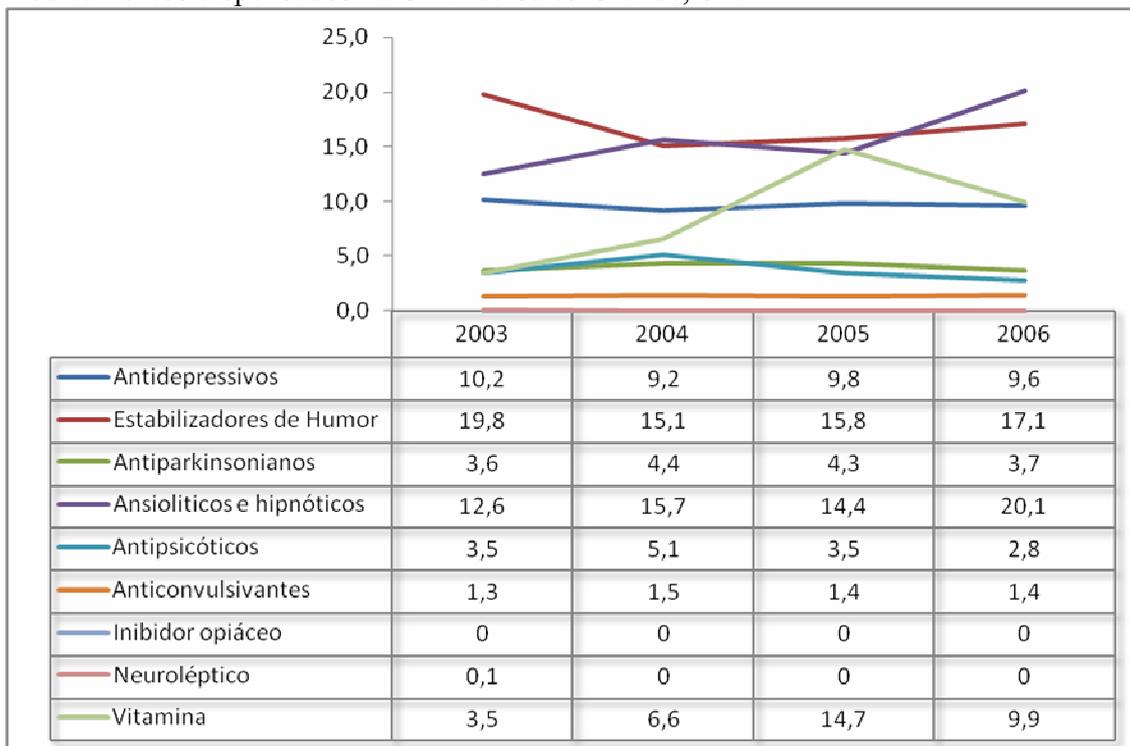
Os dados em relação aos pacientes cadastrados da unidade de Florínea, sumarizados na Tabela 5, revelam tendências semelhantes às demais unidades, as quais são de elevação no número de pacientes cadastrados, com exceções em alguns diagnósticos. Os diagnósticos mais prevalentes foram a depressão, outros transtornos neuróticos, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, que se alternaram entre as primeiras posições, evidenciando sintonia com os demais municípios.

Tabela 5- Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Flórida

Diagnósticos	2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	9	3,46	9	3,45	10	3,81	5	1,89
Esquizofrenia	8	3,08	30	11,49	12	4,57	13	4,92
Outros transtornos psicóticos	7	2,69	26	9,96	36	13,71	46	17,42
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	15	5,77	6	2,30	8	3,05	6	2,27
Transtorno afetivo bipolar	5	1,92	19	7,28	6	2,28	11	4,17
Depressão	25	9,61	108	41,38	140	53,31	119	45,06
Outros transtornos do humor	0	0,00	6	2,30	0	0,00	8	3,03
Transtornos do pânico	0	0,00	25	9,58	0	0,00	8	3,03
Transtorno de ansiedade generalizada	0	0,00	3	1,15	0	0,00	1	0,38
Transtorno obsessivo compulsivo	1	0,38	4	1,53	4	1,52	6	2,27
Outros transtornos neuróticos	48	18,45	117	44,83	124	47,22	110	41,65
Retardo mental	8	3,08	13	4,98	9	3,43	9	3,41
Transtornos do desenvolvimento psicológico	1	0,38	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	1	0,38	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Outros transtornos não mencionados acima	0	0,00	64	24,52	0	0,00	37	14,01
Total	128	49,21	430	164,75	349	132,90	379	143,51

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Figura 6 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Salto Grande, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Observando o consumo de medicamentos do município de Salto Grande (Figura 6), podemos constatar que as tendências gerais vão na mesma direção que a média geral. Destaca-se, entretanto, a magnitude do consumo de antidepressivos, que se mantém constante ao longo da série histórica e que é bastante inferior aos demais municípios (metade).

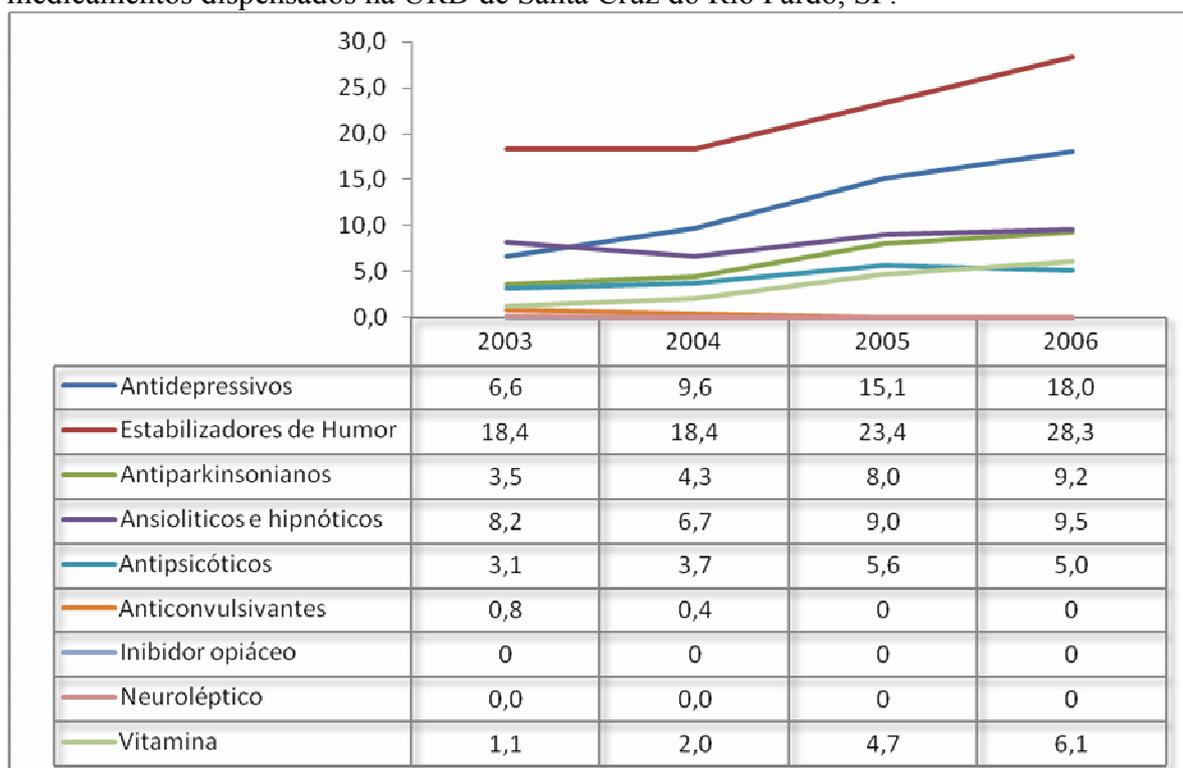
Tabela 6- Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Salto Grande

Diagnósticos	2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	12	1,65	12	1,63	12	1,59	12	1,57
Esquizofrenia	72	9,91	74	10,07	76	10,08	76	9,95
Outros transtornos psicóticos	8	1,10	16	2,18	24	3,18	24	3,14
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transtorno afetivo bipolar	16	2,20	24	3,27	24	3,18	24	3,14
Depressão	32	4,41	50	6,81	60	7,96	60	7,85
Outros transtornos do humor	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transtornos do pânico	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transtorno de ansiedade generalizada	1	0,14	9	1,23	12	1,59	12	1,57
Transtorno obsessivo compulsivo	1	0,14	8	1,09	8	1,06	8	1,05
Outros transtornos neuróticos	44	6,06	46	6,26	48	6,37	48	6,28
Retardo mental	24	3,30	24	3,27	24	3,18	24	3,14
Transtornos do desenvolvimento psicológico	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Outros transtornos não mencionados acima	44	6,06	45	6,13	56	7,43	56	7,33
Total	254	34,97	308	41,93	344	45,62	344	45,03

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

A Tabela 6 revela que os diagnósticos mais prevalentes são os mesmos das demais unidades (esquizofrenia, depressão e outros transtornos neuróticos). O que mais chama a atenção são as baixas prevalências em todos os diagnósticos cadastrados, comparando-se com a DIR. Verificamos, ainda, que a tendência de aumento se conserva, porém de maneira bastante discreta.

Figura7– Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Santa Cruz do Rio Pardo, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Em Santa Cruz do Rio Pardo, o que é notável é que o consumo de estabilizadores de humor é bastante alto, em todos os anos, com forte tendência a aumento, em relação aos outros medicamentos e em relação às demais URD.

Essa URD (Tabela 7) exibiu a mesma tendência geral de elevação nos números de cadastrados no decorrer dos anos e de maiores prevalências nos diagnósticos de “outros transtornos neuróticos”, depressão e esquizofrenia. Contudo, aqui, ao contrário da URD de Salto Grande, o que chamou a atenção foi a magnitude dos coeficientes apresentados. Em 2002, início da sistematização cadastral, a prevalência dos transtornos mentais era de 56,85/mil hab. E, com os aumentos sucessivos, chegou, em 2006, a 196,77/mil hab., ficando com a segunda maior prevalência, imediatamente após a URD

de Assis (238,72/mil hab.). Os diagnósticos que mais contribuíram para esse aumento, além daqueles mais prevalentes em todos os anos, foram os transtornos emocionais e comportamentais com início na infância ou adolescência, os transtornos mentais orgânicos, transtornos devidos ao uso de álcool e drogas, que aumentaram em 16, em 8 e em 6 vezes, respectivamente, o número de cadastrados nesses diagnósticos.

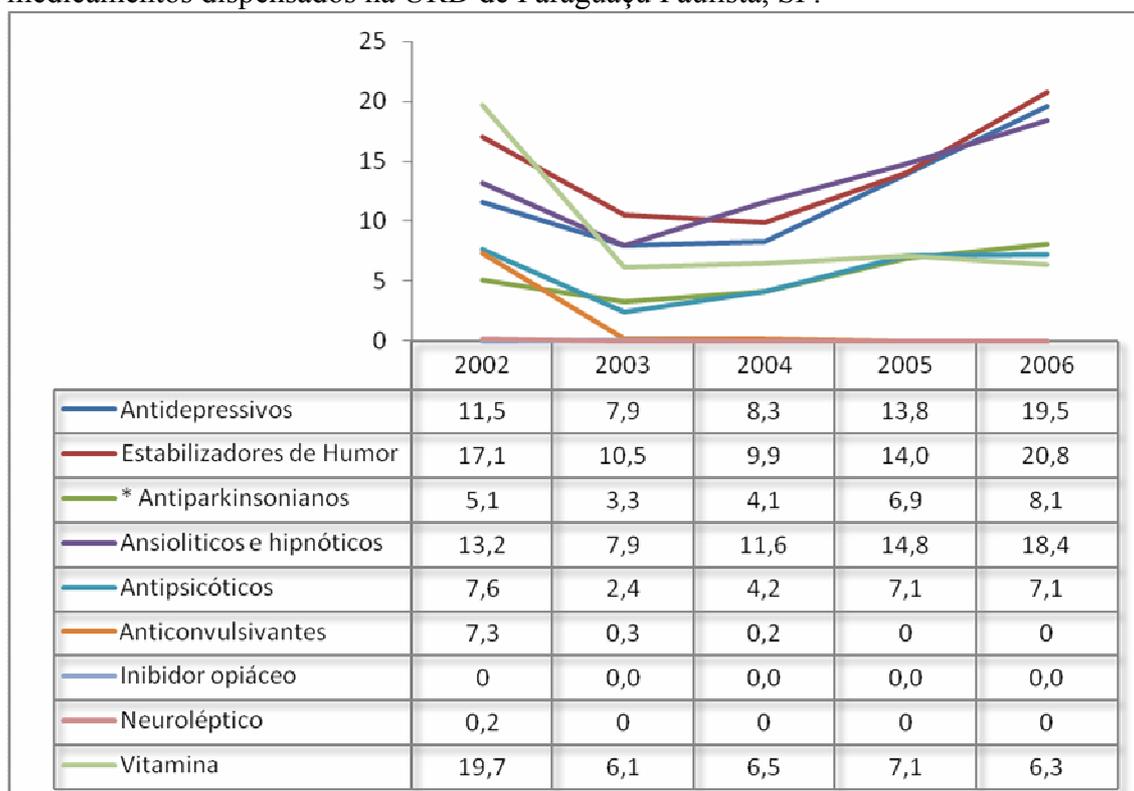
A situação epidemiológica desse município também requer uma análise aprofundada, por suas características específicas. Destas, vale destacar, além da alta prevalência nos diagnósticos comuns aos demais municípios, o aumento progressivo dos casos de “transtornos emocionais e comportamentais com início na infância ou adolescência”, os “transtornos mentais orgânicos”, “transtornos devidos ao uso de álcool e outras drogas”, que não aparecem com tal destaque, nos demais municípios.

Tabela 7 - Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Santa Cruz do Rio Pardo.

Diagnósticos	2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	39	1,12	85	2,41	203	5,62	313	8,57
Esquizofrenia	301	8,61	465	13,17	690	19,11	697	19,09
Outros transtornos psicóticos	50	1,43	122	3,46	199	5,51	206	5,64
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	74	2,12	204	5,78	364	10,08	470	12,87
Transtorno afetivo bipolar	58	1,66	85	2,41	114	3,16	113	3,10
Depressão	467	13,36	727	20,59	1266	35,07	1638	44,87
Outros transtornos do humor	15	0,43	64	1,81	94	2,60	79	2,16
Transtornos do pânico	15	0,43	24	0,68	49	1,36	86	2,36
Transtorno de ansiedade generalizada	94	2,69	120	3,40	301	8,34	512	14,03
Transtorno obsessivo compulsivo	25	0,72	40	1,13	67	1,86	77	2,11
Outros transtornos neuróticos	681	19,48	1221	34,59	1883	52,16	2218	60,76
Retardo mental	67	1,92	119	3,37	195	5,40	248	6,79
Transtornos do desenvolvimento psicológico	5	0,14	3	0,08	0	0,00	0	0,00
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	9	0,26	60	1,70	135	3,74	144	3,94
Outros transtornos não mencionados acima	87	2,49	166	4,70	287	7,95	382	10,46
	1987	56,85	3505	99,28	5847	161,96	7183	196,77

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Figura 8 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Paraguaçu Paulista, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

A URD que atende os municípios de Paraguaçu e Maracá (Figura 8) merece destaque, por apresentar uma tendência geral de aumento do consumo em todos os psicofármacos, chegando a triplicar o uso de antidepressivos, de 2003 a 2006. Isso é coerente com os dados da Tabela 8, os quais mostram que o número de pacientes cadastrados com o diagnóstico de depressão quadruplicou. Um exame aprofundado da situação desses municípios nos possibilitará compreender o conjunto de variáveis de que dependem essas tendências de aumento de diagnósticos e de dispensação de medicamentos.

Em Paraguaçu Paulista, a URD já registrava, em 2002, um número grande de pacientes cadastrados (5.800 pacientes, coeficiente de prevalência=136,92/mil hab.), e entre os mais prevalentes, se encontravam os com diagnóstico de “transtornos do desenvolvimento psicológico” (mais de 1.100 pacientes, coeficiente de prevalência=26,65/mil hab.) e de depressão (quase 1.000 pacientes, coeficiente de prevalência=22,57/mil hab.), segundo se verifica na Tabela 6. Por um lado, os números de depressão, seguindo a tendência geral, se elevaram continuamente, no decorrer dos

anos, chegando, em 2006, a um coeficiente de prevalência de 84,81/mil hab. e 3.991 pacientes cadastrados com esse diagnóstico. Por outro lado, a classe de “transtornos do desenvolvimento psicológico”, diagnóstico mais prevalente em 2002, seguiu tendência oposta, ou seja, de redução contínua, a ponto de, em 2006,, registrar somente 11 pacientes com esse diagnóstico (de 1.000 para 11 pacientes). Eis um dado que requer análise cuidadosa e detalhada, pois põe em evidência as dificuldades na infância, que é pouco comum nos municípios da região analisada; além disso, reflete uma tendência de altíssima queda nos índices dessa problemática. É possível que o estudo das características particulares desse município ajude a redimensionar o conjunto dos dados epidemiológicos da região focalizada, isto é, pode ajudar a esclarecer por que o diagnóstico “transtorno de desenvolvimento psicológico” não ocorre em todos os municípios, conforme seria esperado.

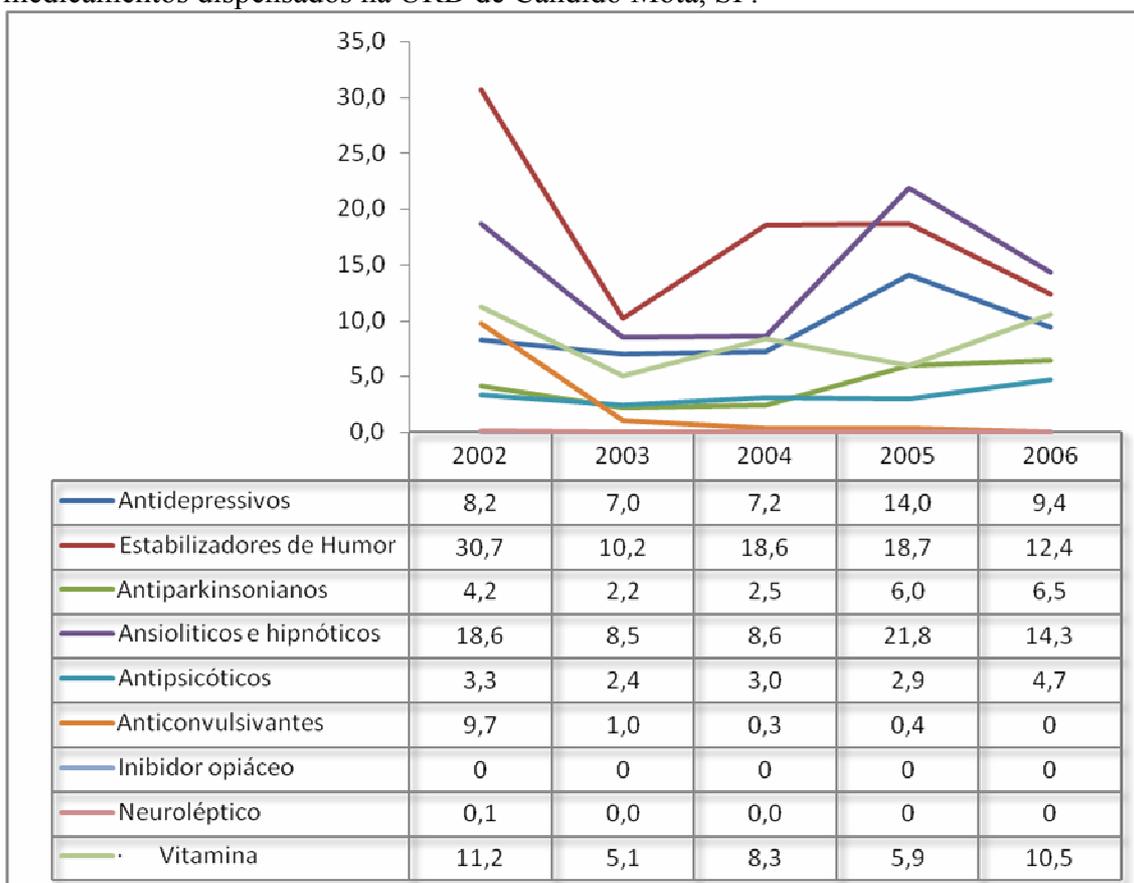
Em 2006, os diagnósticos mais prevalentes, além da depressão, eram a esquizofrenia (coeficiente de prevalência=20,38/mil hab.) e o transtorno afetivo bipolar (coeficiente de prevalência=12,90/mil hab.).

Tabela 8- Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Paraguaçu Paulista.

Diagnósticos	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	prev								
Transtornos mentais orgânicos	78	1,84	120	2,68	26	0,57	12	0,26	7	0,15
Esquizofrenia	347	8,19	434	9,68	831	18,33	971	20,89	959	20,38
Outros transtornos psicóticos	142	3,35	143	3,19	78	1,72	94	2,02	89	1,89
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	188	4,44	532	11,87	102	2,25	81	1,74	80	1,70
Transtorno afetivo bipolar	106	2,50	336	7,50	472	10,41	759	16,33	607	12,90
Depressão	956	22,57	1846	41,18	2314	51,05	3366	72,43	3991	84,81
Outros transtornos do humor	501	11,83	975	21,75	61	1,35	118	2,54	176	3,74
Transtornos do pânico	269	6,35	82	1,83	191	4,21	178	3,83	183	3,89
Transtorno de ansiedade generalizada	189	4,46	389	8,68	335	7,39	419	9,02	419	8,90
Transtorno obsessivo compulsivo	8	0,19	126	2,81	183	4,04	209	4,50	241	5,12
Outros transtornos neuróticos	841	19,85	813	18,14	206	4,54	206	4,43	215	4,57
Retardo mental	67	1,58	115	2,57	47	1,04	42	0,90	42	0,89
Transtornos do desenvolvimento psicológico	1129	26,65	886	19,77	32	0,71	24	0,52	11	0,23
Transt., emocionais e comport. início na infância ou adolescência	264	6,23	311	6,94	21	0,46	14	0,30	14	0,30
Outros transtornos não mencionados acima	715	16,88	96	2,14	35	0,77	40	0,86	39	0,83
Total	5800	136,92	7204	160,72	4934	108,85	6533	140,58	7073	150,31

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Figura 9 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Cândido Mota, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Observando a Figura 9, podemos notar uma tendência geral de aumento, desde 2003, com uma queda no último ano do consumo de antidepressivos, de estabilizadores de humor e ansiolíticos. Essa queda configura-se como um caso ímpar dentro dos municípios da região analisada, apenas acompanhada pelo município de Ipaussu, como veremos adiante. Aí está mais uma ocorrência cujo estudo parece ser esclarecedor.

A Tabela 9 indica um aumento progressivo do número de pacientes diagnosticados, principalmente nos de “transtornos mentais orgânicos”, “outros transtornos psicóticos”, “transtorno afetivo bipolar”, “transtorno do pânico”, “transtorno obsessivo compulsivo” e depressão. O destaque cabe não tanto para o aumento progressivo, que, como sabemos, é comum nos outros municípios, mas para a magnitude dessa progressão. Vale notar os diagnósticos “transtornos mentais orgânicos” (17 vezes mais, do início ao fim da série histórica), “transtorno afetivo bipolar” (21 vezes), depressão (10 vezes), “transtorno do pânico” (199 vezes), “transtorno obsessivo

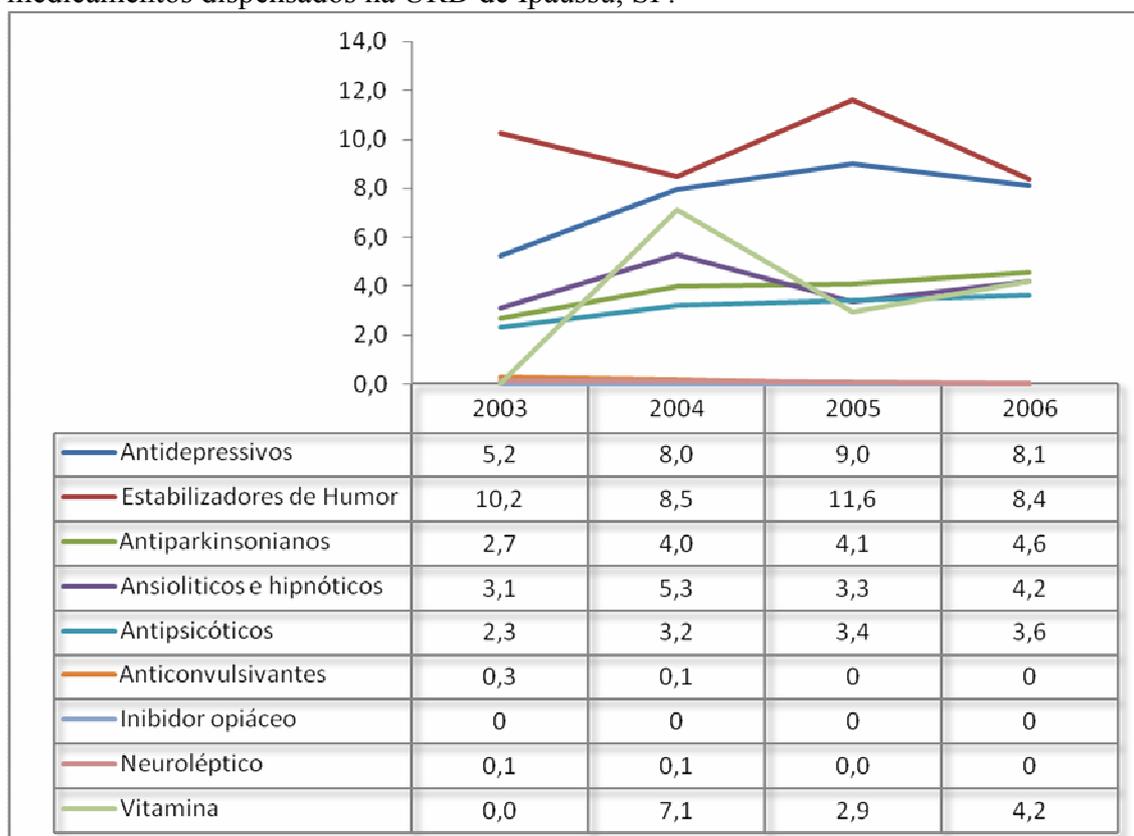
compulsivo” (247 vezes). Esses números, salvo incongruências no armazenamento dos dados, parecem denotar o desvelamento de uma demanda reprimida no município, a qual, por sua vez, poderia estar associada ao aumento progressivo da presença de profissionais do campo “psi”.

Tabela 9- Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Cândido Mota, SP.

Diagnósticos	2002		2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	13	0,5	28	1,1	33	1,3	55	2,1	220	8,2
Esquizofrenia	33	1,3	30	1,2	86	3,4	150	5,7	180	6,7
Outros transtornos psicóticos	12	0,5	12	0,5	142	5,5	61	2,3	215	8,0
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	23	0,9	47	1,9	134	5,2	133	5,0	165	6,2
Transtorno afetivo bipolar	16	0,6	24	0,9	87	3,4	153	5,8	340	12,7
Depressão	48	1,9	117	4,6	479	18,7	403	15,3	480	18,0
Outros transtornos do humor	4	0,2	0	0,0	64	2,5	108	4,1	96	3,6
Transtornos do pânico	1	0,0	0	0,0	81	3,2	163	6,2	199	7,4
Transtorno de ansiedade generalizada	0	0,0	10	0,4	50	1,9	55	2,1	141	5,3
Transtorno obsessivo compulsivo	1	0,0	11	0,4	145	5,7	146	5,5	247	9,2
Outros transtornos neuróticos	24	1,0	23	0,9	141	5,5	98	3,7	79	3,0
Retardo mental	3	0,1	5	0,2	6	0,2	17	0,6	25	0,9
Transtornos do desenvolvimento psicológico	0	0,0	0	0,0	1	0,0	59	2,2	65	2,4
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	1	0,0	2	0,1	50	1,9	55	2,1	135	2,1
Outros transtornos não mencionados acima	49	2,0	51	2,0	106	4,1	55	2,1	70	2,6
Total	228	9,1	360	14,2	1605	62,6	1711	64,9	2657	99,5

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

Figura 10 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 do consumo de psicofármacos em doses diárias definidas (DDD) (por mil hab.), segundo classes terapêuticas de medicamentos dispensados na URD de Ipaussu, SP.



Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

O que se destaca, na URD de Ipaussu (Figura 10), é o baixo consumo de medicamentos em todos os anos da série histórica, comparado às demais unidades de dispensação – em torno de metade do consumo médio da região.

Em termos de pacientes diagnosticados (Tabela 10), observa-se uma progressão na série histórica, porém essa progressão é bastante discreta. Chama a atenção o diagnóstico “outros transtornos neuróticos”, que apresenta uma prevalência em 2006 de 22,09/mil hab., enquanto, na região, esse índice é de 16,98/mil hab. Salientamos aqui mais um aspecto que poderá permitir redimensionar a análise de nossos dados globais: o grande número de diagnósticos “outros”. Poderia ele indicar dificuldades no deciframento das problemáticas, maior complexidade das problemáticas, na realidade epidemiológica em Saúde Mental atual?

Tabela 10- Número de pacientes cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica – Saúde Mental e o coeficiente de prevalência (por mil hab.) estimado para os anos de 2002 a 2006, segundo o diagnóstico – URD Ipaussu

Diagnósticos	2003		2004		2005		2006	
	N	prev	N	prev	N	prev	N	prev
Transtornos mentais orgânicos	49	2,48	47	2,37	61	3,02	122	5,99
Esquizofrenia	236	11,96	233	11,72	318	15,73	367	18,01
Outros transtornos psicóticos	49	2,48	47	2,37	56	2,77	56	2,75
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	80	4,06	64	3,22	74	3,66	101	4,96
Transtorno afetivo bipolar	38	1,93	35	1,76	54	2,67	61	2,99
Depressão	224	11,36	309	15,55	393	19,45	336	16,49
Outros transtornos do humor	11	0,56	33	1,66	44	2,18	27	1,33
Transtornos do pânico	20	1,01	41	2,06	84	4,16	19	0,93
Transtorno de ansiedade generalizada	90	4,56	79	3,98	109	5,39	93	4,56
Transtorno obsessivo compulsivo	12	0,61	35	1,76	47	2,33	18	0,88
Outros transtornos neuróticos	339	17,19	242	12,18	300	14,84	450	22,09
Retardo mental	83	4,21	63	3,17	70	3,46	97	4,76
Transtornos do desenvolvimento psicológico	4	0,20	13	0,65	7	0,35	0	0,00
Transt. emocionais e comport. início na infância ou adolescência	0	0,00	2	0,10	1	0,05	16	0,79
Outros transtornos não mencionados acima	77	3,90	60	3,02	119	5,89	56	2,75
Total	1312	66,51	1303	65,57	1737	85,95	1819	89,28

Fonte: Farmanet-SES, 2002-2006

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram o aumento progressivo do consumo de psicofármacos, em todas as categorias terapêuticas, sendo esse aumento ainda maior nos estabilizadores de humor, antidepressivos e ansiolíticos. Por outro lado, indicaram que os diagnósticos mais prevalentes foram a depressão, a esquizofrenia e “outros transtornos neuróticos”. Isso se apresenta em consonância com a literatura consultada, que associa sofrimento psíquico a certas características da contemporaneidade, ao mesmo tempo em que levanta a hipótese de uma crescente medicalização do sofrimento psíquico e da própria sociedade. É importante assinalar que as características epidemiológicas e o perfil do consumo de psicofármacos da região estudada revelam tendências semelhantes às detectadas para toda a sociedade, embora nossa amostra seja composta de municípios de médio e pequeno porte, localizados no interior do Estado de São Paulo. Para nós, esse é um achado que nos faz pensar na plausibilidade da hipótese de ser nosso estudo “um caso singular” (REY, 1999), portanto, capaz de expressar as características do fenômeno, em sua realidade geral. Em outros termos, pensamos que seus resultados podem ser extrapolados para todo o interior do Estado de São Paulo.

Quanto ao número de pacientes diagnosticados e tipo de diagnósticos, nossos dados assinalam uma variação, na série histórica, de 12.887 para 47.733 pacientes, evidenciando que houve um aumento de 4 vezes, no número de pessoas que procuraram as instituições de saúde e foram classificadas em algum dos diagnósticos psiquiátricos, passando a consumir alguns dos psicofármacos disponibilizados. Ficou demonstrado que a prevalência de sofrimento psíquico variou de 47,62/mmil hab., em 2002, para 133,33, em 2006, configurando um aumento de 280%. Isso nos faz pensar que esse aumento bastante elevado pode estar associado tanto às dificuldades da sociedade contemporânea, quanto à facilidade em que, nessa mesma sociedade, se tende a recorrer à Psiquiatria diante de quaisquer impasses relacionados ao sofrimento psíquico. É inegável que a configuração das formas da atenção no contexto estudado, sobretudo no que elas têm de médico-centradas, provavelmente desempenha aí um importante papel. É possível que se esteja utilizando o medicamento como resposta *a priori* para qualquer tipo de sofrimento psíquico?

Também não podemos descartar possíveis distorções de planejamento e gerenciamento programático. É inegável que, nos últimos anos, marcados já pela fisionomia da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, muitas diretrizes e propostas de transformação têm sido implantadas, mas ainda parece haver pouco interesse na análise sistemática do perfil epidemiológico e na avaliação do impacto dos programas implantados.

Vale destacar, ainda, o comportamento do sofrimento psíquico expresso nas denominadas “problemáticas do contemporâneo”, cujo aumento se revela em progressão claramente elevada, na série histórica: depressão (aumento em 7 vezes), transtornos do pânico (5 vezes), transtorno obsessivo compulsivo (6 vezes), transtornos devidos ao uso de álcool e outras drogas (3 vezes), indicando igualmente, quanto a esse aspecto, o comportamento universal das características epidemiológicas indicado na literatura.

Nosso estudo, à medida que avançávamos na análise dos dados, foi desvelando uma complexidade inicialmente não percebida. Acreditamos que um aspecto que acabou indicando uma das funções mais relevantes do presente estudo é sua possível função de paradigma para a análise da situação de consumo de psicotrópicos, em territórios municipais. Os dados à disposição, sob a forma de unidades de fármacos dispensados, exigiram sua tradução em dados de análise propriamente ditos, embora tenhamos nos apoiado em procedimentos já elucidados em outros campos de pesquisa (farmacoepidemiologia). Temos notado a grande dificuldade dos trabalhadores do campo da Saúde Mental em fazerem a transformação de dados – consumo de psicofármacos dispensados, de pacientes diagnosticados, de número de internações psiquiátricas, número de equipamentos hospitalares e substitutivos ao hospital etc. – em dados que permitam análises e hipóteses capazes de permitirem avaliar e redirecionar suas práticas e os programas de atenção. Nesse sentido, pretendemos que o presente trabalho possa constituir uma contribuição prática relevante.

É bom esclarecer que não se pretende desconsiderar a utilidade dos psicofármacos, que, em muitos casos, chegam a desempenhar um papel importante no tratamento de certos pacientes. No entanto, não podemos deixar de constatar, com os dados que coletamos: a grande medicalização do sofrimento psíquico através da prescrição de psicofármacos.

Não se trata de desconhecer o avanço da ciência psicofarmacológica, mas de alertar sobre a promoção maciça e indiscriminada de drogas “psicoterapêuticas” como solução *a priori* e até única, em muitos casos, perante o sofrimento psíquico. Trata-se mais de chamar a atenção para outras formas de laço social, nas quais o espaço ético do acolhimento, da escuta, do tratamento pela fala, da implicação subjetiva do outro façam justiça à complexidade das relações que sustentam a todos os Homens, social e subjetivamente.

Finalmente, é necessário ressaltar que, à medida que se foi revelando a complexidade de nosso objeto e as exigências técnicas necessárias para levarmos nossos dados iniciais a uma configuração que permitisse uma reflexão ampla e aprofundada, fomos percebendo que nos encontrávamos diante de uma tarefa para um tempo maior do que aquele inicialmente previsto. Desse modo, chegamos ao final do percurso com algumas respostas e muitas

interrogações, algumas das quais consideramos indicativas da necessidade de sua continuidade e aprofundamento. Entretanto, pensamos que isso não minimiza a magnitude de nossos achados principais.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. et al. Saúde e Desenvolvimento. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: Uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida**: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed., 2.reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ANDREOLI, S. B., ALMEIDA FILHO, N., MAIL, J. J., MARTIM, D., MATEUS, M.D.M.L. Is psychiatric reforma strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 29, p. 43-46, 2007.
- BALTAZAR, M. L. Psicofármacos e Psicanálise, in: **Pulsional - Revista de Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2005.
- BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: contra os péssimos da razão, o otimismo da prática. Conferência no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BENIA, L. R. O uso de antidepressivos durante o tratamento analítico. In: **Pulsional - Revista de Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2005.
- BERMUDEZ, J.Z.; BONFIM, J. R.A. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999.
- BUCHER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BIRMAN, J. **A Psiquiatria como discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BIRMAN, J. **Mal estar na Atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma psiquiatria comunitária in: Amarante; P (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3.reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- BOARINI, M. L. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 2006.

BONFIM, J. R. A. A Mercadização de Produtos Farmacêuticos e a Inação Governamental no Brasil, in: BERMUDEZ, J. Z; BONFIM, J. R. A. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999, p. 223-236.

BRASIL, **Lei 8080, de setembro de 1990**.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Guia do Conselheiro**: Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental de 1990 a 2004**. 5.ed. ampl.

BUSS, P.M. Medicamentos na Reforma do Setor Saúde: Em busca da equidade na América Latina. In: BERMUDEZ, J. Z; BONFIM, J. R. A. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999, p. 15-20.

CARNEIRO, H. A Fabricação do Vício, LPH – **Revista de História**. Departamento de História/ICHS/U.F.O.P, Mariana, M.G., nº 12, p. 9-24, 2002.

CERQUEIRA, L. A Psiquiatria na Previdência Social. In: **Psiquiatria Social**: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

CLAVREUL, J. **A Ordem Médica**: Poder e Impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar, in AMARANTE. P (org.). **Ensaio de Loucura e Civilização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A. **A instituição de Saúde Mental como Dispositivo Social de Produção de Subjetividade**. UNESP/ Assis (mimeo), 2006.

COSTA-ROSA, A. **Modo Psicossocial, um novo paradigma nos tratamentos psíquicos**. São Paulo: Vertentes, 1999.

DERRIDA, J. **A Farmácia de Platão**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

ENGEL, M. G, **Os delírios da Razão**: médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SCOREL, S. **Saúde**: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma Sanitária**: Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995, p. 181-192.

FIALHO JÚNIOR, R. B. **Informações em Saúde e Epidemiologia**. Dissertação (Mestrado). Campinas, SP: [s.n.], 2004.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, M. **Eu sou um pirotécnico**. In: POL-DROIT, R. (org.) **Michel Foucault: Entrevistas**. São Paulo: Graal, 2006

GUARIDO, R. A Medicalização do Sofrimento Psíquico, **Educação e Pesquisa**. v.33, n °1., p. 151-161, jan/abr 2007.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.

IGNÁCIO, V. T. G. **O consumo dos psicofármacos na experiência do sujeito contemporâneo**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado), 2007.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JERUSALINSKY, A. Com uma boa dose de carbolítio e um bom ansiolítico você não sentirá aflição pela morte do seu pai. **Correio da APPOA**. Porto Alegre, nº. 90, maio, 2001.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W.S. et al. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615 a 634.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: Um estudo de demanda em Saúde Mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: jan/mar/1997, vol. 13, nº. 1.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In MILLER, J.-A. **Ornicar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LAURENT, E. **Versões da Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LEAL, E. G. Os limites do sofrimento, in: **Pulsional - Revista de Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2005.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEVI, Primo. **É isto um homem?** São Paulo: Rocco, 1988.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. GUIMARÃES, R.; TAVARES, R (orgs.) **Saúde e Sociedade no Brasil anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, set/out, 2004.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. 10.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, D.F.: UNESCO, 2005.

MORIN, E. **A Cabeça Bem Feita**: Repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NASCIMENTO, Á. C. **Ao persistirem os sintomas, o medico deverá ser consultado. Isto é regulação?** São Paulo: Sobravime, 2005.

NEGRI, B; VIANA, D'Ávila (Org). **O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

NOGUEIRA FILHO, D. M. Psicanálise e Medicação. In: **Pulsional - Revista de Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2005.

NUNES, E. D. **Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil**. Vol. 15, nº. 1. Rio de Janeiro: Phisis, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – CID-10/OMS. Tradução: Centro Colaboradores da OMS para a classificação de doenças em português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

PICCININI, W.J. **História da Psiquiatria**. PSYCHIATRY on line Brasil, 2000. Disponível em: <http://polbr.med.br/arquivos/wal1000.htm>. Acesso em: set. 2008.

PICCININI, W. J. **História da classificação psiquiátrica.** PSYCHIATRY on line Brasil. vol. 13, fev. 2008. Disponível em: <http://polbr.med.br/ano_06/wal1106.php>. Acesso em: 12 mar. 2008.

REIS-FILHO, É. **Psicanálise e Psicofármacos.** In: **Pulsional - Revista de Psicanálise.** São Paulo: Escuta, setembro/2005.

REY, F. G. (1999). **La investigación cualitativa em Psicologia:** rumbos y desafios. São Paulo: EDUC. 184p.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em estudo.** Vol 8. UEM, 2003.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ROSENFELD, S. Farmacêutico: profissional de Saúde e cidadão. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 13. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

ROUDINESCO, E. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SEBASTIÃO, E. C. O., PELÁ, I. R. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análises de receitas médicas ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Seguim Farmacoter,** 2(4) 250-266, 2004.

SIMÕES, M. J. S. Estudos de utilização de medicamentos. In: CASTRO, L. L. C. **Fundamentos da Farmacoepidemiologia.** Campo Grande: Grupuram, 2001.

SINGER, P. **Prevenir e Curar.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

SUPERA – **Sistema para detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

TESSER, C. D., CAMPOS, G. W. S., LUZ, M. T. **Resgatando as Idéias de Ivan Illich: Saúde, Cultura e Medicalização Social.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/aDSv1019>>. Acesso em: dez. 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VELÁSQUEZ, G. Impacto económico del uso racional de medicamentos. In: BERMUDEZ, J. Z.; BONFIM, J. R.A. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999, p. 29-34.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Revista Saúde em debate**, 2008 (no prelo).

YASUI, S. **A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação (Mestrado). UNESP, Assis, 1999.

YASUI, S. Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (org) **Saúde e Loucura I**. São Paulo: Hucitec, 1989, p.47-60.

YASUI, S. Estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R. et al. **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuição para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UER – Abrasco, 2007, p. 155-167.

World Health organization. **Improving access and use of psychotropic medicines** ISBN 92,4 154644-7 (NLM Classification: Qv 77 2). Disponível em: <http://www.who.int./index.html>.

World Health organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology – ATC/DDD. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd> Acesso em abr. 2008.

ANEXOS

Anexo 1

Relação de Medicamentos	
Nível I: Antipsicóticos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Haloperidol 2 mg/ml (0,2%) sol. oral; 2. Haloperidol 5 mg – comprimido (FURP); 3. Haloperidol – ampola (FURP); 4. Haloperidol Decanoato – ampola; 5. Clorpromazina 100 mg – comprimido (FURP); 6. Clopromazina 25 mg – comprimido (FURP); 7. Levomepromazina 4% sol. oral. 	Antiparkinsonianos <ol style="list-style-type: none"> 8. Prometazina 25 mg – comprimido; 9. Biperideno 2 mg – comprimido; 10. Biperideno 5mg/ml – ampola.
Antidepressivos: <ol style="list-style-type: none"> 11. Imipramina 25 mg – comprimido 12. Clomipramina 25 mg – comprimido 13. Fluoxetina 20 mg – comprimido 14. Amitriptilina 25 mg – comprimido 	Estabilizadores de Humor: <ol style="list-style-type: none"> 15. Carbamazepina 200 mg – comprimido (FURP); 16. Carbonato de Lítio 300mg - comprimido
Ansiolíticos e Hipnóticos: <ol style="list-style-type: none"> 17. Diazepan 10 mg – comprimido (FURP); 18. Nitrazepan 5 mg – comprimido. 	Vitaminas: <ol style="list-style-type: none"> 19. Tiamina 300 mg - comprimido
Nível II: Nível I mais a lista a seguir	
Antipsicóticos: <ol style="list-style-type: none"> 20. Tioridazina 100 mg – comprimido Estabilizador do Humor: <ol style="list-style-type: none"> 23. Ácido Valpróico 25mg – comprimido Ansiolítico e Hipnótico: <ol style="list-style-type: none"> 24. Clonazepan 2 mg – comprimido. 	Antidepressivos: <ol style="list-style-type: none"> 21. Nortriptilina 25 mg – comprimido; 22. Sertalina 50 mg – comprimido Inibidor Opiáceo: <ol style="list-style-type: none"> 25. Naltrexona 50 mg - comprimido
Programa de Alto Custo / M.S.	
Antipsicóticos Atípicos: <ol style="list-style-type: none"> Risperidona 1 mg e 2 mg – comprimido; Clozapina 25 mg e 100 mg – comprimido; Olanzapina 5 mg e 10 mg – comprimido; Quetiapina 25 mg, 100 mg e 200 mg – comprimido. 	

Anexo 2

Almoxarifado Mensal

COORDENADORIA: COORD. SAUDE INTERIOR

DRS: DRS IX - NAF ASSIS

MUNICIPIO:

Programa Saúde: DOSE CERTA COMPLEMENTAR2

Mês Referência: JUNHO / 2008

Status: ABERTO

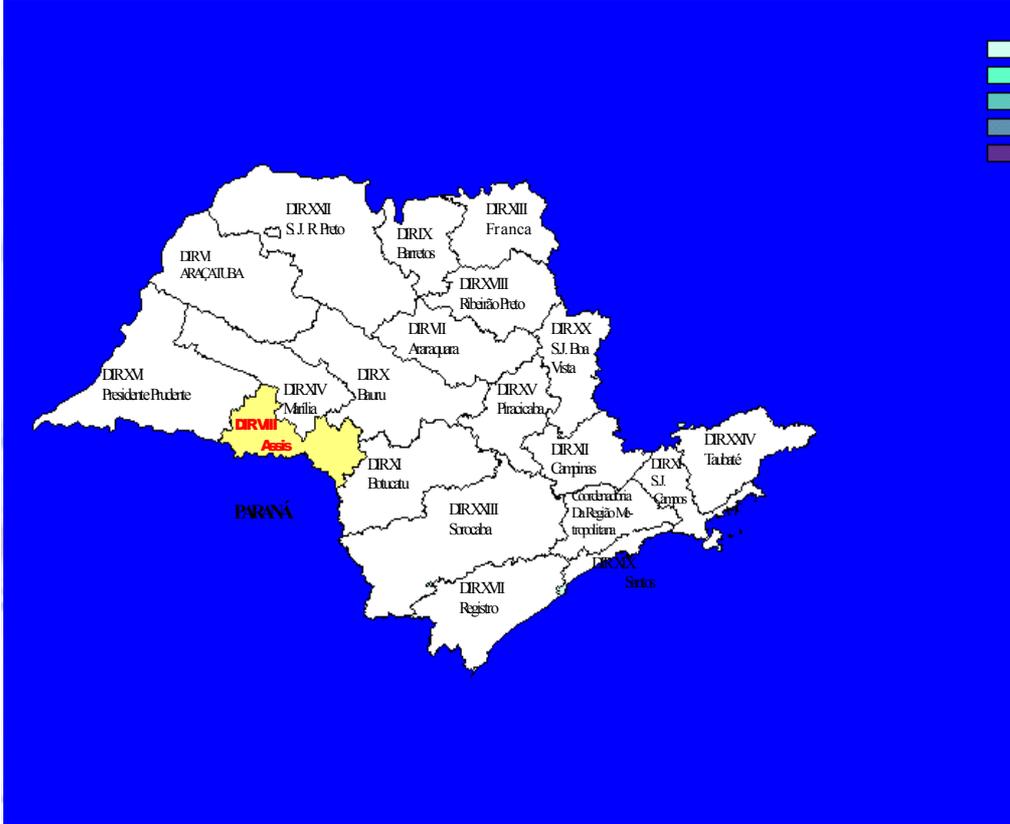
JUNHO / 2008

>>

Medicamento	Saldo anterior	Entrada	Saídas do mês			Justific.	Saldo atual
			Transf.	Inut/Venc	Ajuste		
ACIDO VALPROICO 250MG (CAPSULA) (307149)	0						
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG (COMPRIMIDO) (107468)	0						
BIPERIDENO 2 MG (COMPRIMIDO) (107930)	0						
BIPERIDENO 5MG/ML (AMPOLA) (107956)	0						
CARBAMAZEPINA 200MG (COMPRIMIDO) (108154)	0						
CARBONATO DE LITIO 300MG (COMPRIMIDO) (108170)	0						
CLOMIPRAMINA 25 MG (COMPRIMIDO) (1402102)	0						
CLONAZEPAN 2 MG (COMPRIMIDO) (107832)	0						
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG (COMPRIMIDO) (108944)	0						
CLORPROMAZINA 100MG (COMPRIMIDO) (108928)	0						
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG (CAPSULA) (223093)	0						
HALOPERIDOL DEC. 70,52MG/ML INJ. 1ML (AMPOLA) (110396)	0						
HALOPERIDOL 2 MG/ML SOL. ORAL (FRASCO) (158011)	0						
HALOPERIDOL 5MG (COMPRIMIDO) (110353)	0						
HALOPERIDOL 5MG/ML INJ. 1ML (AMPOLA) (110345)	0						
IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG (COMPRIMIDO) (108707)	0						
LEVOMEPRIMAZINA 4% SOL. ORAL (FRASCO) (158135)	0						
NALTREXONA 50 MG (COMPRIMIDO) (691461)	0						
NITRAZEPAN 5MG (COMPRIMIDO) (109029)	0						
NORTRIPTILINA 25 MG (CAPSULA) (1389017)	0						
PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG (COMPRIMIDO) (219665)	0						
SERTRALINA 50 MG (COMPRIMIDO) (564117)	0						
TIAMINA, CLORIDRATO 300MG (COMPRIMIDO) (495727)	0						
TIORIDAZINA 100 MG (DRAGEA) (183539)	0						

Confirmar esta Página de Itens

Anexo 3



Anexo 4

ÁREAS HOMOGÊNEAS – INDÍCE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL IPRS – 2000

1PP = Pedrinhas Paulista = 1 = 4%

1P = Tarumã, Palmital = 2 = 8%

2P = Chavantes = 1 = 4%

3P = Paraguaçu Pta, Maracaí, SCR Pardo, C. Mota = 4 = 16%

3PP = Cruzália, Borá, Lutécia, R. Sul, Óleo = 5 = 20%

3M= Assis e Ourinhos = 2 = 8%

4P = B. Campos = 1 = 4%

4PP = Canitar, E. Sto do Turvo, Florinea, Platina, Ibirarema = 5 = 20%

5P = Ipaussu = 1 = 4%

5PP = Salto Grande, S. Pedro do Turvo, Timburi = 3 = 12%

TOTAL = 25 = 100%

1 = Altos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade;

2 = Alto nível de riqueza, longevidade e escolaridade média;

3 = Baixo nível de riqueza, bons níveis de escolaridade e longevidade;

4 = Baixo desenvolvimento econômico e níveis intermediários de longevidade e escolaridade;

5 = Baixos níveis de riqueza municipal, longevidade e escolaridade;

PP = Até 10.000 habitantes;

P = De 10.000 a 50.000 habitantes;

M = De 50.000 a 100.000 habitantes;

G = Acima de 100.000 habitantes.

Anexo 5

40

ALMANACH PARISIENSE. — 1905



Asthma
—
Catarrhos
—
Insomnia

CIGARROS INDIOS, Cannabis Indica

De GRIMAULT e C^{ia}

A dificuldade em respirar, a roncadura, os flatos, a aspiração sibilante acabam quasi logo, produz-se uma expectoração abundantissima quasi sempre em pouco tempo, torna-se mais facil, a respiração, mais branda a tosse e um dormir reparatorio afasta todos os symptomas assustadores que se tinham manifestado.

Anexo 7**PROPAGANDAS DE PSICOFÁRMACOS DE ACORDO COM O NOME FANTASIA****Ansiolíticos:****Lexotan:**

“Equilíbrio Estabelecido, Atividade Preservada.”

“Os ideais de HARMONIA e EQUILÍBRIO estão presentes em diferentes culturas, em diferentes épocas, como uma necessidade da própria natureza humana.”

Tranxilene:

“A dose única da tranqüilidade.”

“Plena atividade sem ansiedade.”

Lorium:

“Tomou um ansiolítico e caiu no Rio.” [Em uma página, com a imagem de um desfile de escolas de samba, vem a seguinte inscrição: “Lorium. Ansiolítico para Pacientes Ativos.”]

Lorax:

“Um instrumento do médico para devolver a harmonia ao paciente.”

Olcadil:

“Mantém ativo o homem moderno”.

Antidepressivos:**Pamelor:**

“Dias Produtivos... Noites Repousantes e Pamelor.”

Pondera:

“Dá sentido à vida.”

Anafranmil:

“Olhando o mundo sem medo.”

Aurorix:

“A vida começa aos 300.” [dose inicial da medicação]

Psiquial:

“Acima de tudo qualidade de vida”

Hipericin:

“Uma luz para guiar seus pacientes.”

Daforin:

“De bem com a vida. De bem com Daforin.”

Tolrest:

“A alegria, da forma mais pura.”

Antipsicóticos:**Leponex:**

“De volta à vida.”

Risperdal:

“Dose diária de harmonia.”

Anticonvulsivantes:**Maliasin:**

“Controla as crises e reintegra melhor o epilético ao convívio social.”

Estabilizadores do humor:**Tegretol:**

“Equilibra e Reintegra.”

Fonte: Rodrigues, 2003

Anexo 8

Depoimento do Dr. SILVIO YASUI, relativo ao período em que ocupou a função de articulador de Saúde Mental da DIR VIII – Assis.

leda

Cheguei em Assis e assumi a articulação regional de saúde mental no segundo semestre de 1995 e fiquei até 1999. A DIR VIII (então recém-criada, a partir da fusão dos ERSAs de Assis e Ourinhos, em 1994), vivia um momento de transição de diretoria, a Carri estava saindo e entrava uma nova Diretora.

No âmbito estadual, consolidava-se na Secretaria de Estado da Saúde o Colegiado Estadual de Saúde Mental. Uma de minhas primeiras metas, ao assumir, foi re-organizar o Colegiado Regional de Saúde Mental que estava disperso e com reuniões irregulares. Estabeleci como estratégia uma solicitação formal da diretoria da DIR para que cada município indicasse um articulador de saúde mental para participar do Colegiado. Dessa forma, criamos uma interlocução municipal que poderia, pela proximidade com as questões de assistência, fomentar a criação de políticas municipais atuando junto ao secretário. Nas primeiras reuniões obtivemos uma expressiva participação. Não me lembro com exatidão, mas certamente, mais de 80% dos municípios haviam enviado um articulador.

Uma das primeiras questões que se colocou foi a necessidade de leitos para internação, pois, com a criação das Direções Regionais e das centrais de vagas houve uma regionalização dos leitos, ficando para Assis os leitos do Hospital Regional e do Hospital de Saúde Mental de Ourinhos. Como nos municípios não havia nenhuma estrutura de atenção extra-hospitalar e muito menos uma cultura de atenção psicossocial, articulei junto a DIR de Marília a oferta, em caráter emergencial, de alguns leitos para suprir essa demanda inicial. Contudo, pactuei que os municípios deveriam investir em

ações que visassem à redução da necessidade de internação através da criação de serviços ou da contratação de profissionais nos locais onde não houvesse.

A implantação de CAPS era ainda uma realidade distante da maioria dos municípios da região, que sequer tinham equipes ou profissionais de saúde mental.

A partir das reuniões do Colegiado Regional de Saúde Mental, pude, de um lado, disseminar as idéias, propostas e diretrizes da política nacional de saúde mental e, por outro, dar visibilidade em um contexto formal para as demandas e necessidades dos municípios da região. Durante algum tempo, colaborei assessorando os municípios nas questões sobre o planejamento e organização das ações de saúde mental.

Como resultado disso, vários municípios contrataram profissionais e elaboraram um mínimo de ações de saúde mental. E, a política de saúde mental começou a ser reconhecida pelos diferentes municípios.

Naquele ano de 1995 e 1996, nós organizamos um ciclo de debates “Assistência em Saúde Mental Pública: Contexto e Desafios”, promovido em parceria com a UNESP – Assis para fomentar a discussão sobre a política de saúde mental. Em 1998 realizamos dois Cursos sobre Planejamento e Organização em Saúde Mental para os municípios da DIR VIII. E foi o ano da “Oficina de Saúde Mental – A saúde mental que temos e a que queremos: olhar e a escuta”, promovido pela Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Saúde de São Paulo e que reuniu os articuladores municipais de saúde de todo o estado de São Paulo.

A imagem que tenho dessa época é a de um semeador.

Uma vez consolidada essa articulação, trabalhei no sentido de aumentar a complexidade das ações. Assessoriei na elaboração do Projeto para implantação de NAPS/CAPS aos municípios de Assis, Ourinhos e Paraguaçu Paulista, encaminhados ao Ministério da Saúde, em outubro de 1997. O município de Ourinhos não implantou, por conta de um atraso no envio dos recursos.

Em relação à assistência farmacêutica, já no ano de 1996 começou a implantação do Programa Estadual de Assistência farmacêutica, que continha também alguns medicamentos da saúde

mental. Programa que caminharia para a elaboração e implantação do Programa Dose Certa para Saúde Mental isso já em 1999. De qualquer forma, o que tivemos foi um maior acesso dos municípios a este tipo de medicação. Na perspectiva de seu trabalho, eu acho que este acesso, através dos diferentes programas, incentivou um certo abuso na prescrição.

Mas não se pode negar que, ao menos no período que fiquei como articulador de saúde mental, houve uma política de medicamentos que contemplava a saúde mental. Inicialmente de maneira tímida, através do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica, e de forma um pouco mais consistente com o Dose Certa. Por outro lado não devemos nos esquecer que o Ministério da Saúde também já desenvolvia seu programa, especialmente através dos medicamentos de alto custo. Foi na época que vários medicamentos foram incorporados àquela lista.

Acho que estes são alguns dos pontos mais importantes de minha passagem como articulador pela DIR. Repito o que escrevi acima, me sentia um semeador que no final colhia alguns frutos, poucos, mas acho que fiz uma certa diferença na saúde mental aqui da região.

Se quiser que eu detalhe mais, é só me pedir... podemos dizer que este é o início da entrevista

Abs

Silvio Yasui

Anexo 9

SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL EXISTENTES NOS MUNICÍPIOS DA DIR VIII – ASSIS EM 2006.

