

DANIELE DE ANDRADE FERRAZZA

A MEDICALIZAÇÃO DO SOCIAL
um estudo sobre a prescrição de psicofármacos
na rede pública de saúde

Assis
2009

DANIELE DE ANDRADE FERRAZZA

A MEDICALIZAÇÃO DO SOCIAL
um estudo sobre a prescrição de psicofármacos
na rede pública de saúde

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

Orientadora: Dra. Cristina Amélia Luzio

Assis
2009

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

Ferrazza, Daniele de Andrade
F381m A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de
psicofármacos na rede pública de saúde / Daniele de Andrade
Ferrazza. Assis, 2009
144 f. il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Cristina Amélia Luzio

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Psicotrópicos.
I. Título.

CDD 616.89

615.78

Dedicatória

Aos meus pais, Hildete e Antônio, que sempre me consideraram capaz de fazer coisas que sempre achei impossíveis. E à minha avó Maria, que aos 94 anos apresenta a sabedoria que ainda não encontrei nos livros.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Cristina Amélia Luzio, pela confiança em mim depositada, pela paciência e dedicação com que me orientou e pelo apoio compreensivo nas horas difíceis.

Ao professor Silvio Yasui, pelas contribuições como professor e membro de minha banca de qualificação.

À professora Maria Inês Assumpção Fernandes, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos mestres e amigos, que muito contribuíram para minha formação pessoal e intelectual, Justo, Soráia, Ana Maria, Mario Sérgio, Francisco, Sônia, Abílio e Heloísa.

Às amigas Mariele, Maria Elvira, Karina, Adrielli, Renata, Marina, e às companheiras de mestrado, Marli, Dani, Liège e Noemi, pelo afeto e acolhimento.

Ao Rapha, amigo dedicado, que contribuiu com sugestões e realizou, atenciosamente, a revisão final deste texto.

Ao meu irmão, Rodrigo, que me auxiliou tão cuidadosamente na construção do banco de dados e no tratamento desse material.

À minha família, em especial, aos meus pais pelo carinho e incentivo na realização deste trabalho.

Ao Lu, companheiro de todas as horas, pela contribuição intelectual, paciência e carinho nessa minha trajetória e, em especial, pelo olhar cuidadoso e atento a este trabalho.

À FAPESP, pelo suporte financeiro à realização dessa pesquisa.

RESUMO

Atualmente, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento será a administração de psicofármacos. Com o advento dos modernos psicofármacos e com a ênfase preventiva que assumiu o atendimento psiquiátrico após a II Guerra Mundial, a psiquiatria modificou suas práticas e deixou de ser um saber voltado exclusivamente ao tratamento da loucura para dedicar-se a medicar qualquer mal-estar cotidiano. Essa tendência tem-se ampliado de tal modo que é possível perceber a ocorrência de uma generalizada “medicalização do social”. Neste trabalho, desenvolvemos dois movimentos de pesquisa distintos para estudar o tema da medicalização social e da atual expansão da prescrição de psicofármacos. O primeiro desenvolve um enfoque histórico-social de contextualização geral do processo de medicalização do social. Nele procuramos percorrer a trajetória da constituição do saber e das práticas médico-psiquiátricas desde a fundação manicomial do alienismo até a atual ênfase psicofarmacológica da psiquiatria contemporânea. O segundo movimento busca aproximar-se da capilaridade do processo de medicalização por meio do desenvolvimento de um estudo exploratório amostral sobre a prescrição de psicofármacos no âmbito de um serviço de atendimento à saúde mental de uma pequena cidade do interior paulista. Nossa pesquisa mostra que todos aqueles que passaram pelo atendimento psiquiátrico receberam prescrição de psicofármacos e que não há qualquer sinal de alta nos tratamentos daquele serviço no qual seus usuários permanecem, indeterminadamente, sob medicação psicofarmacológica. Por fim, ainda que longe de cobrir toda a extensão da temática abordada, à guisa de conclusão apresentamos uma preocupação inquietante: a expansão do alcance de instituições de atendimento em saúde mental que reproduzam o modelo médico tradicional, como aquela de nosso estudo, poderá realizar as tendências tão pretéritas de expandir o atendimento psiquiátrico para amplos contingentes populacionais que, em nossos dias, significará a extensão da medicação psicofarmacológica para a população em geral. Nesse âmbito podemos pensar que até mesmo o direito universal à saúde, estabelecido no direito constitucional brasileiro, corre o risco, nos termos em que vem sendo praticado nos serviços públicos de saúde mental, de constituir-se numa forma de drogadição da população promovida por aparelhos de estado que, ao contrário de cumprir direitos constitucionais de cidadania, acabaria por colocar em risco a própria autonomia da população ao promover sua dependência a drogas distribuídas pelos serviços estatais de saúde pública.

Palavras-chave: Saúde Mental; medicalização; psicofármacos; Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

Currently, any sign of distress can be labeled as a pathology which treatment will be the administration of psychotropic drugs. With the advent of modern psychiatric drugs and with the preventive emphasis that psychiatric care assumed after World War II, psychiatry has changed its practices and no longer is a knowledge exclusively turned to madness but has been devoted itself to medicate any daily discomfort. This trend has been expanded in such way that is possible to notice the occurrence of a generalized "medicalization of society". In the present work we developed two distinct research movements to study the issue of medicalization and social expansion of the current psychotropic drugs ´prescription. The first develops a historical-social emphasis at the general process of contextualization in the social medicalization. For that, we sought to travel through knowledge´s constitution and medical-psychiatric practices going through the asylum alienisms foundation to the current emphasis on psychopharmacology of contemporary psychiatry. The second movement seeks to approximate itself to the capillarity of the medicalization process by developing an exploratory sample of psychotropic prescription in a mental health service care from a small town in São Paulo. Our research shows that everyone who went through psychiatric treatment received psychotropic prescription and there is no sign of leaving the treatment from that service care in which they remain indefinitely under psychopharmacological medication. Finally, although it is still far from covering the entire length of the selected theme, as a conclusion we present a disturbing concern: the expansion of mental health care institutions´ range that replicates the traditional medical model like the same of our study may hold old trends in order to expand psychiatric care to large population groups that in our days will mean the extension of psychopharmacological medication for the general population. In this context, we may think that even the universal right to health established in the Brazilian constitutional law, takes the chance in the terms that it has been practiced in public mental health, to constitute a manner to lead the population to an addiction promoted by the state apparatuses that, unlike fulfilling citizenship´s constitutional rights it would eventually endanger the population autonomy to promote their own dependence on drugs distributed by public health government services.

Keywords: Mental Health; medicalization; psychotropic, the Psychiatric Reform

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
PRIMEIRA PARTE - UMA REVISITA À HISTÓRIA CONSTITUTIVA DA PSIQUIATRIA E À CONSTRUÇÃO DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	14
Capítulo I: Sobre a origem do modelo médico-psiquiátrico, sobre sua ampliação para a tutela da saúde mental e sobre a atual reforma psiquiátrica.....	15
Das primeiras instituições de encarceramento ao alienismo	15
Da constituição da loucura biológica e do higienismo	18
Do desprestígio da instituição manicomial ao surgimento das primeiras reformas psiquiátricas	21
A expansão psiquiátrica marcada pelo desenvolvimento dos modernos psicofármacos	39
Capítulo II: Sobre o fenômeno da generalizada medicalização do sofrimento psíquico.....	42
O mal-estar na pós-modernidade.....	42
A medicalização do sofrimento psíquico e a generalizada prescrição de psicofármacos	43
O conluio entre indústria farmacêutica e medicina psiquiátrica	47
Capítulo III: Sobre a origem da psiquiatria no Brasil, sobre a expansão das práticas psiquiátricas, sobre a reforma psiquiátrica brasileira e a atenção psicossocial	52
Do encarceramento da loucura no Brasil à medicalização do hospício.....	52
O higienismo e a ampliação do alcance psiquiátrico	56
A implantação dos ambulatórios de saúde mental e a expansão das práticas psiquiátricas	59
A constituição do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil	64
As quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira e da construção de uma Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental	68

SEGUNDA PARTE - A TRAJETÓRIA DA PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO EMPÍRICO.....	73
1. Caracterização do local da pesquisa empírica.....	75
1.1. Características do município e o formato de sua rede de atendimento em saúde mental..	75
1.2. Sobre os antecedentes do atendimento em Saúde Mental no município e sobre o surgimento do ambulatório de saúde mental	76
1.3. Descrição do fluxograma de funcionamento do ambulatório e dos seus procedimentos de encaminhamento.....	77
2. Objetivos, parâmetros e procedimentos da pesquisa empírica realizada no ambulatório de saúde mental	82
2.1. Objetivos da pesquisa	82
2.2. O desenho geral da pesquisa empírica: o procedimento de coleta e o plano de análise dos dados.....	83
3. Apresentação dos dados.....	87
3.1. Elementos para um perfil da população de usuários do serviço	87
3.2. Apresentação de dados sobre a trajetória dos usuários no ambulatório	95
4. Discussão dos dados	106
4.1. Sobre o perfil da população atendida pelo ambulatório de saúde mental estudado	106
Sobre a incidência da prescrição de psicofármacos anterior à entrada dos usuários no ambulatório.....	108
Sobre medicação, gênero e faixa etária da população atendida pelo ambulatório	110
Sobre a relação entre a medicação, as queixas e os sintomas apresentados pelos usuários do serviço.....	112
4.2. Sobre a trajetória da medicalização em um ambulatório de saúde mental.....	115
Sobre o encaminhamento psiquiátrico determinado pelo atendimento de entrada do ambulatório.....	115
Sobre o tratamento dispensado aos usuários encaminhados à psiquiatria: as prescrições de psicofármacos.....	116
Sobre o tratamento dispensado aos usuários encaminhados à psiquiatria: as internações psiquiátricas... ..	123
Sobre a ausência de diagnósticos psiquiátricos àqueles submetidos à medicação psicofarmacológica... ..	126
Sobre a evolução dos casos dos usuários encaminhados à psiquiatria	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
ANEXO A	143

APRESENTAÇÃO

Atualmente, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento será a administração de psicofármacos. Esta tendência tem-se ampliado de tal modo que, conforme Birman (2000), pode-se dizer que está ocorrendo uma generalizada “medicalização do social”.

O fenômeno da medicalização pode ser compreendido, conforme a tradição inspirada em Illich, como um processo de apropriação por parte da medicina de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica. Consiste na idéia de tornar médico aquilo que é da ordem do econômico, do político, do cultural e do social (AMARANTE, 2007). Para Illich (1975), o processo de expansão da medicina científica na intervenção dos comportamentos e modos de vida dos homens promoveu o desenvolvimento e a ampliação daquilo que denominou *iatrogênese*, com seus aspectos clínicos, sociais e culturais.

A partir de outro ponto de vista, mas no mesmo sentido crítico, os olhares de inspiração foucaultiana observam o processo de medicalização como uma forma da medicina, através da utilização de um conjunto de tecnologias e estratégias, governar o modo de vida dos homens num processo de disciplinamento dos corpos e de controle populacional biopolítico. (IGNÁCIO E NARDI, 2007).

Sobre esse processo de medicalização, Hora (2006), a partir dos estudos e concepções de Madel Luz (2004), elaborou um verbete para o glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil” (HISTEDBR), onde o termo medicalização é assim apresentado:

medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à idéia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social.

Com esses referenciais, a noção de medicalização, que nos remete a um fenômeno complexo, polêmico e multifacetado, atravessa todo este estudo sobre a banalização da prescrição de psicofármacos.

Nessa perspectiva, o presente trabalho discutirá, como particularidade do processo de medicalização, o fato de os psicofármacos estarem constituindo-se, na atualidade, com uma

inquietante tendência ao absoluto, como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar das pessoas, sejam eles a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança, ou mesmo a ausência de felicidade. Amarante (2007), um dos principais críticos dessa tendência, sugere as expressões “farmacologização” ou “medicamentação” para nomear esse processo.

No âmbito exploratório deste estudo, na tentativa de analisar esse processo de medicalização e, dentro dele, o de banalização do uso de psicofármacos, definimos dois movimentos de pesquisa distintos, mas complementares, pelos quais buscamos dar forma ao objetivo exploratório do tema da medicalização social e da atual expansão da prescrição de psicofármacos. O primeiro movimento desenvolve um enfoque histórico-social do tema e procura fazer uma contextualização geral do objeto de estudo no âmbito da complexidade de seus múltiplos determinantes. O segundo busca aproximar-se da capilaridade do processo de medicalização, desenvolvendo um estudo empírico amostral da prescrição de psicofármacos no âmbito de um serviço de atendimento à saúde mental de uma pequena cidade do interior paulista.

Neste primeiro movimento de nossa pesquisa, apoiados por um enfoque histórico-social e de contextualização do objeto de estudo na complexidade de seus múltiplos determinantes, procuramos percorrer, na bibliografia especializada, a trajetória da constituição do saber e das práticas médico-psiquiátricas desde a fundação manicomial do alienismo, na passagem dos séculos XVIII para o XIX, até a atual ênfase psicofarmacológica da psiquiatria contemporânea.

Neste trajeto, buscamos situar a origem dessa ênfase no organicismo moreliano da segunda metade do século XIX, que compreendemos como a noção fundamental para o desenvolvimento do higienismo. Posteriormente, abordamos os primeiros movimentos de Reformas Psiquiátricas, que surgiram na segunda metade do século XX, cujas críticas ao modelo asilar e às práticas tirânicas da psiquiatria, dentre elas a própria internação asilar, se apresentaram de diferentes formas e legaram diferentes elementos para às práticas reformadoras da atenção em Saúde Mental. Procuramos, em especial, estudar os vínculos dessas experiências de reforma que proporcionaram a construção do alcance populacional do atendimento psiquiátrico da atualidade e influenciaram marcadamente a organização de alguns serviços de saúde no Brasil. Nesta trajetória, procuramos estudar o desenvolvimento dos modernos psicofármacos em seu aparecimento, na década de 50, paralelo aos primeiros

movimentos das reformas psiquiátricas, quando ainda representavam um papel secundário nas práticas médico-psiquiátricas que continuaram centradas nas internações hospitalares.

Posteriormente, passamos a estudar a expansão da prescrição de psicofármacos que se desenvolveu a partir da década de 80. Abordamos essa banalização da prescrição de psicofármacos no âmbito das características da subjetividade no contemporâneo e das relações de mercado entre a produção farmacêutica e a prescrição de medicamentos.

Procuramos, também, estudar os desdobramentos desse processo de medicalização e dessas experiências de reformas psiquiátricas no Brasil. Primeiramente, abordamos a história do encarceramento da loucura no Brasil e como o hospício, que antes passava ao largo do domínio médico, passa a ser um espaço totalmente medicalizado. Traçamos algumas considerações sobre o higienismo brasileiro e suas propostas de extensão das práticas psiquiátricas para um maior número de pessoas. Desenvolvemos um tópico especial sobre a implantação dos ambulatórios de saúde mental no Brasil, instituição de atendimento em saúde atinente à nossa pesquisa empírica que, influenciada pela psiquiatria preventiva norte-americana, iria promover a expansão de intervenções psiquiátricas a amplos contingentes populacionais. Finalmente, estudamos o surgimento e a consolidação do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e seus desdobramentos na construção de caminhos para uma Atenção Psicossocial que, no âmbito da Saúde Mental, tem-se apresentado como principal contraposição ao modelo médico psiquiátrico tradicional.

No segundo movimento, a partir dessas considerações sobre a constituição do fenômeno da medicalização em um âmbito geral, procuramos nos aproximar das capilaridades desse processo apresentando um estudo empírico-exploratório sobre a expansão da prescrição de psicofármacos em uma unidade da rede pública de saúde do estado de São Paulo. Para isso investigamos, através do estudo de prontuários, a trajetória percorrida pela população de usuários de um ambulatório de saúde mental da recepção de entrada à prescrição de psicofármacos realizada na consulta psiquiátrica. Os objetivos e os procedimentos metodológicos dessa pesquisa empírica estão apresentados na parte que precede a apresentação dos dados.

A apresentação dos dados tem o formato de uma descrição da distribuição percentual dos diversos registros e procedimentos, constantes dos prontuários, relacionados à prescrição de psicofármacos. Na discussão dos resultados obtidos, apesar de trabalharmos com alguns

aspectos sobre o perfil da população assistida por aquele ambulatório, enfatizamos principalmente os aspectos relacionados à trajetória da prescrição de psicofármacos a partir de um ponto de vista crítico em relação ao modelo médico tradicional.

Na realização dessa pesquisa, não houve a pretensão de discutir a adequação de diagnóstico ou particularidades técnicas da terapêutica medicamentosa, o que estaria totalmente fora de nossos objetivos e condições técnico-científicas. Muito diferente disso, o objeto de estudo desta pesquisa vincula-se ao próprio processo de medicalizar, neologismo de significado distinto de medicar e aqui compreendido como fazer de algo ou alguém um objeto do saber, da prática, ou da tutela médica, como entendemos ser o caso no crescente processo de prescrição de psicofármacos.

Por fim, traçamos algumas considerações finais sobre o estudo realizado, ainda que conscientes das dificuldades de abarcarmos toda a complexidade referente ao processo de medicalização do social e de sua tendência atual de banalização da prescrição de psicofármacos.

PRIMEIRA PARTE

UMA REVISITA À HISTÓRIA CONSTITUTIVA DA PSIQUIATRIA E À CONSTRUÇÃO DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Morri de uma pneumonia; mas se lhe disser que foi menos a pneumonia, do que uma idéia grandiosa e útil, a causa da minha morte, é possível que o leitor me não creia, e todavia é verdade. Vou expor-lhe sumariamente o caso. Julgue-o por si mesmo. Com efeito, um dia de manhã, estando a passear na chácara, pendurou-se-me uma idéia no trapézio que eu tinha no cérebro. Essa idéia era nada menos que a invenção de um medicamento sublime, um emplastro anti-hipocondríaco, destinado a aliviar a nossa melancólica humanidade. Todavia, não neguei aos amigos as vantagens pecuniárias que deviam resultar da distribuição de um produto de tamanhos e tão profundos efeitos. Agora, porém, que estou cá do outro lado da vida, posso confessar tudo: para que negá-lo? Eu tinha a paixão do ruído, do cartaz do foguete de lágrimas. Talvez os modestos me argúam esse defeito; fio, porém, que esse talento me hão de reconhecer os hábeis. Assim a minha idéia trazia duas faces, como as medalhas, uma virada para o público, outra para mim. De um lado, filantropia e lucro, de outro lado, sede de nomeada. Digamos: amor da glória.

Memórias póstumas de Brás Cubas,
de Machado de Assis

CAPÍTULO I

SOBRE A ORIGEM DO MODELO MÉDICO-PSIQUIÁTRICO, SOBRE SUA AMPLIAÇÃO PARA A TUTELA DA SAÚDE MENTAL E SOBRE A ATUAL REFORMA PSIQUIÁTRICA

Se não houvesse médicos, nunca haveria doentes, nem esqueletos de mortos, doentes para serem esfolados e retalhados; pois a sociedade não começou com os doentes, mas sim com os médicos.

Loucura e magia negra,
de Antonin Artaud

Das primeiras instituições de encarceramento ao alienismo

Na história ocidental, a loucura já teve representações muito diversas das atuais. Foucault (1972), em *História da loucura na idade clássica*, expõe que a loucura, antes do século XVIII, circulava mais livremente entre os homens e encontrava expressão em variados meios: na iconografia, como na *Nave dos Loucos*, de Bosch; nas obras filosóficas, como no *Elogio da Loucura*, de Erasmo de Roterdã; na literatura, como em *Dom Quixote*, de Miguel de Cervantes e no teatro, como nos espetáculos de Shakespeare. Até então, a loucura circulava, fazia parte do cenário, da linguagem comum e da experiência cotidiana.

Entretanto, já em meados do século XVII, conforme Foucault (1991, p.78), aparecem evidências de que “o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão e do silêncio”.

Esse golpe de força, no entanto, não atinge somente a loucura. Sua marca está no surgimento de grandes estabelecimentos de internação que, a partir do século XVII, se espalham por toda a Europa. São trancados os loucos, mas também os mendigos, ladrões, órfãos, aleijados, portadores de doenças venéreas, rebeldes, incapacitados e inconvenientes de todo o tipo. É a época da grande internação dos pobres que acompanhará, na Europa, o cercamento das terras comuns e a expulsão das suas populações de origem. Na França, esses internatos de pobres se chamarão Hospitais Gerais, mas nada tinham a ver com a medicina ou com qualquer tipo de prática ou saber médico (FOUCAULT, 1972). Na Inglaterra, funções

semelhantes eram desenvolvidas pelas *Work houses* paroquiais, na Holanda pelas *Rasp haus* e na Itália por instituições denominadas *Hospícios*.

O caráter dessas instituições, onde também a loucura era contida, compreendia uma mistura de punição, assistência, trabalhos forçados e exclusão características do grande movimento de internação dos pobres que, fruto do cercamento das terras comuns e da dissolução das formas costumeiras de subsistência da “velha ordem” (feudal), espalhou-se pela Europa até pelo menos, o final do século XVIII. É nessas instituições que se fará o recorte criador das instituições características da contemporaneidade disciplinar, como o penitenciário, as escolas correcionais e, entre outros, o asilo de alienados que fundará a submissão manicomial da loucura e sua apropriação pelo poder médico.

É em Bicêtre, uma típica instituição de aprisionamento de pobres de todo tipo, que a história moderna da Saúde Mental vai encontrar o ato fundador de Pinel que, em 1793, rompe a corrente dos loucos, instaurando o que Birman (1978) denominou de primeira revolução psiquiátrica. Ilustrar os princípios do alienismo através da obra de Pinel não significa lhe dar todo o mérito da ‘revolução’, pois personalidades como Tuke, na Inglaterra, e Chiarugi, na Itália, já promoviam em seus países reformas no mesmo sentido. Pinel não construiu sua obra em um “vazio terapêutico”, visto que, à época, já existiam diversos tratados médicos que discursavam sobre a loucura. Contudo, foi somente com sua obra, o *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*, que se estabeleceram as três dimensões técnicas do alienismo: o ordenamento do espaço institucional, a classificação das doenças mentais e a imposição “terapêutica” da relação de poder entre médicos e alienados (CASTEL, 1978).

A loucura, que para o homem medieval tinha significações demoníacas, sagradas e mágicas, foi apropriada pela medicina e transformada em objeto do saber médico. Nesse estabelecimento do novo *status* da loucura, o louco, doravante objeto da medicina, será submetido a uma terapêutica específica de tratamento moral, forjada por uma medicina especial. Uma medicina que, ao se apropriar da loucura, engendrará um discurso próprio para classificá-la e tratá-la. O surgimento dessa medicina, com características especiais tinha muito pouco em comum com a medicina geral que se desenvolvia na época. Essa medicina especial, o chamado alienismo e seu tratamento moral, não pretendiam ainda, naqueles tempos de origem, encontrar a sede orgânica da loucura. Sua atenção se atinha mais a uma fenomenologia de sintomas e sua terapêutica era fundamentalmente disciplinar.

Na concepção de Pinel, a alienação mental caracterizava-se como um distúrbio no controle das paixões, ou seja, uma falha ou uma fraqueza nos controles racionais que

permitiria um extravasamento das paixões, o que resultaria na inadequação moral e social do alienado, sinal evidente de sua doença. Para curar esse mal, conforme as concepções alienistas da época, herdeiras das tradições de internamento que haviam se espalhado pela Europa, era necessário que os alienados fossem tratados sob rígido encerramento asilar, isolados do mundo exterior no qual se alienara. Só assim seriam possíveis a observação apurada do enfermo, o exercício de um poder total sobre ele e a organização de um ambiente disciplinado, hierárquico e suficientemente ordenado para recolocar a ordem naquele alienado que a perdera. Fundamentalmente, o isolamento, para os alienistas, seria o próprio centro do tratamento moral. Isso porque as causas da alienação estavam presentes no meio social. Assim, nada melhor do que retirá-los desse meio, utilizando-se das técnicas de exclusão e clausura que a sociedade de então desenvolvia, de sobejo, nos exercícios asilares, hospitalares, fabris, correccionais e penitenciários. Criava-se então, o manicômio.

Nas práticas de tratamento moral visava-se resgatar as mentes desregradas com o intuito de o louco reencontrar o domínio racional de suas paixões. Reeducação moralmente a mente alienada, para que se recuperasse e reconstituísse sua moral, era algo muito mais próximo de uma pedagogia de internato que de uma medicina que, à época, encontrava pouca utilidade para seus purgativos, vomitórios e sangrias no tratamento daquela loucura que insistia ser de sua alçada. Mas, ainda assim, a medicina alienista da época já possuía aquela característica que jamais deixaria de ser marcante na medicina mental, que é a idéia de que só pela mão firme e absoluta do médico, o louco poderia recuperar a liberdade e o juízo um dia perdidos por seu descontrole.

O tratamento proposto pelos alienistas, baseado na ordem e na disciplina, mantinha íntimas relações com a nova ordem social que seria característica daquele século XIX que se iniciava. Naquela época de moralização dos pobres e desregradados, a terapêutica só teria êxito se pudesse introjetar normas para o controle eficiente dos alienados. Para tanto, conforme Foucault (1991, p. 82), o louco era submetido

a um controle social e moral ininterrupto; a cura significará reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar. Utilizar-se-ão para consegui-lo meios tais como as ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, em resumo, tudo o que poderá ao mesmo tempo infantilizar e culpabilizar o louco.

Essa medicina especial inaugurada por Pinel, de caráter tão disciplinar e tão pouco médico, obteve bem mais que o desenvolvimento de práticas e técnicas tutelares da loucura. Nascida e exercitada na intervenção em grandes instituições de controle social, logo obteria

reconhecimento para intervir em questões sociais para bem além dos muros manicomiais. A medicina psiquiátrica tornava-se um poder que colocava ao alcance do seu diagnóstico e terapêutica um número crescente de pessoas e se pode perceber nisso, claramente, uma característica de gerenciamento da vida humana. Ampliava seu alcance de tal forma que levava sua medicina especial para o ajuizamento de questões da vida social, constituindo o início da psiquiatrização do social que observamos na atualidade. Nas palavras de Birman:

A medicina mental, através de sua trama conceitual, procurará encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações. Há uma evidente ofensiva da Psiquiatria no sentido de fundamentar um conjunto de práticas sociais e morais, de invadir regiões estabelecidas pela Cultura e pela tradição histórica. (...) Movimento de patologização do espaço social, que é apenas um aspecto de um movimento mais amplo que então se passava, de medicalização da sociedade. (BIRMAN, 1978, p.8)

Da constituição da loucura biológica e do higienismo

Esse processo de medicalização terá seu ponto crucial na segunda metade do século XIX ,com a introdução da teoria da degenerescência desenvolvida por Bénédict Augustin Morel. Diferentemente dos alienistas, que se baseavam na descrição dos sintomas da alienação mental, Morel enfatizará, pela primeira vez, a existência de um fator causal orgânico na origem da loucura. Dessa forma, Morel inauguraria, com sua noção de degenerescência, o organicismo em Saúde Mental. O tratamento da alienação mental, que antes era compreendido por uma medicina especial, agora poderá ser objeto de uma medicina geral. Essa operação conceitual, que parece trazer a obscuridade da loucura para mais perto da possível objetividade do organicismo médico, pode parecer um resultado do avanço do espírito científico do século XIX. Entretanto, bem ao contrário disso, a concepção de degenerescência de Morel era pautada em idéias medievais de pecado original, conforme expõe Rocha (2004, p. 35):

a profunda religiosidade de Morel fora buscar apoio na medieval teoria da queda, que encontrava no pecado original o fundamento do afastamento do homem da perfeição de seu criador. Portanto, é uma noção medieval de pecado que esta na base do conceito de degeneração sob o qual se fundará o avanço médico sobre a saúde mental das populações.

O organicismo de Morel, nessa compreensão, fundava-se numa profissão de fé de extrema gravidade. O suposto degenerado levaria seu mal, hereditário e incurável, a toda sua descendência, constituindo uma linhagem de degenerados que estariam fadados à extinção:

As degenerescências são desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, transmitidas hereditariamente. Elas podem ter diversas causas e o plano do *Traité des dégérescences* de Morel se ordena em função dessa diversidade: intoxicações diversas, influências do meio social ou da hereditariedade, doenças adquiridas ou congênitas... Mas, uma vez que a doença se instala, ela segue seu curso e se transmite aos descendentes até a extinção da linhagem. (CASTEL, 1978, p. 232)

Morel aspirava aplicar métodos profiláticos em toda a sociedade com a função de combater as causas dos desvios doentios e, posteriormente, de readaptar os degenerados ao seu meio, mas não sem antes “armá-los contra eles mesmos”. Nas palavras do próprio Morel, a prevenção da doença mental era compreendida como uma “modificação das condições intelectuais, físicas e morais daquele que, por razões diversas, foram separados dos outros homens; deve, antes de devolvê-los ao meio social, armá-los, por assim dizer, contra eles mesmos, a fim de atenuar o número de reincidências” (CASTEL, 1978, p.262).

Essa teoria, marcada fundamentalmente pelo preconceito, será a base de uma extraordinária expansão do tratamento moral para além dos muros do hospício. Disposta a estender, com sua chamada profilaxia ativa, a ordem manicomial às concentrações de pobreza que a nascente sociedade industrial produzia nas cidades, a proposta moreliana de expandir ‘cuidados preventivos’ para toda a sociedade visava, nas palavras de Morel, “combater as causas das doenças e a prevenir seus efeitos” (CASTEL, 1978, p. 262). Ditas nos anos 50 do século XIX, essas palavras de Morel caberiam perfeitamente num manual moderno de psiquiatria preventiva, como o de Caplan (1980), que na década de 60 do século XX seria conhecido como o fundador da chamada psiquiatria preventiva. A disposição preventiva já estava plantada pela proposta moreliana que, conforme Castel, vinculava-se a uma evidente preocupação de gestão das populações pobres:

Mas apesar da sociedade inteira estar no horizonte de uma intervenção preventiva, são evidentemente seus pontos fracos os focos de desordem e de miséria, que serão prioritariamente visados. É sobretudo para uma ‘moralização das massas’ que a medicina mental deve contribuir, ajudando no encargo dessas ‘classes declinantes que mal entrevêm o movimento ascendente das classes superiores e que não podem atingi-lo se forem abandonadas às suas próprias forças’. (CASTEL, 1978, p. 262)

A teoria proposta por Morel constituirá um novo discurso sobre a doença mental. O organicismo se estabelecerá como o mote inarredável da tutela psiquiátrica sobre a loucura. E a noção de degenerescência será central na disposição higienista da época.

Será ainda com base na noção de degenerescência que Magnan, no último quarto do século XIX, cunhará o conceito de ‘predisposição’, que ampliará em muito o alcance social

do discurso psiquiátrico como um dos principais fundamentos do higienismo. É nesse período que a teoria da degenerescência e seus desdobramentos alcançarão seu maior prestígio. Mesmo quando a psiquiatria passar pela reorganização kraepeliniana da passagem ao século XX é necessário reconhecer, conforme Amarante (2008), seu papel de fundamento da nova organização sistêmica que a psiquiatria alemã espalhará pelo mundo: “Se é verdade que este prestígio encontra limites com o surgimento da noção de unidades nosológicas de Kraepelin, que passa a se opor ao conceito de degeneração, é também verdade que a teoria de Morel está na base da condição de possibilidade epistêmica do sistema de Kraepelin.” (AMARANTE, 2008, p. 57)

Emil Kraepelin (1855-1926) dotará a psiquiatria de um sistema de classificação que dispõe a doença mental em unidades nosológicas. E aqueles pressupostos morelianos fundadores da medicina mental já estarão, tanto quanto hoje, solidamente instalados como própria condição de ser da psiquiatria, ainda que nunca possam abandonar a condição de suposição. Nas palavras de Kraepelin, “a suposição é de que os distúrbios mentais são hereditários, constitucionais ou, de alguma outra forma, ‘organicamente’ determinados” (TALBOTT et al., 1992).

Kraepelin constituirá descrições detalhadas de sintomas, construirá uma sistemática classificatória de doenças mentais que combinará “a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos, etc.” (AMARANTE, 2008, p.58). Isso terá grande importância na estruturação interna da psiquiatria como disciplina médica e proporcionará a extensão das práticas médico-psiquiátricas para um número cada vez maior de pessoas, mas não arranhará as intervenções manicomiais.

Posteriormente, segundo Alexander (1971), a psiquiatria sofreria um “impacto” promovido pela psicanálise, o que faria com que se desenvolvesse uma nova tendência na área, a psiquiatria dinâmica. Conforme Ey (1969, p. 60), adepto desse ponto de vista, “as descobertas fundamentais da estrutura do inconsciente e de seu papel patogênico por Sigmund Freud revolucionaram a clássica psiquiatria kraepeliniana”. Mas, a par do prestígio do pensamento freudiano, talvez a própria falta de perspectivas terapêuticas da psiquiatria de então tenha se constituído numa contribuição de maior peso para aproximar muitos profissionais da psicanálise. De qualquer forma, ainda que a chamada psiquiatria dinâmica se exercitasse muito mais no conforto dos consultórios, a incompatibilidade entre suas concepções humanísticas e as práticas manicomiais provocava uma inevitável perplexidade e

realizava certa sementeira. Mas, naturalmente, a vertente hegemônica da psiquiatria manteria distância da influência da psicanálise e continuaria desenvolvendo o legado kraepeliano e a herança manicomial.

Após a Segunda Guerra Mundial surgem as primeiras experiências de reformas psiquiátricas nos países da Europa e nos EUA. Nesse cenário de pós-guerra, por reconhecer-se uma condição muito semelhante a dos campos de concentração, contingentes importantes da opinião pública democrática começaram a se sensibilizar com a condição vivida pelos internos em manicômios. Segundo Boarini (2006), esse clima de sensibilidade social e política teria sido decisivamente coadjuvado pela ausência de resultados positivos da terapêutica manicomial e, principalmente, pelos altos custos inerentes à sua estrutura hospitalar. De qualquer forma, é certo que foi no sopro do espanto deixado pela ascensão e queda do nazismo que começaram a aparecer as práticas e teorias de questionamento da internação psiquiátrica, que abririam espaço para as primeiras reformas nesse campo. A essa altura se abrem várias experiências de Reformas Psiquiátricas.

Do desprestígio da instituição manicomial ao surgimento das primeiras reformas psiquiátricas

O principal aspecto das primeiras experiências chamadas de Reformas Psiquiátricas era o de problematizar o papel da instituição manicomial. Enquanto algumas dessas experiências propunham a transformação das práticas psiquiátricas ainda circunscritas ao âmbito manicomial, outras contestavam a própria existência do manicômio e as características do saber médico psiquiátrico.

Neste capítulo, ainda que de forma breve, pretendemos abordar o surgimento dessas novas práticas psiquiátricas com o intuito de delimitar algumas diferenças entre as abordagens que se dedicaram a problematizar e/ou criticar o papel do dispositivo manicomial. Também pretendemos explorar as relações das psiquiatrias reformadas com a expansão do tratamento psiquiátrico e com o tema da atual tendência da medicalização da população. Conforme Amarante (2009, p. 49), deve-se atentar para o fato de que

as experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil se encontram relacionadas e, ao mesmo tempo, marcadas por singularidades, merecendo, portanto, leituras particulares. Tal particularidade não exclui a possibilidade de marcos históricos comuns- como, por exemplo – as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da II Guerra Mundial.

Nessa perspectiva, esta apresentação não seguirá um enfoque cronológico. Ela está organizada conforme a contextualização estabelecida por Amarante (2007) e caminha pela seguinte ordenação: primeiramente, aborda a Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica, experiências que se caracterizaram por profundas transformações nas relações de todos os atores da cena manicomial que, entretanto, mantêm suas propostas de transformações ainda restritas ao âmbito hospitalar; posteriormente, exploraremos os aspectos da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva, movimentos que visavam superar as reformas circunscritas ao âmbito asilar e propunham um conjunto de serviços comunitários para o tratamento da doença mental; finalmente, examinaremos as propostas da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana, dois grupos nos quais a palavra reforma parece inadequada, pois ambos criticavam severamente as práticas e as instituições relacionadas ao modelo médico-psiquiátrico.

Pretendemos abordar, também, como essas reformas se relacionaram de diferentes maneiras com a questão da prescrição dos modernos psicofármacos, medicamentos que surgiram na mesma época dessas experiências, dado ao fato de que algumas dessas reformas psiquiátricas deram “(...) primazia ao modo medicamentoso de intervenção, outras associaram os psicofármacos com as psicoterapias, e outras ainda, como a antipsiquiatria, recusaram o uso dos psicofármacos”. (LAMB, 2008, p. 27).

- Sobre a Psicoterapia Institucional e suas propostas de modificações do equipamento manicomial

Em 1940, François Tosquelles, um jovem catalão combatente do governo ditatorial do General Franco na Espanha, refugia-se na França para trabalhar no hospital psiquiátrico de *Saint-Alban*. Nesse período extremamente crítico da Segunda Guerra Mundial, em que a França era ocupada pela Alemanha nazista, Tosquelles deu início a uma série de transformações nesse hospital psiquiátrico, inaugurando uma nova experiência que daria origem a denominada Psicoterapia Institucional. Os primeiros anos de reformas seriam marcados pela resistência ao nazismo e pela melhoria das condições de vida dos doentes ali internados, o que logo transformaria *Saint-Alban* num local de encontro de outros refugiados e de membros da resistência francesa, de militantes marxistas, de artistas surrealistas e de intelectuais freudianos que viriam a elaborar um novo movimento de transformação das práticas psiquiátricas na França. Conforme Amarante (2009, p. 32), “Saint-Alban passa a ser

o palco privilegiado de denúncias e lutas contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria.”

O principal objetivo da Psicoterapia Institucional era o de resgatar a função terapêutica do hospital psiquiátrico, perdida na dimensão do autoritarismo asilar à qual estavam relegados. Na visão de Tosquelles, era necessário transformar a instituição manicomial num instrumento de cura, tal como desejara, em 1822, Esquirol, uma das figuras fundamentais do alienismo francês, para o qual “uma casa de alienados é um instrumento de cura nas mãos de um médico hábil; é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais” (FLEMING, 1976, p. 43).

Ao comentar o objetivo desse movimento francês de restituir ao hospital psiquiátrico sua função de tratamento, Amarante (2009) aponta que Tosquelles acreditava em um hospital eficiente e dedicado à terapêutica para a cura das doenças mentais e que “em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviara-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão”. (IDEM, p. 32). Para que a instituição hospitalar deixasse de ser aquele espaço de descaso e opressão no qual se tornara e pudesse retomar suas originais funções terapêuticas, Tosquelles considerava necessário expandir a intervenção terapêutica para todos os espaços da instituição. Para esse reformador o hospital apresentava, ele próprio, características doentias que deveriam ser constantemente examinadas e também submetidas a tratamento.

A psicoterapia institucional alimentava-se das idéias de questionamento das práticas psiquiátricas de caráter segregador, das críticas a função autoritária do médico e da condenação às relações de hierarquia e verticalidade que constituíam o espaço institucional. Os adeptos desse movimento de reforma apontavam para a necessidade de questionar as funções tradicionais do médico, consideradas impeditivas do estabelecimento de autênticas relações terapêuticas, dada à posição hierarquicamente superior e absolutista ocupada por aquele profissional.

A bem sucedida experiência de *Saint-Alban* levaria à expansão da psicoterapia institucional a outros hospitais franceses. Com seu desenvolvimento e com a expansão da psicanálise no pós-guerra, a Psicoterapia Institucional passaria a constituir-se em um

movimento de “tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise”¹ (FLEMING, 1976, p.45), experiência que, conforme Castel (1987), iniciara-se na clínica de La Borde, instituição modelo da psicoterapia institucional, fundada por Jean Oury e Félix Guattari em 1953 (CASTEL, 1987). Nessa clínica eram desenvolvidas diversas atividades (ateliês, grupos terapêuticos, atividades de animação e festas) com a finalidade de proporcionar um espaço de encontro e de relação entre as pessoas. Os pacientes eram incentivados a participar ativamente de reuniões e assembléias, que tinham como objetivo proporcionar uma experiência de discussão de problemas institucionais e de definição de novas atividades (GOLDBERG, 1996; FLEMING, 1976). A finalidade última de todas essas atividades seria, em suma, a de promover uma transformação no âmbito manicomial que se distanciasse daquelas práticas autoritárias tão claramente características do modelo da medicina alienista.

Entretanto, os partidários da psicoterapia institucional não dispensavam os métodos tradicionais – eletrochoques, terapêutica de sono, insulino-terapia, quimio-terapia e farmacoterapia – para o tratamento dos doentes mentais. (FLEMING, 1976). Aliás, para Castel (1987, p. 45), além da utilização dos instrumentos terapêuticos tradicionais da psiquiatria, “a psicoterapia institucional redescobre as virtudes do tratamento moral do século XIX”.

Apesar das pretensões de caráter reformador, essa experiência não lograria romper totalmente com a função autoritária do médico e permaneceria comprometida com as representações de loucura vinculadas a idéia de erro e desvio, conforme as concepções alienistas do século XIX. Esse movimento estava centrado em transformações restritas ao âmbito hospitalar e, conforme Castel (1987, p. 86), apresentava “a maioria das características objetivas de uma verdadeira ‘instituição totalitária’”, e não chegava a questionar a função social da psiquiatria e da instituição manicomial, conforme explicita Amarante (2009, p. 34):

O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.

¹ Essa fusão da psiquiatria com a psicanálise foi muito criticada por Castel (1987, p. 85), que pondera que essa relação iria fomentar “a pertinência da psicanálise em fecundar um trabalho psiquiátrico na comunidade”, algo que ultrapassaria os quadros bem delimitados do reformismo psiquiátrico nos manicômios, como era o caso da psicoterapia institucional, e expandiria o poder controlador das estratégias e práticas de tratamentos psiquiátricos para toda a comunidade, como foi o caso da psiquiatria de setor francesa.

- As Comunidades Terapêuticas e a tentativa de humanização do dispositivo manicomial

No período pós Segunda Guerra Mundial, muitos soldados ingleses, que haviam sofrido os danos de uma grande guerra, foram internados em hospitais psiquiátricos para o tratamento de problemas emocionais. Os asilos psiquiátricos situavam-se em um quadro de precariedade que agravavam a condição dos doentes e traziam à lembrança as condições deprimentes dos campos de concentração que ninguém mais podia tolerar. Ademais, a condição daquelas instituições era disfuncional diante da preocupação de promover a recuperação do amplo contingente de soldados invalidados pelos traumas de batalha, cuja força de trabalho era, agora, necessária à reconstrução da nação devastada pela guerra. Birman e Costa (1994, p. 46) expõem bem essa situação:

não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho.

Para recuperar a mão-de-obra encerrada nos hospícios, surgiram propostas para a reformulação do espaço asilar. É nesse contexto que, em 1946, Main, juntamente com Bion e Rickman adotariam, no hospital Northfield na Inglaterra, medidas de transformação das práticas no âmbito manicomial, processo que foi denominado de Comunidade Terapêutica. Com um número enorme de soldados/pacientes para serem atendidos e a relativa falta de psiquiatras e enfermeiros nessas instituições, havia a necessidade de se fazer um trabalho maior ainda com um número pequeno de profissionais (SCHITTAR, 1985). Foi nessa configuração que surgiram as idéias de trabalhos em grupo dentro do hospital e começaram a se desenvolver as práticas grupais de tratamento que viriam a constituir o movimento das Psicoterapias de Grupo.

Mas foi somente em 1959, com Maxwell Jones, principal autor e operador dessa experiência, que a comunidade terapêutica se consagrou. Um dos principais objetivos desse movimento era o de envolver os doentes em seu próprio tratamento. Eram organizadas reuniões e assembléias entre a equipe técnica e os pacientes com o intuito de discutirem as dificuldades enfrentadas, os projetos e propostas de trabalho em que todos pudessem estar envolvidos. Nas palavras do próprio Jones, as pessoas em tratamento,

(...) em colaboração com a equipe, tornam-se participantes ativos em sua própria terapia, na de outros pacientes e em muitos aspectos das atividades gerais da

unidade. Isto em contraste notável com seu papel relativamente passivo, receptivo, característico do tratamento convencional. (JONES, 1972, p.89)

Segundo Jones, essa proposta de liberdade de comunicação em todos os níveis levaria à constituição de uma comunidade dentro do hospital, onde haveria uma redistribuição do poder e da autoridade, algo que proporcionaria a desarticulação das relações hierárquicas e verticais das instituições tradicionais:

A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional. (JONES, 1972, p. 89)

Para os adeptos da comunidade terapêutica, o funcionamento de grupos terapêuticos e grupos operativos, como forma de envolver os internos em seu tratamento e, até mesmo, na organização da instituição, proporcionaria a desarticulação dos principais problemas da instituição tradicional. Consideravam a possibilidade de diminuir ou mesmo de extinguir os instrumentos terapêuticos tradicionais, como a insulino-terapia e até mesmo a farmacoterapia (SCHITTAR, 1985). Entretanto, conforme a mesma fonte, na maioria das experiências de comunidades terapêuticas, não eram dispensados esses métodos de tratamento tradicionalmente utilizados pela psiquiatria.

A comunidade terapêutica foi uma experiência importante para a prática de tentativas de modificações das relações dentro do hospital psiquiátrico. Conforme Desviat (1999), a Organização Mundial de Saúde, no ano de 1953, chegou a recomendar que todos os hospitais psiquiátricos deveriam adotar o feitiço de uma comunidade terapêutica. Mas, ainda assim, essa experiência não conseguiria superar o problema da exclusão social da loucura e do controle que a psiquiatria sempre exercera sobre os indivíduos acometidos por qualquer sofrimento psíquico. Conforme pondera Schittar (1985, p. 135),

A comunidade terapêutica parece ser o “último grito” da psiquiatria, a estrutura em cujo seio deveriam ser encontradas as soluções para as contradições contra as quais se debate a psiquiatria institucional, continuamente incerta quanto à própria vocação terapêutica e a pretensa necessidade social de excluir e controlar os indivíduos que apresentam um suposto comportamento patológico.

- A Psiquiatria de Setor e a propostas de intervencionismo psiquiátrico no âmbito territorial

O movimento da Psiquiatria de Setor francesa, do mesmo modo que as outras psiquiatrias reformadas já comentadas anteriormente, resultou da conscientização, no período do pós-guerra, das condições precárias e desumanas que viviam os asilados em manicômios. Conforme Birman e Costa (1994, p. 45), no período da Segunda Guerra Mundial, “só na França, registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados”. Nessa configuração, um grupo de psiquiatras progressistas franceses que havia passado pela experiência dos campos de concentração e de extermínio visualizou a necessidade premente de modificar as “formas de atendimento com base na internação asilar” (DESVIAT, 1999, p. 26).

Entre os anos de 1945 e 1947 foram realizadas na França do pós-guerra as *Jornadas Nacionais de Psiquiatria*, momento em que se estabeleceriam novas propostas de uma política de assistência psiquiátrica. Dentre o grupo de adeptos dessa experiência, despontavam os psiquiatras Bonnafé e Daumezon, que preconizavam a transferência do tratamento dos doentes mentais, então confinados em instituições asilares, para instituições extra-hospitalares que seriam implantadas nas suas próprias comunidades de origem. A internação em hospital psiquiátrico deveria ser compreendida apenas como uma etapa auxiliar ao tratamento, que deveria ser continuado no próprio meio social e cultural da pessoa em tratamento. Audisio, um dos autores do célebre *Livro Branco da Psiquiatria Francesa*, publicado pelos partidários da psiquiatria de setor em 1965, propunha que:

O aparelho tradicional de assistência, o hospital psiquiátrico, deve sofrer uma profunda mudança em seu modo de funcionamento, deixando de ser o lugar único ou preferencial para ser um elemento a mais num sistema complexo de cuidados e assistência. (DESVIAT, 1999, p. 29)

Os partidários da psiquiatria de setor instituíram, como princípio, a divisão do território francês em setores ou zonas geográficas. Em cada setor seria instalado um centro de saúde mental que deveria ter a função de prevenção, tratamento e acompanhamento pós-cura das doenças mentais. Nessas instituições extra-hospitalares eram, pela primeira vez, fornecidos os medicamentos e a estrutura terapêutica necessária, seja antes, após ou independentemente da internação hospitalar. (AMARANTE, 2007).

Esses centros de saúde mental já tinham o suporte de uma equipe de profissionais constituída por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Os adeptos dessa proposta de reforma também defendiam o princípio de continuidade terapêutica, de forma que

“uma mesma equipe, no conjunto de cada setor, deveria fornecer o tratamento e se encarregar do paciente nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós-cura” (DESVIAT, 1999, p.31).

Esse movimento na França, diferentemente da psicoterapia institucional também de origem francesa, não se restringiu a experiências isoladas de transformações das práticas psiquiátricas. Pelo contrário, a psiquiatria de setor representou a organização de uma política pública de saúde que abrangeu todo o território francês. Em 1960 esse projeto se concretizou e o setor tornou-se uma política oficial naquele país. Nessa configuração, diversos centros foram implantados no território francês, com objetivo de tratar o paciente psiquiátrico no seu próprio meio social e cultural, conforme indicado por Fleming (1976, p. 54)

Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se, portanto de uma terapêutica *in situ*: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento. Este projeto prevê pois a possibilidade de uma continuidade no tratamento pós-hospitalar através de instituições pós-cura, que terão por função a progressiva ressocialização do paciente.

No entanto, a psiquiatria de setor não alcançou os resultados esperados e o hospital psiquiátrico continuou sendo o principal dispositivo para atendimento dos doentes mentais (DESVIAT, 1999). Dessa forma, o hospital permaneceu como principal instrumento de tratamento, não só por ter estruturas fortemente estabelecidas, difíceis de serem transformadas, mas também devido as suas tecnologias, às quais os adeptos do setor haviam se ajeitado e recorriam em qualquer situação de urgência. Para Castel (1987), as práticas da psiquiatria de setor haviam sido moldadas nas tecnologias hospitalares e não propunham “tecnologias específicas”:

(...) não existem tecnologias específicas para o trabalho do setor, mas sobretudo um coquetel de técnicas ou de receitas diversas, experimentadas primeiro na instituição (hospitalar): um pouco de psicoterapia, um pouco ou muito de medicamentos, um pouco de ergoterapia, etc. Mas, por exemplo, a intervenção *in vivo*, em uma situação de urgência [...] não é de uma outra natureza que a maioria das outras condutas terapêuticas. (CASTEL, 1987, p. 47)

Os centros de saúde implantados nas comunidades, na prática, passaram apenas a realizar o encaminhamento de novos pacientes aos hospitais psiquiátricos e raramente exerciam a função de continuidade do tratamento pós-hospitalar.

Nas propostas da psiquiatria de setor havia a preocupação de identificar pessoas supostamente desadaptadas socialmente, com o intuito de prevenir o desenvolvimento das doenças mentais. Nas palavras dos seus principais representantes, Bonnafé e Daumezon, “a

competência dos psiquiatras qualificados deve ser considerada como estendida a todos os problemas que dizem respeito à saúde mental, individual ou social para a readaptação das pessoas desadaptadas” (CASTEL, 1987, p. 44. Grifos nossos). Em tais concepções de prevenção da doença mental se reconhece aquela psiquiatria de “engenhosos especialistas” da segunda metade do século XIX que, inspirados em Augustin Benedict Morel, vislumbravam métodos profiláticos com a função de combater as causas dos desvios doentes e de readaptar os suspeitos de degeneração ao seu meio social. De fato, se a psiquiatria moreliana já pretendia expandir suas práticas de normalização para um número cada vez maior de pessoas, as propostas consideradas ‘reformadoras’ da psiquiatria de setor não serão fomentadas de maneira muito diferente. Os adeptos do setor propunham o esquadramento do território francês e a instalação de diversas instituições psiquiátricas nos territórios comunitários. Esses centros de saúde instalados na comunidade exerceriam funções de prevenção que promoveriam a disseminação das práticas psiquiátricas em um processo de gerenciamento político da vida humana.

Delacampagne (2004, p. 32), ao comentar sobre a política de setor francês, nos leva ao seguinte questionamento: o setor é “um método progressista de tratar os doentes em suas casas, ou uma técnica sutilmente repressiva de enquadramento social?”

- A Psiquiatria Preventiva americana e as propostas de expansão do processo de medicalização da população

Na década de 60, os Estados Unidos da América, que enfrentavam grave crise social com desdobramentos na saúde mental pública, propunham um programa nacional de saúde mental, cujo alcance nunca havia sido tão amplo. Em consonância com as propostas do governo norte-americano da época, Gerald Caplan, principal elaborador de programas de saúde comunitária, publicaria a obra que seria conhecida como a “bíblia”² da reforma preventiva, denominada de *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. É o surgimento da psiquiatria preventiva, também denominada de psiquiatria comunitária, influenciada pelas propostas da reforma de setor francesa, da reforma comunitária inglesa e, de resto, marcada por uma modernização reconhecível das práticas profiláticas dos alienistas do século XIX.

Na introdução de sua obra, Caplan (1980, p. 17) retomaria o pronunciamento oficial do presidente norte-americano, John Kennedy, e definiria que a mensagem para um novo

² Robert Felix, diretor do *National Institute of Mental Health*, que fez a apresentação do livro de Caplan, publicado no ano de 1963, escreve: “Este livro é não só uma cartilha para o assistente comunitário de saúde mental – é uma Bíblia”. (CAPLAN, 1980)

programa em saúde mental enfatizava “(...) a prevenção, tratamento e reabilitação dos enfermos mentais e dos retardados mentais que devem ser considerados responsabilidade comunitária, e não um problema privado (...)”. Nessa perspectiva, Caplan definiria o principal objetivo dessa nova intervenção psiquiátrica, a prevenção da doença mental através de programas de ação comunitária.

A psiquiatria preventiva, voltada fundamentalmente para a problemática da profilaxia da doença mental, não poderia abandonar os elementos do higienismo que, desde o continente europeu, tematizara e enfrentara com algum sucesso questões da mesma natureza. Essas referências permitiram a medicalização de um amplo repertório de comportamentos sociais que supostamente se afastavam da saúde, ou das normas da moral ou da disciplina, e colocavam sob suspeita indivíduos e setores sociais fragilizados ou incômodos da sociedade.

Para que a política preventivista se desenvolvesse, era necessário que a intervenção em psiquiatria fosse redirecionada para o âmbito social, com o objetivo de identificar tudo aquilo que pudesse vir a causar possíveis patologias entre as pessoas da comunidade. Conforme os adeptos dessa reforma, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas ou detectadas precocemente. Para encontrar os possíveis candidatos à enfermidade era necessário “(...) sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos para conhecer os hábitos, identificar os vícios, mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, por suas constitucionalidades, venham a ser suspeitos (...)” (AMARANTE, 2009, p. 37).

A “busca de suspeitos”, expressão utilizada por Caplan que lembra muito os predispostos de Magnan de outrora, demarcava a principal estratégia dessa psiquiatria que objetivava se estender para toda a sociedade. Os discursos e as práticas psiquiátricas, com as propostas reformistas, alastrar-se-iam para além dos muros dos manicômios, com o intuito de exercerem um controle ampliado para toda a coletividade. A esse respeito, Caplan explicita:

Disso deduz-se que a psiquiatria preventiva é um ramo da psiquiatria, mas é também parte de um esforço comunitário mais amplo em que os psiquiatras dão sua própria contribuição especializada a um todo maior. Em minha opinião, a psiquiatria preventiva deve ser abrangente. (CAPLAN, 1980, p. 31).

Os adeptos do preventivismo acreditavam ter descoberto a estratégia de intervirem nas causas e no surgimento das doenças mentais, o que possibilitaria não só a prevenção, como também a promoção da saúde mental na comunidade. (AMARANTE, 2009). Nessa configuração, a reforma preventiva iria demarcar um novo território para a psiquiatria, cujo tratamento da doença mental daria espaço para um novo objeto, a saúde mental.

Conforme Birman e Costa (1994), a psiquiatria preventiva incorporaria alguns conceitos da Saúde Pública e estabeleceria três formas de intervenção:

- 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 da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria. (p. 54)

Segundo os autores, as prevenções secundárias e terciárias não correspondem a nenhuma novidade no que tange as propostas do sistema psiquiátrico tradicional, composto pelo diagnóstico, tratamento e readaptação. A grande novidade do sistema da nova psiquiatria é a prevenção primária, compreendida pela localização e intervenção das possíveis causas geradoras da doença mental, conforme explicitado por Caplan (1980, p. 35).

Creio que a psiquiatria preventiva deve incluir a prevenção primária como ingrediente essencial e promover a saúde mental entre os membros da comunidade que não sofram correntemente de quaisquer distúrbios, na esperança de reduzir o risco de que eles venham a ser amanhã mentalmente perturbados. Admito que a inclusão da prevenção primária resultará numa reduzida capacidade para desenvolver nossos esforços psiquiátricos nas áreas da prevenção secundária e terciária (...).

Mesmo reconhecendo que o deslocamento de profissionais para a prioritária área da prevenção primária resultaria numa proporcional diminuição do contingente dedicado às outras áreas (secundária e terciária), Caplan (1980) pregava que essa redução seria provisória. Isso ocorreria, primeiramente, porque o conjunto de ações da atenção primária, com a ampliação dos programas no âmbito da saúde pública, levaria a uma natural redução da vulnerabilidade da população em adquirir um distúrbio mental, o que reduziria a demanda secundária e terciária. Além disso, sua proposta compreendia o treinamento de agentes comunitários e considerava que o próprio desenvolvimento das práticas preventivas estimularia outros personagens da comunidade a auxiliarem no processo de detecção precoce de fatores predisponentes à doença mental. À primeira vista, a proposta pode parecer um convite a ação comunitária em torno dos objetivos gerais da Saúde Mental. Mas, vista do ângulo do controle social, essa proposta de que os próprios integrantes da comunidade se vigiassem pode realizar a utopia do completo esquadramento social da sociedade de controle.

Segundo Caplan (1980), a doença era compreendida como um desvio da norma ou um desajuste da ordem social. Dessa forma, nada melhor do que procurar descobrir precocemente os indivíduos, supostamente, desajustados socialmente para reajustá-los e

readaptá-los. Nas palavras de Caplan (1980, p. 42), a prevenção primária era uma abordagem baseada “no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento e que, pela alteração do equilíbrio de forças, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis.”

Na tentativa de impedir a produção de condutas consideradas patológicas, os psiquiatras preventivistas iriam centrar suas práticas e intervenções no meio social. A psiquiatria preventivista, com o intuito de identificar o suposto desequilibrado, utilizará o conceito de “crise” individual, estabelecido a partir de conceitos de ‘adaptação’ e ‘desadaptação’ social provenientes da sociologia. Para Caplan (1980), os primeiros indícios de modificações das pessoas que adoeceram ocorreram em um momento de crise emocional. Nesse contexto, o psiquiatra, sua equipe e até mesmo as pessoas da comunidade deveriam atuar nas situações que antecedessem a doença mental de forma a identificarem os momentos de crise. Como Birman e Costa (1994, p. 57) analisaram, nos pressupostos dessa psiquiatria, as crises que conduziriam a enfermidade poderiam ser:

- 1º- Crises Evolutivas geradas pelos processos “normais” de desenvolvimento físico, emocional ou social. Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo, onde a conduta não está caracterizada por um padrão estabelecido – período transitório que perde sua caracterização anterior sem adquirir ainda a sua nova organização – conflitos podem ser gerados, levando à desadaptação, que não sendo elaborados pelas pessoas podem conduzir à doença;
- 2º- Crises Acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que por sua capacidade de perturbação emocional teria a capacidade de poder levar futuramente à doença.

Se as “crises” poderiam ocorrer com qualquer pessoa da comunidade, a intervenção psiquiátrica não poderia se limitar ao hospital. Nesse contexto, a psiquiatria preventiva propunha a implantação de diversos centros de saúde mental espalhados pelas cidades e regiões, com o objetivo de identificar os sujeitos supostamente suscetíveis a qualquer uma dessas crises emocionais que prenunciavam o desenvolvimento das ditas doenças mentais. Esses centros de saúde preventivos, além da função de peneirar nas comunidades todo o tipo de suspeito de desordens mentais para “evitar” que essas pessoas enlouquecessem, funcionavam também como serviços para o tratamento extra-hospitalar.

Na época havia uma preocupação do Estado norte-americano em diminuir os gastos com o sistema de saúde, principalmente em relação às altas despesas de internação e re-internação hospitalar. No entanto, havia também outros interesses governamentais. Em uma época que o governo norte-americano se preocupava com o alastramento de diversos

problemas sociais que fugiam de seu controle, a teoria proposta por Caplan caberia como uma luva na tentativa de implantar uma política de população, onde não se isentam objetivos de controle social e “moralização das massas”.

A trajetória percorrida pela psiquiatria preventivista revela seus caminhos de enfrentamento da problemática da organização das populações, daí a necessidade do esquadramento do território, do estabelecimento de disciplinas e rotinas, da criação de regras, de todos os elementos, em fim, daquela perspectiva higienista que marcara o ambiente europeu no período da implantação industrial.

Uma das principais propostas da psiquiatria preventiva era de estender as políticas de prevenção de problemas de saúde mental à população em geral. As políticas preventivistas norte-americanas, consideradas na época como progressistas e inovadoras, não deixavam de ter um reconhecível toque das práticas psiquiátricas européias daquela ‘profilaxia ativa’ engendrada, na segunda metade século XIX, pela proposta de Augustin Benedict Morel. Na época, Morel não só inauguraria a noção de degenerescência e de organicismo em Saúde Mental, como também a idéia de prevenção, sob o nome de profilaxia ativa, na qual a sociedade toda deveria estar no horizonte de uma intervenção preventiva, onde a psiquiatria deveria estender seu controle do asilo para as grandes concentrações populares (CASTEL, 1978; ROCHA, 1997).

Nos princípios da psiquiatria preventiva, são perfeitamente reconhecíveis semelhantes propostas. Para os adeptos do preventivismo, era necessário o reconhecimento de candidatos à enfermidade. Dessa forma, as intervenções médico-psiquiátricas deveriam ser prévias e abrangentes. Todos os espaços sociais seriam potencialmente objetos de um processo de psiquiatrização, do qual não estariam isentas regras de conduta e conceitos de higiene física e moral. Na ponderação de Birman e Costa (1994, p.59)

A psiquiatria preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX para justificar uma atuação sem conhecimento de causa e chamar a isto de Prevenção Primária. Entretanto, o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social.

O projeto de prevenção norte-americano se caracterizaria, então, como uma nova forma de medicalização da vida social e uma reiteração da vocação psiquiátrica para o exercício de uma política de população. Um processo de atualização do dispositivo de controle e disciplinamento dos corpos que, como esclarece Amarante (2009, p. 41), “vai da

política de confinamento dos loucos até a moderna ‘promoção da sanidade mental’, como a conhecemos agora”.

Essa ênfase “preventivista”, na expressão crítica de Birman e Costa (1994), seria muito importante por sua decisiva influência na expansão do tratamento psiquiátrico para um número abrangente de pessoas e teria marcante influência na organização dos serviços de saúde mental no Brasil na década de 70, motivo pelo qual retomaremos especificamente essa questão no item deste trabalho, sob o título “A implantação dos ambulatórios de saúde mental no Brasil e a expansão das práticas psiquiátricas”.

- A Antipsiquiatria e o movimento de uma proposta contra-hegemônica à psiquiatria

No final da década de 50, um grupo de psiquiatras ingleses, dentre os quais se destacavam David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, iniciou um movimento denominado antipsiquiatria. Esse movimento não era de contestação apenas das práticas asilares – o eletrochoque, os medicamentos psicofármacos, as restrições de liberdade infringidas aos doentes mentais – mas, sobretudo, dos discursos de saber e poder da psiquiatria (DELACAMPAGNE, 2004). A crítica à instituição psiquiátrica se estabelecia nas denúncias de violência que a psiquiatria exercia ao sujeitar os doentes às suas práticas de controle e aos seus discursos de verdade (FOUCAULT, 2006).

Os precursores desse movimento foram influenciados por diversas correntes teóricas como o existencialismo, a fenomenologia, a crítica sociológica e, de fundo, pela psicanálise e pelo marxismo. Nessa configuração, o pensamento antipsiquiátrico “se converteu rapidamente em movimento contracultural que questionou a própria doença mental e a psiquiatria”. (DESVIAT, 1999, p. 41).

A antipsiquiatria propunha romper com a ideologia psiquiátrica que se apropriara da loucura e engendrara discursos e práticas, constituídos por um sistema de pensamento organicista que convertera o louco em objeto médico passível de observação, experimentação e manejo.

A trajetória desse movimento teve início com David Cooper que, inspirado nas comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, iniciara um trabalho em uma unidade de um hospital psiquiátrico londrino, o pavilhão “Vila 21”, com o intuito de por fim às estruturas hierárquicas e à disciplina hospitalar. Apesar dos bons resultados, que compreendiam a diminuição de recaídas dos pacientes internados, muitas pressões da administração do hospital fizeram, então, com que Cooper se demitisse (FLEMING, 1976).

Já em 1965, os precursores desse movimento fundariam a *Philadelphia Association*, uma associação de investigação científica com o objetivo de libertar a doença mental de todas as descrições nosológicas e de divulgar, de debater, de formar pessoal e de criar locais de acolhimento a pessoas acometidas por esse sofrimento.

Laing e Cooper, em meio aos movimentos *underground* da contracultura, propoem uma ação para bem além do campo da psiquiatria. Propuseram o empreendimento de um trabalho de subversão dos “valores culturais relacionados com a loucura e com as formas de organização social, em particular a família”, e sugeriram a criação de comunidades não institucionalizadas de desintegração dos “valores da cultura burguesa” (FLEMING, 1976, p. 68):

O projeto antipsiquiátrico apresenta-se, não somente como um desejo de negação da psiquiatria, mas também um movimento de crítica da ordem social estabelecida, não como a elaboração de uma nova doutrina ou de um saber instituído (facilmente recuperável pelo sistema), mas como um movimento de contestação radical das estruturas sociais e dos valores culturais, tais como a adaptação, a normalidade, a saúde mental... (FLEMING, 1976, p. 70).

Os adeptos desse movimento consideravam que a experiência dita patológica era algo das relações estabelecidas entre indivíduo e sociedade, de tal forma que a loucura era compreendida como um fato social, político, ou mesmo como uma experiência de libertação. Na medida em que o conceito de doença mental era recusado, o movimento da antipsiquiatria rejeitava, também, métodos terapêuticos da psiquiatria tradicional, como o tratamento químico, físico e moral. Conforme Fleming (1976), para os antipsiquiatras, a violência da psiquiatria se revelaria na obrigação de ministrar medicamentos, na rotulagem diagnóstica e na institucionalização ou cronificação da doença mental, princípios e práticas tradicionais que estariam baseados, fundamentalmente, em critérios de normatização e de adaptação social.

Contudo, faltou a esse movimento de grande vitalidade crítica o poder de convencer a sociedade “de sua capacidade de propor técnicas alternativas, quer dizer, capazes, ultrapassando uma contestação abstrata do tecnicismo dos profissionais, de fornecer ferramentas para atacar concretamente as dimensões sociais e políticas da doença mental”. (CASTEL, 1987, p. 31). De qualquer forma, esse vigoroso movimento trouxe diversas contribuições, principalmente no que se refere à transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução manicomial (AMARANTE, 2009).

- A Psiquiatria Democrática e as propostas de desinstitucionalização da psiquiatria

A experiência da Psiquiatria Democrática italiana iniciou-se na década de 60, em Gorizia, onde Franco Basaglia, principal protagonista desse movimento, introduziu o processo de desinstitucionalização da psiquiatria. Em um primeiro momento, Basaglia, juntamente com um grupo de psiquiatras críticos, propôs a transformação do hospital de Gorizia em uma comunidade terapêutica. Com o passar dos anos, consciente das limitações dessa modificação limitada ao interior do hospital, iniciara um percurso de denúncia das práticas tradicionais da psiquiatria que culminou com propostas de abolição da internação em hospitais psiquiátricos. Basaglia, com formação marxista e influenciado pelas obras de Michel Foucault e Erving Goffman, introduziu um movimento político de contestação às instituições de marginalização e contenção populares, mobilização que envolvia também outras organizações italianas, como o movimento estudantil e os sindicatos dos trabalhadores.

Para Basaglia (1985), a psiquiatria sempre exerceu uma relação de opressão e violência ao distanciar o louco do seu convívio social, forma encontrada pela psiquiatria para produzir um saber/poder sobre a loucura. Dessa forma, compreendia que as condições de medicalização da loucura estavam fundadas na caracterização do louco como marginal, doente e perigoso, noção de fundo necessária para justificar sua exclusão da sociedade através do enclausuramento em instituições sob o domínio médico. Por isso teria sido preciso engessar, também, a organização dessas instituições de exclusão e de gerenciamento total dessa fonte de perigo e desordem social. A loucura, enquanto objeto médico, fora submetida a toda uma produção de falsas verdades, caracterizada por práticas diagnósticas e de medicalização que compreendiam também a estruturação necessária de aparatos institucionais que justificassem a gravidade da intervenção psiquiátrica pela gravidade do perigo a ser controlado. Nessa configuração, conforme Amarante (2007, p. 56), Basaglia visualizaria a necessidade de negar não só a estrutura física do manicômio, mas a “psiquiatria enquanto ideologia”:

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltados para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (AMARANTE, 2007, p. 56)

A psiquiatria democrática italiana fez diversas críticas em relação à nosologia psiquiátrica, que considerava representar apenas uma série de classificações que o psiquiatra utilizava para se defender daquilo que não compreendia (FLEMING, 1976). Sobre a

administração de medicamentos, essa concepção não foi diferente. Para os adeptos da psiquiatria democrática, o medicamento agiria sobre os sintomas e esvaziava o problema político e existencial da loucura, mas principalmente, responderia à necessidade de acalmar a própria ansiedade do psiquiatra. Nessa relação da psiquiatria com a prescrição de medicamentos, Basaglia (1985) comenta:

(...) os medicamentos agem simultaneamente sobre a ansiedade enferma e a ansiedade daquele que a cura, evidenciando um quadro paradoxal da situação: através dos medicamentos que administra, o médico acalma sua própria ansiedade diante de um doente com o qual não sabe relacionar-se nem encontrar uma linguagem comum. Compensa, portanto, usando uma nova forma de violência, sua incapacidade para conduzir uma situação que ainda considera incompreensível, continuando a aplicar a ideologia médica da objetivação através de um perfeccionismo da mesma. A ação ‘sedativa’ dos medicamentos fixa o doente no papel passivo de doente. (p.128-129)

Os partidários da reforma basagliana trabalhavam com a hipótese de que o mal da psiquiatria sempre esteve em colocar o homem entre parênteses e se dedicar ao objeto loucura, sem interagir com a existência sofrimento. Havia que fazer o contrário. “Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença.” (ROTELLI et al., 1990, p. 28). Para desmontar esse conjunto de instrumentos e recolocar a pessoa no centro da atenção, vislumbrou-se a necessidade da desinstitucionalização da psiquiatria. Somente assim seria possível entrar em contato direto com a experiência-sofrimento do sujeito.

As outras reformas que ocorreram na mesma época, na Europa e nos EUA, propuseram uma política de *desospitalização*, com a construção de serviços na comunidade. Entretanto, em todos esses novos sistemas de saúde, a internação no hospital psiquiátrico permanecia como principal prática psiquiátrica. Conforme Rotelli et al. (1990, p. 27), “a psiquiatria nascida das reformas faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de liberar-se da sua ‘função’ de coação e internação.” Para os inovadores psiquiatras italianos era preciso a desinstitucionalização da psiquiatria:

(...) um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI et al., 1990. P. 18).

Foi em Trieste, já na década de 70, que Basaglia iniciou o completo esvaziamento do hospital psiquiátrico, além da operação estratégica de deslocamento das práticas tradicionais da psiquiatria para a construção de novos serviços e para a reinvenção das outras formas de a

sociedade lidar com a loucura. Foram construídos centros de saúde mental em diversas áreas da cidade, com o objetivo de se produzir um espaço de socialização e promoção de encontros da comunidade com os sujeitos em sofrimento psíquico. Em relação à implantação desses centros em territórios comunitários, é possível observar a influência da política de setor francesa e da reforma comunitária da psiquiatria americana. Porém, diferentemente dos centros franceses e norte-americanos, os centros de saúde mental triestinos não funcionavam como serviços de continuidade do tratamento após a alta hospitalar e, tampouco, encaminhavam pacientes para re-internação no manicômio, cuja abolição estava no centro da proposta. (AMARANTE, 2007).

Outro aspecto de destaque dos centros italianos era o projeto de inclusão social para que os ex-internos dos hospitais voltassem a habitar a cidade, através das cooperativas de trabalho e das residências terapêuticas.

O trabalho italiano de desinstitucionalização culminou na aprovação da Lei n° 180, em 1978, que decretava a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, a construção de serviços na comunidade que viessem a substituir inteiramente a internação e abolissem o estatuto de periculosidade social do doente mental (ROTELLI et al., 1990, p. 48-49). Contudo, Basaglia e seus seguidores sempre apontaram para a necessidade de dar continuidade à luta contra a exclusão social da loucura e contra o manicômio, esse tipo de fênix que teima sempre em ressurgir das cinzas que deveriam sepultá-lo para sempre. E estenderam esse alerta, com muita pertinência, ao perigo da reprodução de práticas de exclusão institucional, mesmo nas instituições extramanicômias (SCARCELLI, 1998).

A expansão psiquiátrica marcada pelo desenvolvimento dos modernos psicofármacos

Os psicofármacos utilizados atualmente, cujas primeiras descobertas são datadas da década de 50, não modificaram na época o cerne da assistência psiquiátrica, que continuaria por muitos anos a exercer sua ênfase predominantemente manicomial. Bem por isso, seria a questão manicomial, com seus críticos e entusiastas, que marcaria os primeiros momentos da Reforma Psiquiátrica.

Mesmo com esse início pouco expressivo, seria a partir dos anos 50, com a síntese da clorpromazina seguida pela descoberta de outros medicamentos psicofarmacológicos, que a psiquiatria daria seus primeiros passos de sua entrada na “era da farmacoterapia” (LAMB, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial, o cirurgião francês Henri Laborit desenvolveu um medicamento anestésico com a função de minimizar o choque operatório de soldados gravemente feridos que precisavam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos. O cirurgião observou que com a aplicação da clorpromazina, um medicamento com efeito tranqüilizante, era possível evitar as reações orgânicas exageradas e realizar o tratamento dos soldados feridos (LAMB, 2008; BOGOCHVOL, 2001; PICCINI, 2000). Delay e Deniker, psiquiatras de um manicômio francês, ao tomarem conhecimento das descobertas do cirurgião Laborit, testaram a clorpromazina em pacientes psicóticos agitados. Diante dos bons resultados de uma “enfermaria silenciosa”, “em 1952, Delay e Deniker sugerem oficialmente o emprego da clorpromazina para combater a agitação psicomotora” de pacientes diagnosticados com esquizofrenia (LAMB, 2008, p. 50).

Conforme Birman (2000), o desenvolvimento da psicofarmacologia e da neurologia no século XX, com a descoberta da clorpromazina, possibilitou à medicina psiquiátrica conquistar, finalmente, sua suposta legitimidade científica: “(...) a psiquiatria realizou seu sonho, perseguido desde o século XIX, de ser uma especialidade médica, de fato e de direito. Além disso, a psiquiatria ainda poderia se gabar de ter seus fundamentos no discurso rigoroso da ciência biológica.” (p.241)

A rigor, pode-se dizer que, desde sua origem, a psiquiatria sempre procurara a sede orgânica da loucura, a lesão que provocaria o mal, o órgão que poderia estar envolvido com a doença. Contudo, a racionalidade conquistada pela medicina alienista, bem por isso denominada ‘medicina especial’, era apenas classificatória e se esgotava na constituição de nosografias de acordo com as observações das manifestações aparentes da doença enfrentadas

pelas técnicas disciplinares do tratamento moral (CASTEL, 1978). A psiquiatria da época, nas palavras de Birman (2000), buscava as causas físicas do distúrbio mental, mas encontrava apenas as causas morais.

No entanto, mesmo sem encontrar as causas físicas da loucura, a psiquiatria já se utilizava de diversas medicações de ordem física ou fisiológica. O uso de drogas para tratamento no interior dos hospitais psiquiátricos encontra registros desde o século XIX (FOUCAULT, 2006). As drogas essencialmente utilizadas eram o ópio, o nitrato de amila, o clorofórmio e o éter, medicações prescritas para acalmar os estados ansiosos de agitação.

Todas essas medicações, inclusive as de caráter físico como as cauterizações, as duchas, a cadeira rotatória, eram prescritas já em função da concepção psiquiátrica de que as doenças mentais teriam uma causa orgânica. Nessas concepções, os métodos psicofísicos serviriam para descongestionar o corpo e fazer circular o sangue, enquanto as medicações de ordem fisiológica funcionariam para acalmar o sistema nervoso do doente (FOUCAULT, 2006). Apesar das explicações do saber psiquiátrico sobre o uso dessas substâncias, Foucault (2006) explicita que todas as medicações tinham, na verdade, a função de “prolongar até o interior do corpo do doente o sistema do regime asilar, o regime da disciplina; era garantir a calma que era prescrita no interior do asilo, era prolongá-la até o interior do corpo do doente”. (p. 226). Aliás, a utilização dos medicamentos e dos métodos de intervenção psicofísicos, na medida em que eram procedimentos profundamente ameaçadores e desagradáveis, eram utilizados principalmente como forma de punição e ameaça.

A psiquiatria do século XIX buscava uma causa orgânica para a origem da perturbação mental e tentava aliar-se aos métodos fisiológicos de tratamento da medicina geral que se desenvolvia na época, momento em que a medicina “abria os cadáveres” e encontrava nos tecidos e órgãos o princípio de uma compreensão subjacente da doença, exploração orgânica que viria a constituir o modelo de cientificidade médica (CASTEL, 1978). O discurso da anatomia clínica, base da medicina dita científica, não encontrava legitimidade no campo daquela psiquiatria de Pinel e Esquirol que, considerada uma falsa medicina, não se fundamentava nos saberes médicos (BIRMAN, 2000).

O organicismo de Morel, da segunda metade do século XIX, buscava recuperar para a medicina geral, ainda que sob os pressupostos medievais de sua teoria da degenerescência, aquela loucura que os alienistas da medicina especial enfrentavam com o tratamento moral. Suas suposições já ofereciam a fundamentação básica para toda a ênfase higienista marcante da época, porém, foi somente na segunda metade do século XX, com o desenvolvimento da psicofarmacologia e da neurologia, que a psiquiatria ganhou nova identidade e pôde

aproximar-se dos dogmas da medicina. Com o desenvolvimento dos discursos da neurociência e com o investimento na criação de drogas psicofarmacológicas, as concepções formuladas pela psiquiatria na segunda metade do século XIX sobre a origem orgânica das doenças mentais ganhariam, finalmente, algum recurso terapêutico efetivo para enfrentar as disfunções biológicas supostamente inerentes à loucura. Segundo Birman (2000), “completou-se, com isso, o sonho do saber psiquiátrico de se transformar não apenas em ciência, mas em especialidade médica.” (p. 181).

As explicações originadas pela busca incansável da psiquiatria em encontrar um fator causal orgânico da loucura tornaram-se, na atualidade, a principal argumentação dos discursos e das práticas psiquiátricas. De fato, a psiquiatria tornaria-se uma ciência biológica e, conseqüentemente, passaria a aderir um novo modo de funcionamento de sua clínica, onde os medicamentos psicofármacos seriam o novo e o principal dispositivo para o tratamento e cura dos transtornos mentais (AGUIAR, 2003).

Nessa configuração, iniciou-se um processo de grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico, no qual a natureza humana passou a ser reduzida à sua estrutura biológica. Nesse aspecto, o tratamento também passou a ser biológico e fundamentado em recursos químicos produzidos em laboratórios farmacêuticos.

Mas, para além da descoberta de constituírem-se num recurso terapêutico capaz de responder às velhas concepções organicistas da psiquiatria, os psicofármacos permitiriam à moderna psiquiatria expandir seus discursos e suas práticas a um número cada vez maior de pessoas, promovendo um processo de medicalização da população numa escala, até então, só comparável aos momentos mais típicos do movimento higienista. Obviamente, pode-se argumentar que as práticas higienistas constituíam-se numa intervenção eivada de preconceitos nos costumes populares e a expansão de medicamentos à população teria o caráter da extensão de serviços de saúde. Mas, nesse caso, certamente não será inútil lembrar o alerta que Foucault (2006) nos faz ao comparar as medicações utilizadas para tratamento psiquiátrico no século XIX com os medicamentos utilizados atualmente: (...) “quanto às drogas – essencialmente o ópio, o clorofórmio, o éter – elas eram, evidentemente, como as drogas atuais continuam sendo, um instrumento disciplinar evidente, reino da ordem, da calma, da colocação em silêncio.” (p. 301).

CAPÍTULO II

SOBRE O FENÔMENO DA GENERALIZADA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Tristeza não tem fim
Felicidade sim

A felicidade é como a pluma
Que o vento vai levando pelo ar
Voa tão leve
Mas tem a vida breve
Precisa que haja vento sem parar...

A Felicidade, de Antônio Carlos Jobim e
Vinícius de Moraes

O mal-estar na pós-modernidade

Atualmente, na análise feita por diversos autores que estudam as formas de subjetivação na contemporaneidade, é possível observar a existência de um autocentramento do sujeito, uma forma de exaltação da individualidade que contribui para a constituição de subjetividades narcísicas (BIRMAN, 2006; 2000; RODRIGUES, 2003). Essa visão individualista de mundo foi consagrada por Christopher Lasch como um traço fundamental da denominada “cultura do narcisismo” (BIRMAN, 2000).

Esse autocentramento se apresentaria sob a forma de estetização da existência, numa infinita exigência de performances, onde o que importa para as subjetividades individualistas é a exaltação do eu. A exibição passa a ser o lema essencial da existência, processo denominado por Guy Debord de “cultura do espetáculo” (BIRMAN, 2000). A cultura da imagem é propalada pela mídia que promove a estetização do eu, em que o sujeito não vale pelo o que é, mas sim pelo o que parece ser. (LUZIO 2000).

Nessa perspectiva, a contemporaneidade se caracterizaria pela “cultura do narcisismo” e pela “cultura do espetáculo” que constituiriam um modelo de subjetividade em que são silenciadas as possibilidades de reinvenção do sujeito. O destino do desejo, como afirma Birman (2000), acaba por tomar uma direção exibicionista e autocentrada, que tem em contrapartida o esvaziamento do intersubjetivo, a fragmentação da subjetividade e o desinvestimento nas trocas inter-humanas. Nesse contexto, são instituídos novos “ideais e

padrões de comportamentos totalitários e totalizantes” (YASUI, 2006, p. 81), que instrumentalizados pelas ciências humanas, são inseridos em uma lógica de mercado em que o importante é consumir:

A psiquiatria, a psicologia, as ciências humanas de maneira geral, como saber e conhecimento científico e racional sobre o humano, instrumentalizam e legitimam estes ideais e padrões, inseridos em uma lógica de mercado, em que não importa ser, mas consumir. Acena-se com promessas de rápida e imediata satisfação. (YASUI, 2006, p. 81).

Dessa forma, são elaboradas, também, novas rotulações diagnósticas que, instrumentalizadas e legitimadas pelos saberes “psi”, fundamentados no discurso biológico e aliados ao maciço investimento da indústria farmacêutica, tendem a servir de suporte para a propagação da idéia simplista de que o consumo de psicofármacos proporcionaria o tratamento cabal de quadros de sofrimento psíquico perfeitamente conhecidos e delimitados pela ciência moderna.

A medicalização do sofrimento psíquico e a generalizada prescrição de psicofármacos

Conforme Pelegrini (2003), o discurso atual valoriza o estar sempre bem, de bom humor, pois o contrário pode configurar uma ameaça à inserção social e produtiva do indivíduo. Cordeiro (1985, p.34) explica que quando alguém se encontra doente, “impossibilitado de cumprir com os papéis sociais que lhe correspondem, torna-se uma ameaça às necessidades e ao funcionamento do sistema social.” Conforme esse autor, na atualidade, a doença afigura-se como um desvio social. E o doente, momentaneamente excetuado da sociedade dos saudáveis, submete-se a qualquer tipo de estratégia para superar esse desvio e retornar à vida cotidiana dos normais. O homem de hoje, ao colocar-se na posição de doente, enfermo ou paciente, se sujeita à condição de quem precisa de cuidados que ele não acredita poder prover e não crê estarem ao alcance daqueles que lhe são próximos. Esse sujeito irá buscar soluções para seus problemas na exterioridade de um saber especializado e poderá encontrar num profissional de saúde o *alívio* para seu sofrimento.

Entretanto, o saber médico se materializa em práticas discursivas específicas e define o que é normal, o que é próprio, o que é tratamento e pode até obscurecer os determinantes do problema do paciente. Na realidade, o saber médico exerce sobre a população um controle social que, como explicita Cordeiro (1985), imobiliza as pessoas e atinge “todas as dimensões da vida do indivíduo, ao legitimar e institucionalizar o papel do doente.” Esse gerenciamento político da vida humana é comentado por França (1994, p. 50):

Nesse fato político de gerenciar a vida humana, a medicina adquire um papel normativo e pedagógico que autoriza a uma ação permanente no corpo social. Distribuir conselhos, reger relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade são táticas da racionalidade médica para assegurar a inserção de ambos a uma série de modelos específicos de seu campo de ação.

Conforme Machado et. al. (1978), a psiquiatria não se constitui como uma idéia ou como um simples efeito ideológico com objetivo de encobrir os mecanismos de dominação de uma classe sobre a outra. Segundo Foucault (2006), a psiquiatria tem uma ação mais penetrante e eficaz, pois a aplicação de todo seu poder é sempre, e essencialmente, no corpo dos indivíduos. Como explicita Machado et. al. (1978, p.447), a psiquiatria:

atinge diretamente o corpo das pessoas; é uma realidade que desempenha um papel de transformação dos indivíduos, assumindo o encargo de sua vida, gerindo sua existência, impondo uma norma de conduta a um comportamento desregrado. [...] Através da psiquiatria o médico penetra ainda mais profundamente na vida social, dá as cartas em um jogo que passa a existir segundo regras por ele mesmo criadas.

Nessa configuração, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode estar suscetível a ser transformado em objeto das práticas médicas constituídas de rotulações diagnósticas, de terapêuticas medicamentosas, de práticas de tutela e internações psiquiátricas. Nesse processo de transformar qualquer mal-estar psíquico em doença pode-se perceber uma tendência geral da medicina em tornar médico aquilo que é da ordem do social. Dessa maneira, o conceito de doença mental pode ser pensado como uma construção do saber médico psiquiátrico que criou uma ampla produção discursiva que veio a constituir a psicopatologia moderna.

Fleming (1976) fez uma análise desse processo de ampliação dos discursos e das práticas médico-psiquiátricas que antes estavam restritos ao âmbito hospitalar e que agora se expandem para um número cada vez maior de pessoas:

se assiste a um fenômeno de “psiquiatrização” em massa da sociedade. A psiquiatria sai do “gueto” em que foi fechada até o presente, o hospital psiquiátrico, e invade o conjunto das instituições sociais... Ela reveste-se de uma aparência mais humana e social, constitui-se em equipes que acompanham o paciente sem que este tenha de sair de sua casa, interessa-se pelos problemas sociais e econômicos dos pacientes... Daí, a profilaxia, a despistagem, e a fragmentação do território em setores psiquiátricos... (FLEMING, 1976, p. 32)

Sobre as práticas psiquiátricas e o caráter preventivista que assume a psiquiatria após a Segunda Guerra Mundial, Yasui (2006) comenta:

a psiquiatria é o discurso que instrumentaliza e legitima uma intervenção política, uma prática disciplinadora, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas. Após a Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria vai deixar as grandes anomalias e voltar-se para a “saúde mental”, para a prevenção dos desvios. Não se trata mais de corrigir, mas de educar para produzir um indivíduo

saudável e de prever a doença, antecipando-se onde houver comportamentos de risco, desviantes de norma. As reformas propostas pela psiquiatria comunitária norte-americana e pela psiquiatria de setor francesa concretizam este ideal (...). (YASUI, 2006, p.80)

E se a medicina psiquiátrica pretende se antecipar e prever comportamentos ou atitudes inadequadas à ordem social estabelecida, uma das formas de controle e disciplinamento desses corpos, na atualidade, será através da prescrição de psicofármacos.

Se antes o que curava era o dispositivo hospitalar (FOUCAULT, 2006), na contemporaneidade a “máquina de cura” da psiquiatria será deslocada para os psicofármacos.

A prescrição de medicamentos, esse procedimento exclusivo da medicina, constituiu-se num avalizador importante desse papel de gerenciamento humano exercido pela medicina porque, muitas vezes, se não na grande maioria dos casos, prescrever medicamentos aparenta ser a única alternativa científica de tratamento. Para isso, vale passar por cima de qualquer questão que possa implicar outra explicação e/ou tratamento à doença.

O uso da medicação se insere no campo da relação médico/paciente, em que são estabelecidos lugares sociais, nos quais o médico é aquele que sabe e o doente aquele que espera, pacientemente, a cura. Neste sistema vertical e hierárquico implicado no ato da prescrição e da receita médica, o medicamento irá atuar na confirmação dessa relação de dependência do paciente para com o médico. Para Luzio (2003), a maciça propaganda acaba por incutir na maioria das pessoas a idéia de que medicar é sinônimo de tratar, e, portanto, o bom médico é aquele que medica. Com os medicamentos psicofármacos, essa relação não será diferente. O sujeito apresenta sua dificuldade ou queixa ao especialista, que a associa a uma listagem sindrômica vinculada a uma rotulação diagnóstica, cujos componentes serão tratados com medicamentos. Mas há autores, no entanto, que consideram essa conduta como o próprio abandono da clínica:

Fundar uma prática de diagnóstico com base no consenso estatístico de termos relativos a transtornos – que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos- é abandonar a clínica feita de sinais e sintomas que se liguem à uma estrutura clínica, ou seja, a estrutura do próprio sujeito. (QUINET, 2001, p. 75)

A psiquiatria atualmente, mediada pelo discurso da neurociência e da psicofarmacologia, define novas rotulações diagnósticas e novas formas de tratamento do sofrimento psíquico, cunhando termos e definições terapêuticas que se tornaram parte da linguagem cotidiana. A psiquiatria criou uma concepção de que a única explicação válida para qualquer tipo de desconforto psíquico seria a descrição fisicalista, em que a vida psíquica do homem seria reduzida a sua estrutura biológica. Associada a essa idéia, há uma

psiquiatrização da vida social, que transforma todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico, fundamentado na neurologia e na genética, fatores que incentivam o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos. Nessa configuração, Bogochvol (2001) comenta que há uma “marcante biologização” da vida humana:

A euforia associada às neurociências e à biologia é correlativa de uma marcante *biologização* do homem. Para os defensores mais radicais do biologicismo que se instalou no pensamento moderno, a natureza humana se reduz à sua estrutura biológica, o mal-estar que a afeta é explicável biologicamente, seu tratamento é biológico e tudo isto já estaria definitivamente comprovado pela ciência. (BOGOCHVOL, 2001, p. 37)

O próprio ato de receber a receita médica e utilizar o psicofármacos pode atuar de maneira a promover a desresponsabilização e despolitização do sujeito em relação a seu sofrimento psíquico, o que, para Bogochvol (2001), está relacionado a um evidente processo de biologização que atualmente tende a transformar qualquer mal-estar em doença. Os medicamentos reduzidos a algo trivial, transformados em uma “droga da felicidade”, são prescritos e utilizados como solucionadores mágicos de um sofrimento cujas bases vivenciais paciente e profissional parecem fazer questão de desconhecer. Alguns autores que estudam a banalização da prescrição de psicofármacos, problematizam a condução de terapêuticas medicamentosas que tendem a produzir sujeitos medicados em série “sem abordarem o sintoma como uma manifestação subjetiva” (QUINET, 2001, p. 76).

Sobre essa tendência de banalização da prescrição de psicofármacos, podemos destacar os antidepressivos como um dos tipos de psicofármacos mais prescritos pela psiquiatria na atualidade. Calligaris (2007) comenta que os antidepressivos, atualmente, passaram a ser uma “espécie de aspirina”, concebidos como capazes de “aliviar qualquer tristeza”.

No Brasil, entre os anos de 2003 e 2007, a venda de antidepressivos em farmácias cresceu 42%, conforme levantamento da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) com base nos dados fornecidos pelo IMS Health. No ano de 2003 eram comercializados 17 milhões de unidades de antidepressivos, no ano de 2007 foram consumidas 24 milhões e os números em 2008 tendem a serem ainda maiores: os registros de janeiro a julho somam 15 milhões de unidades de medicamentos (GUIMARÃES, 2008).

A banalização da administração de antidepressivos pode ser constatada nos discursos de alguns psiquiatras que propagam a idéia de que esse tipo de droga poderia trazer “benefícios” também para pessoas que não apresentam qualquer mal-estar psíquico. Esse ponto de vista de medicalização geral é, também, propagado na grande imprensa. Em

entrevista publicada numa revista de grande circulação nacional, Gentil Filho defendeu a tese de que a medicação psiquiátrica deve ser prescrita até mesmo para as pessoas que não apresentam qualquer tipo de sofrimento ou transtorno psíquico, uma vez que a utilização dos psicofármacos – antidepressivos - poderia fazer essas pessoas se sentirem “melhor do que bem” (GENTIL et. al., 2007). Ao ser interrogado se a medicina psiquiátrica não estaria superdiagnosticando ou, como consideramos, supermedicando, ele expõe que é melhor a psiquiatria “pecar pelo excesso do que pela falta”, defendendo a idéia de que seria sempre melhor colher os benefícios da medicação do que temer seus efeitos prejudiciais (BUCHALLA, 2007). Nesse processo de medicalização proposto pelo psiquiatra, o objetivo é atingir toda a população com a prescrição de psicofármacos. Um procedimento de *higienização* que poderá produzir, inusitadamente, o sujeito anormal justamente naquele que não utiliza o psicofármaco.

O conluio entre indústria farmacêutica e medicina psiquiátrica

O processo de ampliação do alcance da psiquiatria promovido por uma medicina que tende a estender suas concepções de saúde a toda população ainda encontrou, como aliada, a indústria de psicofármacos que, com seus interesses lucrativos, utiliza-se de estratégias que influenciam a expansão dessa prática médica.

A indústria farmacêutica, através de diversas estratégias, tem exercido grande influência na prescrição médica (GREENLAND, 2009). Um dos recursos utilizados pelos laboratórios tem sido propalar a idéia de que o bom médico é aquele que está disposto a ter sempre em seu consultório novidades de medicamentos, o que representaria - ilusoriamente - uma maior eficiência médica, tanto para o próprio profissional, como também para o paciente. A concepção de que novos medicamentos, supostamente produzidos com base em novas premissas científicas e modernas tecnologias, apresentam maior eficácia em comparação a produtos mais antigos permeia os discursos de propaganda e comercialização dos laboratórios farmacêuticos. Entretanto, nem sempre novos medicamentos cumpriam uma função diferente ou melhor que os mais antigos (MANTOVANI, 2009; ANGEL, 2007; CORDEIRO, 1985).

Na década de 50, quando foi sintetizado o primeiro psicofármaco da atualidade, a clorpromazina, as indústrias de medicamentos passaram a investir no financiamento de drogas

para o tratamento psiquiátrico, cujo resultado foi o surgimento de um número excedente de psicofármacos no mercado (GUIMARÃES, 2008). Essa grande quantidade de medicamentos raramente são produtos inovadores, em sua maioria são versões aparentemente novas de medicamentos já existentes no mercado (ANGELL, 2007; CORDEIRO, 1985).

Apesar da concepção médica de que essa multiplicidade de medicamentos serviria para possibilitar o tratamento dos diversos tipos de sofrimento psíquico, na realidade o que se evidencia é uma produção de novos sintomas, antes inexistentes, e sua conversão em doenças mentais. Conforme Angell (2007), os laboratórios farmacêuticos freqüentemente anunciam novas doenças para se encaixarem nos medicamentos que pretende lançar. A autora cita como exemplo o laboratório *Lilly*, que converteu os sintomas de tensão pré-menstrual, comum a todas as mulheres, em uma doença denominada de “*Transtorno de Disforia Pré-Menstrual*”. Apesar dessa doença ainda não constar dos manuais de diagnósticos psiquiátricos, não seria surpresa seu aparecimento numa próxima edição. Interessante notar que o novo medicamento para o tratamento desse “transtorno que acomete as mulheres” é o mesmo do Prozac, aquele antidepressivo descoberto no final dos anos 80, cuja carreira de verdadeiro *best seller* é bastante conhecida.

Nesse aspecto, pode-se considerar que os diagnósticos psiquiátricos possam estar mais perto das construções de uma medicina corporativa e do *marketing* da indústria farmacêutica do que, propriamente, de eventos da natureza. Essa relação da psiquiatria com a indústria de medicamentos, conforme aponta Guarido (2007), constitui-se num dos determinantes da conformação da psicopatologia moderna:

A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais. O consumo em larga escala dos medicamentos e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX. (p.159).

Cordeiro (1985), ao comentar a produção de novos medicamentos, indica que muitas das queixas apresentadas por pacientes “correspondem a sintomas inespecíficos” e que muitas inovações da indústria farmacêutica surgiriam apenas para organizar esses sintomas antes dispersos e facilitar ao médico a possibilidade de uma “nova indicação terapêutica”. “Na realidade, longe de representar uma forma de intervenção técnica, o novo medicamento substitui o diálogo do médico com o paciente, garante o prestígio profissional e medicaliza problemas vitais.” (CORDEIRO, 1985, p. 72)

A relação da indústria farmacêutica com o profissional da medicina é marcada, muitas vezes, por uma conjunção de interesses que guarda pouca ou nenhuma relação com a saúde do paciente. O médico ganha com a propaganda da suposta eficácia do novo medicamento, pois além de ter aumentadas sua credibilidade, produtividade e possibilidade de um maior número de atendimentos, ainda tem sua fidelidade recompensada por meio de uma série de vantagens e oferecimentos cujo significado financeiro não é nada desprezível (GREENLAND, 2009). Já a indústria ganharia seu melhor e mais eficiente representante. Telles (2000) comenta aquilo que chama de “espúrio conluio” entre a medicina e a indústria de medicamentos:

a prestigiadíssima New England Journal of Medicine confessou ter por várias vezes cedido a essas pressões [da indústria farmacêutica], publicando artigos, favoráveis a determinadas medicações, escritos por médicos que tinham vínculos financeiros com os laboratórios que fabricavam tais medicações. Isso mostra a que níveis podem chegar essa aliança, envolvendo o que seria o grupo de elite da medicina americana, estabelecendo espúrios conluios entre a indústria farmacêutica e a academia, tudo sacramentado sob o título de "investigações científicas". Envolvidos neste escândalo estavam desde pequenos laboratórios até gigantes como a Bristol-Myers Squibb, a Merck and Co., Pharmacia & Upjohn, Wyeth-Ayerst.

Sobre essas relações nada terapêuticas e pouco éticas entre as grandes corporações e os agentes da saúde humana, Quinet (2001, p. 19) nos convida a uma reflexão necessária:

Até que ponto o desenvolvimento das neurociências e da psicofarmacologia se presta ao discurso capitalista? O dinheiro investido em suas pesquisas não poderia inverter a ordem das coisas? Em vez de termos drogas cada vez mais eficazes para combater novos males decorrentes da transformação da sociedade, será que agora não são os ‘males’ que são criados e categorizados em novas síndromes, para serem tratados pelas novas drogas? A evolução da ciência na psiquiatria produz novos remédios para novos males ou produz novos males, pseudomales, para que sejam tratados pelos medicamentos que fabrica? Nesse caso, vemos as neurociências a serviço do discurso capitalista não só produzindo novas drogas (novos gadgets) mas também novas categorias diagnósticas que justificam ‘médica-mente’ a utilização dos psicofármacos. (QUINET, 2001, p.19)

A indústria farmacêutica, impedida de vender esse tipo de medicamento diretamente aos consumidores, que só podem obtê-los através da prescrição médica, privilegia relações de parceria com a medicina. Na aliança entre indústria farmacêutica e medicina ocorre um esforço “para estabilizar na sociedade um discurso biológico e o conceito das doenças, fazendo com que a população aprenda a reconhecer em suas experiências de vida os critérios de diagnóstico” (AGUIAR, 2003, p. 8)

O discurso da saúde/doença, fortemente veiculado na mídia de consumo, cumpre o papel de promover, na população, o consumo de medicamentos. Na sociedade contemporânea

de consumo todos os desejos, sonhos, projetos, paixões, materializam-se e são oferecidos pelo mercado como produtos que podem ser comprados e consumidos (LEFÈVRE, 1991).

Segundo Lefèvre (1991), falar de saúde no mundo atual significa dizer das mercadorias de saúde, tanto quanto falar do lazer é remeter-se à televisão. As soluções para a promoção de saúde são materializadas e transformadas em diversos objetos consumíveis, como seguros de vida, alimentos específicos - chás, xaropes, iogurtes - e medicamentos. O autor, em seu livro “O medicamento como mercadoria simbólica”, explicita que assim como a sociedade atual transforma a saúde em bens de consumo, também transforma o medicamento em símbolo de saúde. Cordeiro (1985), citado por Lefèvre, relaciona esta circunstância do medicamento à própria economia industrial:

O medicamento ocupa o lugar de símbolos e representações, que invadem os determinantes sociais das doenças, iludindo os indivíduos com a aparência de eficácia científica e como mercadorias realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial. (LEFÈVRE, 1991, p.22)

E o discurso da “promoção de saúde”, que obviamente não precisa estar adicto a interesses econômicos ou corporativos, acaba sendo instrumentalizado para uma maior circulação e venda dos medicamentos como mercadorias que devem cumprir seu ciclo de mediadoras de acumulação de capital. O investimento da indústria farmacêutica em pesquisas farmacológicas vinculado a oportunidades de mercado favorece o surgimento de uma quantidade ilimitada de novas drogas, cujo principal objetivo, numa lógica capitalista de produção e consumo, é a obtenção de lucro com a venda desse produto. No entanto, os efeitos colaterais das substâncias produzidas para substituírem as mais antigas nunca ou quase nunca são divulgados (ANGEL, 2007).

Em recente reportagem, publicada em um jornal de grande circulação nacional, revelou-se que os antipsicóticos modernos, chamados de drogas de segunda geração, não são mais seguros que seus antecessores no que toca aos efeitos na saúde cardiovascular dos pacientes (MANTOVANI, 2009). Estudos já mostravam que os antigos antipsicóticos aumentavam o risco de morte súbita cardíaca e, bem por isso, o fabricante apresentava um novo produto para o mesmo tratamento. Entretanto, os efeitos colaterais das novas drogas antipsicóticas não eram divulgados. Talvez porque um mês de tratamento com os novos antipsicóticos pode custar mais de R\$ 1.000, enquanto uma caixa com 20 comprimidos do mais usado dos clássicos, o haloperidol, pode ser encontrada por R\$ 7,00 (IDEM, 2009).

Casos como esses são exemplos ilustrativos de como o advento dos psicofármacos deu à psiquiatria, conforme Carvalho e Amarante (2000), bem mais do que o ensejo de discursar sobre a sede orgânica da doença mental:

Atravessando o tempo até os dias atuais, pode-se constatar uma tendência contemporânea na psicofarmacologia que, animada pela injeção de recursos financeiros das indústrias farmacêuticas, busca encontrar na intimidade invisível das sinapses e na especulativa funcionalidade celular a tal ‘realidade objetiva’. Trata-se, muito mais do que de um idealizado anseio de busca de uma verdade ‘cada vez mais verdadeira’ e pura, de uma questão de mercado e de estratégia de hegemonia. (p. 45).

CAPÍTULO III

SOBRE A ORIGEM DA PSIQUIATRIA NO BRASIL, SOBRE A EXPANSÃO DAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS, SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Estou no hospício, deus. E hospício é este branco sem fim, onde nos arrancam o coração a cada instante, trazem-no de volta, e o recebemos: trêmulo, exangue – e sempre outro. Hospício são as flores frias que se colam em nossas cabeças perdidas em escadarias de mármore antigo, subitamente futuro – como o que não se pode ainda compreender. São mãos longas levando-nos para não sei onde – paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incomensuráveis: Hospício é não se sabe o que, porque Hospício é deus.

Hospício é deus,
de.Maura Lopes Cançado

Do encarceramento da loucura no Brasil à medicalização do hospício

A trajetória do louco na história do Brasil colônia pouco difere da européia antes do século XVII, época em que os loucos constituíam um elemento comum à vida cotidiana e vagavam livremente na condição de errantes. A loucura era vista como pertencente à paisagem urbana e rural e só era excluída do convívio no caso de tornar-se perigosa. Os loucos tampouco se somavam ao contingente de clientes das instituições de caridade e das Santas Casas de Misericórdia, existentes desde o século XVI no Brasil, onde se abrigavam velhos, órfãos, mendigos e doentes pobres (RESENDE, 1987).

As modificações e transformações da sociedade brasileira no começo do século XIX, decorrentes da chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro, determinariam o encerramento daqueles que, por qualquer razão, representassem perigo à ordem pública. Seriam estabelecidas medidas de controle social com a finalidade de excluir os perturbadores, desordeiros ou qualquer obstáculo que pudesse interferir na ordenação das populações e no crescimento econômico das cidades. O louco, cuja liberdade era anteriormente tolerada, viria a engrossar o contingente de pobres, vagabundos, incapacitados e arruaceiros que representassem ameaça à ordem urbana que, então, se instalava. A loucura, enfrentada como problema social, será objeto de intervenção do Estado.

Os loucos e os marginalizados de todas as espécies, impedidos de transitar livremente pelas ruas das cidades, seriam encerrados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, circunstâncias muito semelhantes ao grande aprisionamento de pobres que, desde o século XVI, estabelecera na Europa aquilo que Foucault denominou como “o grande enclausuramento”.

A partir de 1830, a recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro investirá em protestos contra a situação dos loucos nas Santas Casas de Misericórdia e, a exemplo da medicina alienista européia, irá reivindicar para si o domínio da loucura. A argumentação médica estava circunscrita à idéia de que o Hospital de Misericórdia não oferecia condições para promover a cura do doente e, portanto, seria necessária a criação de uma instituição destinada especificamente para tratar a loucura. A luta médica pelo saber/poder em torno da loucura culminaria na construção do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, inaugurado no ano de 1852, considerado por diversos autores um marco institucional da psiquiatria brasileira (RESENDE, 1987; MACHADO et. al, 1978; AMARANTE, 1994).

Após a instalação do hospício do Rio de Janeiro, novas instituições psiquiátricas seriam inauguradas em diversas localidades do país. Entretanto, esses novos hospícios, ainda que criados sob o amparo dos discursos da medicina alienista, permaneceriam sob administração de leigos e continuariam a funcionar apenas como local de depósito de indesejáveis. Os médicos, excluídos da direção e organização dos hospícios, reivindicavam o poder institucional e argumentavam sobre a necessidade desses estabelecimentos oferecerem condições de recuperação do louco, algo que, supostamente, só o tratamento médico poderia proporcionar.

Com o advento da República, a medicina social brasileira, marcada pelos ideais positivistas do pensamento científico e social da época, será autorizada a intervir mais ativamente no campo da doença mental. A instituição asilar que antes estava sob o domínio da Igreja e das Santas Casas de Misericórdia seria, finalmente, transferida para a tutela médica, que passaria a ocupar a direção dos hospícios que então se instalavam. O hospício, principal instrumento terapêutico da psiquiatria emergente será, a partir de então, o espaço institucional de controle do louco onde, também no Brasil, se legitimaria o discurso médico-psiquiátrico no controle e administração dessa contingência humana.

Machado et. al. (1978), inspirados nos estudos de Foucault sobre as instituições européias, irão analisar os principais aspectos de organização da vida asilar brasileira. O primeiro aspecto apontado pelos autores foi o estabelecimento do isolamento institucional que promoveu a separação do louco do meio social e familiar. O segundo foi a organização do

espaço interno da instituição, onde os doentes seriam distribuídos de forma ordenada e regular. O terceiro foi a vigilância do louco em todos os momentos e lugares. O quarto, a distribuição do tempo, evitando-se o ócio do doente através da prescrição de uma ocupação regrada e sistemática. Finalmente, o quinto, composto pela repressão, controle e individualização, seria obtido através do estabelecimento de normas e comportamentos adequados, principalmente, no que se refere à questão da dependência e da submissão do alienado à figura suprema do médico (MACHADO et. al., 1978). Essa ordem disciplinar, que caracterizaria o espaço manicomial, sempre foi considerada fundamental à ação terapêutica fundada no tratamento moral, que só poderia ser realizada no interior dessa configuração hierárquica e rigidamente regrada de espaço e de poder (FOUCAULT, 2006).

Da legitimação do poder médico dentro da instituição asilar, os alienistas brasileiros partiriam, também, para a organização do espaço social. Conforme Cunha (1986), a ofensiva da psiquiatria para além dos muros dos hospícios constituirá um discurso médico de moralização e disciplinarização das camadas populares que atingirá todas as instâncias da vida cotidiana:

Autorizada por seu caráter científico, a medicina higiênica – como a medicina mental – vai constituir um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo a esfera das relações pessoais para moldá-las segundo os propósitos da ordem e da disciplina urbanas. (...) Elas transitam por diferentes questões e iniciativas que incidem sobre o cotidiano da vida urbana, da habitação à saúde, da sexualidade à norma familiar, do crime às mobilizações operária, do medo das turbas e multidões ao receio à loucura, à promiscuidade, à devassidão. (CUNHA, 1986, p. 35).

Nessa perspectiva, a medicina higiênica, juntamente com a psiquiatria, investirá no saneamento das cidades que, à época, estavam em acelerada expansão, onde proliferavam cortiços e favelas, considerados focos de doenças infecciosas e do perigo representado pela aglomeração da população de maltrapilhos e desempregados (RESENDE, 1987). Os processos de saneamento das cidades e de disciplinarização da vida cotidiana levariam ao recolhimento e ao enclausuramento daqueles que fossem considerados foco de perigo, de desordem e, até mesmo, daquele remanescente improdutivo da força de trabalho que era chamado de vadiagem.

Toda essa sistemática de organização do espaço urbano estaria fundamentada em pressupostos científicos que, supostamente, permitiriam ao saber psiquiátrico medicalizar todo tipo de comportamento social que se distanciava das normas da moral e da disciplina.

A psiquiatria alienista brasileira, que já incluía como um de seus fundamentos a teoria da degenerescência moreliana, estenderia seu domínio para as grandes concentrações populares e legitimaria um discurso sobre as populações marginais que habitavam as grandes

idades. “Nesta ótica, o ambiente urbano será expressamente responsabilizado pela geração de um número crescente de ‘degenerados’(...)” (CUNHA, 1986, p. 26).

No Brasil, da mesma forma que ocorrera na Europa no período da psiquiatria moreliana, a disseminação daquele enfoque organicista, no qual os fatores hereditários e fisiológicos seriam apontados como uma das causas das doenças mentais, caminharia junto com a percepção de que os aspectos referentes ao meio social deveriam ocupar um lugar de destaque na etiologia das doenças mentais. Dessa forma, “as degenerescências e os desvios passaram a ser vistos não apenas como produto da hereditariedade, mas também como resultado da desordem social (...)” (ENGEL, 1999, p. 550).

Nessa configuração, o hospício continuava sendo um local de enclausuramento de contingentes populacionais pobres considerados indesejáveis e inconvenientes à sociedade, característica asilar descrita por Lima Barreto, escritor que sofrera com a mentalidade da época e fora diversas vezes submetido a internações em hospícios na cidade do Rio de Janeiro. Em seu livro *Cemitério dos Vivos*, escrito no começo do século XX, Lima Barreto descreve a composição da população de internos que era depositada nos pavilhões dessas instituições:

Os loucos são de proveniências das mais diversas; originam-se, em geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros (...); são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros etc. (BARRETO, 2007, p. 357)

O tratamento da loucura dentro dessas instituições estava circunscrito às práticas de coerção e de tortura. Tais métodos repressivos, coadjuvados à imposição do trabalho forçado nas colônias agrícolas, iriam constituir a base do tratamento moral nas instalações brasileiras. Dentre os tipos de tratamento da época, os principais eram: os banhos frios ou quentes; a aplicação de “capacetes de gelo”; a “malarioterapia”, que consistia na inoculação da malária no organismo de pacientes; a aplicação de injeções de morfina e de outras substâncias sedativas; o isolamento em “quartos fortes”; e a “traumaterapia”, macabra conquista da psiquiatria brasileira, “orgulhosamente” descoberta pelo médico Franco da Rocha, que consistia em uma violenta pancada na boca do estômago do paciente, da qual advinha aquela imobilidade contida que gratificava a expectativa de tranquilidade das terapias psiquiátricas de então (CUNHA, 1986).

O higienismo e a ampliação do alcance psiquiátrico

Nas primeiras décadas do século XX, a intervenção da psiquiatria no campo social se tornaria ainda mais ampla, com o advento das concepções e práticas do movimento higienista que, com o objetivo de direcionar e racionalizar a existência humana, procuraria perscrutar as concentrações populares, dando início ao processo de patologização da vida cotidiana.

Juliano Moreira, designado no ano de 1903 para substituir Teixeira Brandão na direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados e do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, daria continuidade ao enclausuramento de contingentes populacionais pobres. Sua vinculação à psicopatologia alemã, que também tinha suas bases na teoria da degenerescência, levá-lo-ia a elaborar, juntamente com outros psiquiatras da época, a primeira classificação psiquiátrica brasileira, muita semelhante à nosologia kraepeliniana (VENÂNCIO, 2003). A fundamentação na idéia de predisposição hereditária à doença mental, que constituiria a base da nova classificação psiquiátrica, abriria caminhos para a psiquiatria brasileira adotar as concepções e os projetos eugênicos como forma de, supostamente, enfrentar o problema daquela degeneração congênita que a própria psiquiatria havia inventado e desenvolvido na segunda metade do sec. XIX europeu.

Influenciado pelo moderno pensamento europeu da época, Juliano Moreira acreditava que assim como a microbiologia determinava grandes avanços no tratamento de doenças infecciosas, o isolamento dos seus agentes e a prescrição de pautas de higienização da vida cotidiana também operariam uma ação eficiente da psiquiatria na prevenção da doença mental (LOUGON, 2006).

Nessa configuração, a psiquiatria procuraria adaptar os conceitos de higiene social para o campo da profilaxia da doença mental e deslocaria seus discursos e suas práticas para além dos domínios médicos tradicionais. Dessa forma, o alvo de cuidados dos psiquiatras deixaria de ser exclusivamente o sujeito considerado doente e passaria a englobar também o indivíduo tido como normal, ou seja, aquele suspeito ainda não acometido dos males insidiosos da loucura (COSTA, 2007).

No processo de prevenção da loucura, a psiquiatria ampliaria seu campo de abrangência para além das instituições manicomiais, para intervir na família, na educação, nas disposições 'raciais', na vida social como um todo. Isso proporcionará à psiquiatria brasileira uma extraordinária expansão de seu alcance diagnóstico, um passo marcante do expansionismo médico que produzirá a ampla medicalização do social característica das sociedades contemporâneas.

A psiquiatria, no começo do século passado, tinha pretensões de estender seus métodos de higiene mental para todo o povo brasileiro. Isso levaria ao investimento de recursos na construção de serviços de tipo ambulatorial, com o intuito de identificar e intervir na fase inicial da doença mental, através da ampla triagem de pacientes que seriam encaminhados para o hospital psiquiátrico. No ano de 1924, Gustavo Riedel (citado por Lougnon, 2006, p.75) definiria as seguintes funções para os ambulatórios: “realizar a prevenção das doenças mentais, pelos métodos mais modernos, pôr em prática paralelamente os mais úteis objetivos eugenéticos e, como pretexto, prestar ótima assistência médica a grande parte da população pobre dos subúrbios”

As propostas de intervenção psiquiátrica e de prevenção da doença mental focadas nas populações pobres, assim como pretendia Riedel, não era puro acaso. Desde sua origem, o projeto psiquiátrico de profilaxia da enfermidade mental sempre esteve centrado nas populações miseráveis, conforme o legado de Morel que, no fim do século XIX, a partir das observações do proletariado pobre da região de regiões manufatureiras da França, construiria as concepções de profilaxia dos desvios doentios pelos quais se interpretava os males da miséria de então. (CASTEL, 1978; ROCHA, 1997). A profilaxia consistia em exercer uma constante vigilância da população para o controle da deterioração hereditária e para evitar as manifestações da degeneração, vista à época como causa geral da doença mental.

Nas primeiras décadas do século XX, período de intensa industrialização e urbanização das cidades brasileiras, todas as esferas da sociedade estariam sob o olhar da medicina higienista e eugenista que, seguindo os mesmos passos do alienismo da época, iria transpor o olhar vigilante e a observação sistemática, característica da instituição manicomial, para os hábitos sociais e para o saneamento das cidades (SEIXAS, 2005).

A institucionalização das concepções higienistas e eugenistas iria culminar na organização de algumas associações que desenvolveriam estudos e investiriam em programas de higienização e eugeniização da população, com o propósito de conquistar a perfeição física e moral da nação brasileira. Dentre as associações, destacam-se: a Sociedade Eugênica de São Paulo, fundada pelo médico Renato Kelh, em 1917; a Sociedade Brasileira de Higiene, organizada em 1923; a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada por Gustavo Riedel, em 1923; e a Liga Paulista de Higiene Mental, fundada por Pacheco e Silva, em 1926.

Renato Kelh, um dos grandes eugenistas brasileiros (citado por Boarini e Yamamoto, 2004, p.), definia, no ano de 1935, as diferenças entre o higienismo e a eugenia:

a higiene, por exemplo, procura melhorar as condições do meio e as individuais, para tornar os homens em melhor estado físico, a eugenia, intermediária entre a higiene social e a medicina prática, favorecendo os fatores sociais de tendência seletiva, se

esforça pelo constante e progressivo multiplicar de indivíduos “bem dotados” ou eugenizados.

Para evitar à propagação de indivíduos degenerados, as medidas eugênicas caberiam perfeitamente nos propósitos médicos. Os principais objetivos dos programas eugênicos eram preservar as gerações futuras das doenças, que seriam transmitidas hereditariamente, e promover o aperfeiçoamento da ‘raça’. Para a conquista de tais propósitos seria necessário regenerar a população através do controle da sua reprodução, o que compreendia um conjunto de ações eugênicas:

movidos pelo ideal de aperfeiçoamento do homem brasileiro, os psiquiatras da LBHM vão definindo seu campo de ação, elegendo certos temas como prioritários, na tarefa de garantir a “defesa da mentalidade da raça”, combate ao alcoolismo e aos “vícios sociais”; imigração selecionada; controle dos casamentos (para prevenir uniões indesejáveis, bem como incentivar as eugenicamente desejáveis); esterilização compulsória dos ditos degenerados; seleção e orientação profissional; atenção à infância para um desenvolvimento mental sadio e eugênico (REIS, 2003, p. 186).

A presença crescente do modelo eugênico alemão que, por sua vez, chegaria a dimensões especialmente vigorosas e trágicas no período nazista, levaria a psiquiatria brasileira aos mais radicais propósitos. Por volta da década de 30, as propostas de esterilização compulsória ganhavam força no interior da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e, em alguns casos, tais medidas já eram colocadas em prática. Conforme Reis (2003), Ernani Lopes em uma das reuniões da Liga comentara que Juliano Moreira já vinha autorizando medidas de esterilização mesmo em casos de pacientes que, mais tarde, foram considerados passíveis de cura e de alta hospitalar. As argumentações daqueles que defendiam tal procedimento, que já era praticado em países como os EUA e a Alemanha, estavam relacionadas à defesa da sociedade e da ‘saúde racial’ da população (REIS, 2003).

Entretanto, também existiam as vozes daqueles que discordavam dos procedimentos propostos pela corrente radical da psiquiatria eugênica. O psiquiatra Ulisses Pernambucano, que mantinha ligações com a LBHM, propunha a extinção das celas-fortes e das camisas-de-força e pretendia oferecer no Hospital de Recife, onde era diretor, a humanização do tratamento e a assistência personalizada aos internos (BOARINI, 2006; COSTA, 2007). Esses psiquiatras divergentes, que orientavam suas pesquisas na direção diversa à higiene social racista e propunham a humanização dos hospitais, não se destacavam diante da marcante hegemonia da psiquiatria, que continuaria, ainda por muitos anos, a enclausurar aqueles identificados como degenerados e a submetê-los a terapêuticas repressivas e violentas.

Mas a construção de novos hospitais e a ampliação dos já existentes não cessou de crescer. A psiquiatria, na década de 30, ainda encontraria novos recursos pretensamente

terapêuticos. É a época da descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, tratamentos hospitalares que levariam a psiquiatria a tornar mais frequente o asilamento. Na década de 50, com a descoberta dos antipsicóticos, a psiquiatria fortaleceria ainda mais este processo de psiquiatrização e utilizaria essas medicações dentro dos asilos como mecanismo de repressão, violência, ou como forma de tornar os enfermos mais dóceis e a instituição manicomial mais tranqüila (AMARANTE, 1994).

A implantação dos ambulatórios de saúde mental e a expansão das práticas psiquiátricas

Se nos EUA e na Europa as primeiras experiências de reformas psiquiátricas ocorreram após a Segunda Guerra Mundial, no Brasil essas inovações demoraram alguns anos para influenciar as políticas públicas de Saúde Mental. Conforme Amarante (1994, p. 79), o desenvolvimento tardio e pouco expressivo dessas novas experiências no Brasil “deve-se à forte oposição exercida pelo setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho de Estado também no campo da saúde.” A criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) promoveria uma política de ações curativas e individuais que, como expõe Luzio (2003), incentivava a indústria hospitalar e a farmacêutica. O número de leitos em hospitais psiquiátricos privados conveniados com o poder público crescia expressivamente. A psiquiatria se transformara em um poderoso e lucrativo negócio e os recursos públicos cumprem um papel nada desprezível nesse contexto.

No fim da década de 60, as experiências das comunidades terapêuticas começariam a influenciar as ações de alguns psiquiatras diretores de hospitais públicos no Brasil. Entretanto, se existia a tentativa de construir dentro dos hospitais um espaço mais democrático e de liberdade para os internos, essas propostas fracassaram ou tiveram um êxito muito limitado e localizado. No fundamental, o problema manicomial permanecia praticamente intocado nas grandes instituições públicas e privadas nas quais essas experiências de comunidades terapêuticas pouco passavam de recursos de “marketing”, de meros adereços de aparente modernidade, sem qualquer impacto significativo na organização interna asilar. (TENÓRIO, 2002).

Na década de 70, as propostas da psiquiatria preventiva e comunitária norte-americana começariam a exercer influência nos programas de assistência psiquiátrica no Brasil. Diante das denúncias de violência e segregação dentro da instituição manicomial,

alguns intelectuais críticos do campo da saúde veriam na proposta da psiquiatria preventiva comunitária norte-americana uma alternativa plausível ao encarceramento da loucura.

Nessa configuração, seriam criados, em caráter ainda experimental, alguns ambulatórios de saúde mental com a finalidade de proporcionar algumas modificações na assistência psiquiátrica, principalmente no que se refere à diminuição da internação psiquiátrica e à priorização das ações extra-hospitalares no tratamento da doença mental. Entretanto, o hospital psiquiátrico nem de longe seria descartado. Pelo contrário, as internações hospitalares ainda eram consideradas uma etapa necessária do tratamento da doença mental. Nessa perspectiva, as propostas mais progressistas da época eram de que a instituição manicomial se organizasse conforme os princípios das comunidades terapêuticas, com o intuito de melhorar as condições dos doentes internos. E os serviços ambulatoriais, organizados conforme os fundamentos da psiquiatria preventiva, deveriam oferecer tratamento extra-hospitalar aos egressos manicomiais, para evitar a re-internação que agravava os orçamentos hospitalares de então. Curiosamente, funcionava uma sistemática na qual os aparelhos de um recurso preventivo entravam em cena somente depois do atendimento manicomial.

No ano de 1982, na elaboração do projeto do programa de governo do então candidato do Estado de São Paulo, Franco Montoro, reuniu-se um grupo de pessoas que, dentre outras questões, também pensaram sistematicamente um programa de saúde mental para o estado. Nem todas as pessoas desses grupos de discussão eram adeptas do mesmo partido político da candidatura de Montoro, mas tinham em comum a vontade de modificar a situação do país, que passara por períodos de escuridão com a ditadura militar. No programa de saúde mental elaborado por essas equipes, as principais propostas eram a ampliação da rede de ambulatórios e a criação de equipes de saúde mental que oferecessem atendimento nos próprios centros de saúde (CESARINO, 1989). Propunha-se, também, a progressiva redução dos hospitais psiquiátricos, o oferecimento de tratamento extra-hospitalar aos doentes mentais e a promoção de ações que pudessem ampliar a participação comunitária no enfrentamento dos problemas relacionados à tentativa de superação das práticas manicomiais.

Em 1983, já sob a gestão de Montoro no governo paulista, as coordenadorias de Saúde Mental elaboraram um texto denominado *"Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental"* que ficaria conhecido como a *"Cartilha da Coordenadoria de Saúde Mental"*. O documento propunha a criação, em toda rede de saúde do estado, de ambulatórios de saúde mental constituídos por

equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. Preconizava que a recepção e a triagem dos pacientes deveriam ter como finalidade o atendimento imediato, de forma a conduzir, de acordo com cada caso, à escuta e ao acolhimento da queixa do sujeito ou à formulação de um plano terapêutico para o paciente, conforme as condições de cada instituição. (FRANÇA, 1994). Além disso, nos casos em que fossem identificadas necessidades específicas, os profissionais deveriam encaminhá-los para outras instituições, com o propósito desses pacientes serem atendidos por outras especialidades do campo da saúde.

Nesses equipamentos ambulatoriais de saúde, além do atendimento de egressos de internações em hospitais psiquiátricos, a recepção e o pronto-atendimento deveriam ser destinados a avaliar a urgência requerida pelo caso, a pertinência dos possíveis encaminhamentos a ações de saúde no próprio ambulatório e a necessidade de encaminhamento para internações de curta, média ou longa duração (FRANÇA, 1994).

Os ambulatórios de saúde mental eram considerados, na época, um dispositivo inovador, pois representavam a perspectiva de criação de formas de assistência ambulatorial multidisciplinar à população de risco, antes restrita ao tratamento asilar. Essas instituições públicas, articuladas à atenção básica de saúde, seriam posicionadas para prestar assistência psiquiátrica àqueles que apresentassem qualquer tipo de sofrimento mental. Conforme França (1994, p. 75):

Esta articulação das ações psiquiátricas aos Serviços Básicos de Saúde objetiva dar cobertura a toda população de risco, incentivando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, prevenindo o agravamento do mal, o risco de internações, e aumentando a resolatividade das ações extra-hospitalares. Isto significa rever as práticas médico-psiquiátricas restritas aos Hospitais, redimensionar a relação da doença mental com a sociedade e favorecer o acesso da população a esse tipo de serviço.

Na proposta desses ambulatórios, ao lado da preocupação social de estender os serviços de saúde à população em geral, percebe-se uma clara influência das concepções da psiquiatria preventiva norte-americana de Caplan. Nesse contexto, assim como ocorrera nos Estados Unidos dos anos 60, pessoas supostamente identificadas com qualquer tipo de doença mental passaram a ser encaminhadas por profissionais dos centros de saúde, das escolas e de outras instituições da sociedade aos ambulatórios de saúde mental. A despeito de esse serviço

caracterizar-se claramente como atenção secundária, suas pretensões de alcance e amplitude assinalavam, também, uma preocupação preventiva caracteristicamente caplaniana.

Na experiência brasileira, assim como ocorrera na norte-americana, as equipes multiprofissionais mostrariam uma tendência a reproduzir a divisão de trabalho em especialidades técnico-profissionais do campo da saúde, gerando a hierarquização das relações institucionais. Sob essa tendência, as equipes de saúde centrariam sua ação em torno do atendimento psiquiátrico, fazendo que aquela nova estrutura multidisciplinar convergisse para as velhas tradições do atendimento médico. Essa característica, aliada a pretensão de amplo alcance que esse atendimento trazia de sua matriz preventiva, faria com que se estendesse amplamente na população brasileira, um modelo de assistência em saúde mental caracteristicamente médico-psiquiátrico, cujo efeito imediato seria justamente o aumento das internações psiquiátricas que tantos de seus formuladores pretendiam evitar.

Nos Estados Unidos, os programas de prevenção propostos por Caplan já haviam redundado em resultados parecidos, ocasionando um aumento significativo no número de pessoas atendidas pelos centros de saúde mental que, a mercê do modelo médico, contribuía para multiplicar novas internações em hospitais psiquiátricos. O que se observou foi que os doentes permaneceram internados em hospitais psiquiátricos e os programas de prevenção apenas retroalimentavam os manicômios (AMARANTE, 2009).

No Brasil, a aplicação do modelo também não obteria a redução das internações psiquiátricas. Pelo contrário, a ampliação do acesso da população às consultas psiquiátricas ocasionou um aumento das internações em hospitais psiquiátricos e a ampliação do uso exclusivo de recursos medicamentosos (COSTA-ROSA e YASUI, 2008).

Apesar dos ambulatórios terem surgido no âmbito das críticas em relação ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, essas instituições não conseguiram superar as práticas da psiquiatria tradicional (IDEM, 2008). Os serviços ambulatoriais se constituíram como porta de entrada para as internações psiquiátricas e para a reprodução de práticas exclusivamente medicamentosas, o que ampliaria o controle social da psiquiatria sobre a população, conforme Silva Filho (2000, p.17):

A questão ambulatorial foi sempre apresentada por setores auto intitulados progressistas como a solução para a crise político-financeira da assistência médica no Brasil. [...] No entanto, como logo se constatou, esta 'solução', apesar de implantada, não reduziu as internações, tendo aumentado o número de leitos contratados e de internações produzidas. Podemos dizer que, ao contrário, ela serviu de meio para acumulação capitalista tanto para a indústria farmacêutica quanto para

o setor privado contratado, ampliando o controle social e atualizando o mandato político-ideológico da psiquiatria sobre a desordem pública.

Conforme Costa (1980), na época do programa nacional preventivo norte-americano, também se registrou um acentuado aumento do consumo de psicotrópicos devido às transformações da assistência psiquiátrica que deixou de atuar no interior dos asilos para voltar-se, prioritariamente, a população dita sadia. Dessa forma, em decorrência do aumento das demandas para tratamento psiquiátrico e psicológico houve o “consumo induzido, prescrito e autoprescrito de medicamentos”. (AMARANTE, 2009, p. 117). No Brasil essa tendência não seria diferente.

Costa-Rosa (1995), já registrava o perigo dessa tendência nas instituições ambulatoriais nos anos 90:

Ainda predomina em tais instituições a medicação como uma regra praticamente geral para os problemas que ali afluem. Uma indicação dessa situação é dada pela existência daquilo que tem sido chamado no setor, pelos próprios trabalhadores, ‘epidemia de benzodiazepinização’ (efeitos de dependência na clientela pela administração indiscriminada de medicamentos à base de benzodiazepínicos). (IDEM, p. 67).

Na análise da organização das ações dos profissionais nesses dispositivos de saúde mental, Costa-Rosa e Yasui (2008) apontam que a consulta psiquiátrica era considerada como procedimento prioritário e essencial, o que gerava uma agenda repleta de consultas, atendimentos de curtíssima duração e grandes intervalos entre uma consulta e outra. No atendimento psicológico, havia uma reprodução do modelo da prática do profissional liberal, onde se repetia uma versão piorada do trabalho de consultórios privados que, ao lado de uma eficiência meramente representativa, promoveria nos serviços ambulatoriais uma longa lista de espera. Os grupos de orientação, coordenados pelo profissional de enfermagem ou pela assistência social, reproduziam aquele modelo pedagógico “geralmente à margem das demandas subjetivas específicas daqueles indivíduos”. (p.32)

No contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica, seriam apontadas as limitações dos dispositivos ambulatoriais no que se refere à superação das práticas da psiquiatria preventiva tradicional e do modelo médico hegemônico. (COSTA-ROSA e YASUI, 2008; LUZIO, 2008; TENÓRIO, 2000; GOLDBERG, 1996; AMARANTE, 2008). Nessa perspectiva, surgiriam novas propostas para a criação de um modelo de atenção em saúde mental que superasse aquele paradigma médico tradicional que tão bem se aproveitara da expansão dos serviços de saúde mental promovido pela instalação dos ambulatórios.

A constituição do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Antes de mais nada, é preciso dizer que a denominação Reforma Psiquiátrica brasileira, a despeito de tratar-se de expressão absolutamente consagrada pela literatura especializada, está longe de identificar um pensamento doutrinário ou mesmo homogêneo. Pelo contrário, ela é expressão de contribuições provenientes de uma pluralidade de aportes teórico-metodológicos e de variadas experiências junto aos problemas da Saúde Mental, que têm, em comum, duas características intimamente relacionadas: uma ponderada crítica antimanicomial e uma esperança de que as pessoas em sofrimento psíquico possam receber acolhimento adequado às suas necessidades, sem que isso implique em sua redução a estereotípias profissionais e a interesses corporativos.

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem sua origem recente no final da década de 70, onde se desenvolve junto a outros movimentos sociais que lutavam contra a ditadura militar, pela democratização do país e pelos direitos sociais às conquistas de nossa civilização. No contexto do enfrentamento do autoritarismo ditatorial, emergiriam as críticas ao sistema público de saúde, onde despontava o inconformismo com as péssimas condições a que eram submetidos os doentes mentais enclausurados nos hospitais psiquiátricos.

No ano de 1978, em meio à denúncia da trágica e desumana situação vivida pelos reclusos de um grande hospital psiquiátrico, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. O movimento, que seria conhecido pela sigla MTSM, denunciava o abandono, a violência, e os maus-tratos a que eram submetidos os internos e revelaria, também, a utilização de instituições psiquiátricas como instrumentos do aparelho repressivo da ditadura militar (LUZIO, 2008). O movimento se organizaria para requerer melhores condições de trabalho, desenvolveria críticas ao uso do eletrochoque, denunciaria a cronificação produzida pelo manicômio e reivindicaria a humanização dos serviços de saúde mental, para promover melhores condições de assistência à população. Identificado como um marco importante do movimento da Reforma Psiquiátrica, conforme Amarante (2009), o MTSM teria presença marcante em todos os outros acontecimentos que fariam avançar a luta contra o caráter manicomial da assistência psiquiátrica.

No mesmo ano, o movimento da Reforma Psiquiátrica seria reforçado pela realização, no Rio de Janeiro, do “I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições”, que contaria com a participação de diversas personalidades que inspiravam o pensamento crítico a respeito do saber e das práticas psiquiátricas e psicológicas. Dentre os

convidados estavam Felix Guatarri, Robert Castel, Erwing Goffman e, em especial, Franco Basaglia que, com seu lema “contra o pessimismo da teoria, o otimismo da prática”, contagiaria os participantes e fortaleceria o discurso e a prática do MTSM (YASUI, 1999; AMARANTE, 2009).

A década de 80, marcada pela grave crise financeira que assolava a economia brasileira e desgastava o governo militar, seria o palco de lutas democráticas que culminariam com a campanha “Diretas Já”, que embora não pudesse conquistar o direito de realizar eleições presidenciais livres na época, resultaria na eleição, ainda que indireta, do primeiro presidente civil após o golpe militar de 1964. (YASUI, 1999).

Nesse clima de luta e de redemocratização do país iriam se fortalecer, também, os movimentos que pleiteavam a reformulação do sistema nacional de saúde. Nessa configuração, no ano de 1986, ocorreria a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, ao contrário das conferências anteriores, seria marcada pela participação popular, contando com a representação de diversos setores da sociedade. Desta conferência surgiria uma nova concepção de saúde: “saúde como um direito do cidadão e dever do Estado” e se definiriam, também, princípios importantes como a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a participação comunitária e a integralidade dos serviços de saúde, pressupostos que culminariam, posteriormente, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Como desdobramento desta conferência histórica, no ano de 1987, seria realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Em clima de intensas discussões, seriam definidas propostas de reorganização da assistência em saúde mental, com prioridade para o sistema extra-hospitalar e para um modelo assistencial que reverteresse o caráter organicista e medicamentoso dos procedimentos terapêuticos. Nessa conferência seria tomada a decisão de realizar, no mesmo ano, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

Nesse congresso, o MTSM perceberia a necessidade de transformar-se em um movimento social com o intuito de envolver e comprometer toda a sociedade na discussão das formas tradicionais de lidar com a loucura e na construção de alternativas para a atenção em saúde mental. Dessa iniciativa, seria criado o Movimento da Luta Antimanicomial, que assumiria como lema principal uma bandeira tão ao gosto de Basaglia, que falecera no início daquela década: “por uma sociedade sem manicômios”.

Considerado como um dos acontecimentos mais importante para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, aquele congresso contaria com a participação de trabalhadores, de usuários dos serviços de saúde mental, de familiares e outros setores da sociedade. Nessa

perspectiva, aqueles que antes eram silenciados e excluídos da sociedade pela intervenção psiquiátrica, agora participariam ativamente nas discussões sobre o processo de desinstitucionalização da loucura. Dessa forma, os sujeitos antes denominados de pacientes, cujo conceito tem como significado a espera passiva de cuidados, passariam auto nomear-se ‘usuários’ dos serviços de saúde mental, uma forma de enfatizar a ruptura com a passividade e a afirmação de seu direito de uso dos recursos adequados a um atendimento de qualidade em saúde mental.

A disposição crítica quanto ao modelo tradicional da psiquiatria e o imperativo da construção de um projeto alternativo a esse modelo, levaria os atores do movimento da Reforma Psiquiátrica a circularem por diversos campos de saber. Longe de dogmatismos, era preciso ter a independência de apropriar-se das contribuições do campo da psicanálise, do materialismo histórico, do existencialismo, assim como, dos aspectos teórico-conceituais e técnico-assistenciais das experiências históricas de reformas psiquiátricas que aconteceram na Europa e nos EUA: a Psicoterapia Institucional, a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria de Setor francesa, a Psiquiatria Preventiva norte-americana, a Antipsiquiatria e, predominantemente, a Psiquiatria Democrática Italiana. (LUZIO, 2008).

As experiências brasileiras, influenciadas pela psiquiatria preventiva norte-americana, que visavam à construção de um modelo alternativo ao manicomial, não conseguiram superar as práticas da psiquiatria tradicional. As propostas de transformação dessas experiências ficaram restritas ao simples rearranjo de recursos e serviços estabelecidos em uma rede extra-hospitalar sem qualquer questionamento sobre o arcabouço teórico da psiquiatria. Eram apenas medidas de desospitalização.

Diferentemente desse processo de desospitalização, herdado do preventivismo norte-americano, a finalidade do movimento da Reforma Psiquiátrica, inspirado na trajetória prático-teórica desenvolvida por Basaglia, era de constituir, conforme Amarante (2008), um processo de desinstitucionalização da loucura.

Na busca da superação de soluções exclusivamente técnicas e administrativas, seriam enfatizadas a criação de novos dispositivos de saúde e novas tecnologias de cuidado com objetivo de superar aquelas restritas ao saber médico-psiquiátrico tradicional:

não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica. (TENÓRIO, 2002, p. 35)

Nessa configuração, vários municípios brasileiros, no final da década de 80, desenvolveriam novas experiências no âmbito da saúde mental. Compromissadas com diversos desafios, tais experiências criariam novos dispositivos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e construiriam a possibilidade de um novo lugar social para a loucura que não fosse o da anormalidade, da periculosidade, do erro, da incapacidade. Duas experiências seriam marcantes nesse processo. A primeira seria o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira, em São Paulo; e a segunda, o Programa de Saúde Mental de Santos, que implantaria os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em substituição ao hospital psiquiátrico, totalmente instinto no município. Ambas as experiências demarcariam novas formas de intervenção no campo da saúde mental e proporcionariam a construção da Atenção Psicossocial. (LUZIO, 2008).

Nesse mesmo período, tramitava no Congresso Nacional a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto de lei nº 3.657/89, proposto pelo deputado Paulo Delgado em nome da pluralidade social compreendida nessa luta, era constituído por três artigos. O primeiro previa a extinção progressiva dos manicômios e impedia a criação de novos hospitais psiquiátricos, o segundo previa o redirecionamento dos recursos públicos para os serviços substitutivos e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, única instância aceitável às decisões sobre a liberdade no contexto da sociedade de direito. (TENÓRIO, 2002).

Em virtude das dificuldades de aprovação no Senado, esse projeto de lei, objeto de diversas emendas e substitutivos, seria aprovado somente doze anos depois, em 2001. A lei aprovada, Lei 10.216/01, não contemplava a extinção progressiva dos manicômios e não estabelecia as condições para internação psiquiátrica nos termos definidos pelo projeto de lei original. Entretanto, apesar de resquícios de conservadorismo mantidos por interesses corporativos e ideológicos, essa lei representou um importante passo para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e para todo atendimento nacional em saúde mental (LUZIO, 2003).

Após a aprovação da Lei 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, outras portarias do Ministério da Saúde regulamentariam a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), onde a criatividade conjunta de trabalhadores e usuários, no que pese as dificuldades instituintes do novo, tem a possibilidade de forjar melhores caminhos de atenção no âmbito da saúde mental.

As quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira e da construção de uma Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental

estou vivendo
no mundo do hospital
tomando remédio
de psiquiatria mental
haldo1, diazepam,
rohipnol e prometazina
meu médico não sabe como
me tornar um cara normal...

Sufoco da vida, canção do
Grupo Harmonia Enlouquece,
formado por egressos manicomiais
entusiastas da luta antimanicomial

O movimento da Reforma Psiquiátrica e da construção de uma Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental são compreendidos como processos sociais complexos, que abrangem diversos âmbitos e demandam o desenvolvimento de um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela superação do modelo médico e manicomial. (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003). Conforme Amarante (2007), o processo de construção de uma atenção psicossocial requer o entrelaçamento de ações transformadoras nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural do âmbito da saúde mental.

As transformações no campo teórico-conceitual desenvolvem o questionamento do paradigma psiquiátrico e o trabalho de desconstrução do arcabouço conceitual sobre doença mental e mal-estar psíquico sustentados pela psiquiatria e pela psicologia tradicionais. Essa disposição reformadora compreende que a história constitutiva da psiquiatria mostra o desenvolvimento de um processo de apropriação do fenômeno da loucura e do sofrimento psíquico humano por parte de saberes e práticas de base corporativa que transformaram uma contingência humana em objeto exclusivo de saberes e práticas institucionais da medicina psiquiátrica e da psicologia clínica tradicionais. Basaglia, expoente histórico desse movimento crítico, já trazia a denúncia de que a psiquiatria tendia a colocar o sujeito entre parênteses em sua visão reducionista de focar a ‘doença’ que ela mesmo inventara como objeto de sua ação. E propunha o movimento inverso: colocar a “doença mental entre parênteses” para olhar a “existência sofrimento do sujeito” dentro das complexidades e especificidades que a constituem. (AMARANTE, 2007).

A disposição de colocar a “doença entre parênteses” e olhar para o sujeito em sua experiência, com suas vicissitudes, com seus problemas cotidianos, com seus projetos e anseios próprios da singularidade da aventura humana significa ampliar a noção de integralidade em saúde mental (AMARANTE, 2007) e romper com práticas essencialmente prescritivas de psicofármacos e de psicoterapias. Nessa perspectiva, os dispositivos de atendimento em saúde mental deixariam de ser lugares de exclusão, de repressão, de disciplinamento, de moralização e de medicalização estereotipadas para se constituírem como lugares especialmente propícios ao acolhimento da problematização inerente ao processo de construção subjetiva do ser humano. O próprio fato de não limitar-se ao paradigma de doença-cura, do normal-patológico, possibilitaria a construção de outras formas de acolhimento do sujeito que não fosse apenas a remissão de sintomas através da prescrição de medicamentos, que remediariam uma existência marcada pelo desvio, pelo defeito e pelo transtorno de uma suposta normalidade do ser humano reduzido ao seu funcionamento neuro-fisiológico.

Dessa forma, a produção de outros conceitos e práticas tem sido uma das preocupações fundamentais da Reforma Psiquiátrica. A proposta compreende a construção de um novo campo teórico-conceitual, estabelecendo um intenso diálogo horizontal entre as diferentes disciplinas e experiências que possam contribuir para a compreensão e atendimento do sujeito em sofrimento psíquico (YASUI, 2006). Nesse âmbito de uma atenção psicossocial, aqueles serviços de saúde mental, antes constituídos por uma equipe multiprofissional na qual cada profissional atua no âmbito restrito de sua especialidade formal, deveriam ceder espaço para a organização de uma equipe de saúde de caráter transdisciplinar. Na perspectiva dessa transdisciplinaridade, as ações da equipe deixariam de ser centradas na consulta psiquiátrica ou na aplicação de procedimentos psicoterápicos para se focarem nas necessidades e especificidades do sujeito em sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, a transdisciplinaridade “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos”. (PASSOS E BARROS, 2000, p.76).

Nesse contexto, a transformação do campo técnico-assistencial compreende a construção de uma rede de novos serviços substitutivos àqueles centrados no modelo médico tradicional e nas práticas manicomiais que lhe deram origem. A proposta é a de construção de serviços territoriais que visem à sociabilidade daqueles antes excluídos da diversidade da convivência social pelo estigma da “doença mental”. Uma proposta de romper com as práticas

disciplinares, moralizantes, medicalizadoras e psicopatologizantes, para promover ações que garantam a possibilidade desse sujeito em sofrimento psíquico ser cuidado nos espaços sociais que promovam seu desenvolvimento como sujeito de sua própria existência. (LUZIO, 2008). Esses são alguns dos princípios orientadores dos projetos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos compreendidos como estratégicos para uma atenção psicossocial em saúde. (COSTA-ROSA e YASUI, 2008).

As transformações dos serviços no âmbito da saúde mental vinculam-se a desafios no campo político-jurídico. A aprovação da lei 10.216/01 e de outras portarias que regulamentam a implantação dos serviços substitutivos foi uma grande conquista no campo legislativo da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, conforme Amarante (2007), é necessária a revisão de toda a legislação que está repleta de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam um grande obstáculo ao exercício de cidadania desses sujeitos.

No âmbito sociocultural, a proposta é a da construção de práticas sociais que visem à transformação do imaginário social relacionado com o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos e do próprio processo de medicalização da população. Franco Basaglia já propunha a desconstrução não só da estrutura física das instituições psiquiátricas, mas da própria “psiquiatria enquanto ideologia”. (AMARANTE, 2008).

No âmbito deste trabalho, poderíamos acrescentar, ainda, a necessidade de promover discussões referentes à questão da banalização da prescrição de psicofármacos. A partir da promoção de discussões de amplo alcance social e da produção cultural e artística dos atores envolvidos nesse processo, talvez seja possível construir outro lugar social para a loucura e para o sofrimento psíquico que não esteja relacionado àquelas idéias de anormalidade, de periculosidade, de erro, de fragilidade, de incapacidade. (AMARANTE, 2007).

No âmbito do movimento da Reforma Psiquiátrica e da construção de estratégias de uma Atenção Psicossocial, os ambulatórios de saúde mental, como aqueles no qual desenvolvemos nossa pesquisa, costumam ser avaliados como serviços extra-hospitalares que tendem a reproduzir o modelo médico tradicional. Ainda hoje, decorrido um tempo considerável de reformas psiquiátricas, evidencia-se nesses serviços ambulatoriais uma grande quantidade de usuários atendidos exclusivamente com medicamentos. Apesar disso,

Tenório (2000) não deixa de ressaltar a importância dos ambulatórios como estruturas ainda fundamentais e estratégicas na concretização dos pressupostos de uma Atenção Psicossocial:

o ambulatório continua ocupando um lugar privilegiado na rede de saúde, seja na função de porta de entrada para onde converge parte significativa da demanda, seja na função de unidade que pode absorver resolutivamente uma clientela que não tem necessidade de frequentar serviços mais sofisticados e de atendimento integral – que são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). (TENÓRIO, 2000, p. 80).

Entretanto, é prudente destacar as dificuldades em superar o modelo da psiquiatria tradicional que parece se perpetuar, especialmente, na estrutura ambulatorial. E é nesse contexto, também, que damos destaque aos principais dispositivos considerados estratégicos para a constituição de uma atenção psicossocial, os CAPS, que também não estão, todavia, isentos do risco de se tornarem serviços que reproduzam aquelas práticas medicalizadoras e de controle social tão características dos ambulatórios de saúde mental.

As estereotipias e limitações do modelo médico-centrado, que parecem ainda guiar as práticas de muitos profissionais desses serviços de saúde, se contrapõem às orientações, mais modernas e socialmente atentas, que preconizam uma Atenção Psicossocial sensível às complexidades e especificidades do sujeito em sofrimento psíquico.

Para Luzio (2008), as diretrizes e as propostas da Atenção Psicossocial advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica, ganham cada vez mais espaço entre os profissionais dos dispositivos de saúde e entre a sociedade em geral. Entretanto, ainda assim enfrentamos diversos problemas no que tange à problemática da superação do modelo manicomial e do paradigma psiquiátrico:

a Reforma Psiquiátrica tem avançado, como processo de construção de novo ordenamento institucional para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico. Assim, observamos a ampliação da rede de atenção, estruturada em serviços abertos e ações territoriais, diminuição da internação e leitos psiquiátricos, redução da exclusão social do usuário, criação de uma cultura contra os manicômios. [...] Entretanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira precisa enfrentar, ainda, muitos problemas e desafios, decorrentes da acirrada oposição de alguns segmentos sociais e demais vicissitudes próprias de um processo de transição paradigmática, além de construir estratégias para ampliar o processo de mudança da atenção em Saúde Mental no país. (LUZIO, 2008, p.)

Nesse âmbito dos desafios a serem enfrentados, é preciso desvendar os processos manicomiais que, através de novos discursos e práticas, se perpetuam pelos serviços de atenção em saúde mental. (FERNANDES, 1999). Uma das novas roupagens da reprodução desse modelo médico tradicional é o que aqui denominamos de um novo tipo de manicomialismo, que parece abandonar o antigo imperativo da contenção física para

estabelecer-se como uma forma de contenção química: a prescrição de medicamentos psicofarmacológicos.

Observamos nesses serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o predomínio do tratamento restrito aos recursos medicamentosos, o que demarca uma das principais dificuldades na construção de uma atenção psicossocial em saúde. Conforme Lamb (2008), a prescrição de psicofármacos nos serviços de saúde mental do SUS é um procedimento que vem apresentando um crescimento inquietante. Em seu recente estudo realizado na região do sudoeste paulista, abrangendo 25 municípios, a pesquisadora verificou que, entre os anos de 2002 e 2006, houve um crescimento progressivo no consumo de psicofármacos dispensados à população pela rede pública de saúde, que inclui serviços como os CAPS e os ambulatórios. (LAMB, 2008).

Nesse âmbito, podemos pensar que até mesmo o direito universal à saúde estabelecido no direito constitucional brasileiro, corre o risco, nos termos em que vem sendo praticado nos serviços públicos de saúde mental, de constituir-se numa forma de drogadição da população promovida por aparelhos do Estado que, ao contrário de cumprir direitos constitucionais, acabaria por colocar em risco a própria autonomia da população ao promover sua dependência em relação a drogas distribuídas pelos serviços médicos estatais.

Nessa configuração, não se pode deixar de lado o alerta apresentado por Lancetti (1989), que analisou os pressupostos profiláticos influenciados pelo projeto preventivista norte-americano, e consagrados nesses serviços reprodutores do paradigma psiquiátrico: “Quando se pensa em estratégias de saúde mental há dois planos preventivos a serem considerados, o primeiro é a prevenção do manicômio e o segundo é a prevenção da própria prevenção.” (LANCETTI, 1989, p. 87).

SEGUNDA PARTE

A TRAJETÓRIA DA PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO EMPÍRICO

Em primeiro lugar, não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas do poder no seu centro, no que possam ser seus mecanismos gerais e seus efeitos constantes. Trata-se, ao contrário, de captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições regionais e locais, principalmente no ponto em que ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica em técnicas e se mune em instrumentos de intervenção material, eventualmente violento.

Michel Foucault, *Soberania e Disciplina*, aula de 14 de janeiro de 1976 no Collège de France.

APRESENTAÇÃO

No segundo movimento de nosso estudo exploratório sobre o processo de medicalização, procuramos realizar um estudo empírico amostral para investigar, através do exame de prontuários, a trajetória percorrida pela população de usuários de um ambulatório de saúde mental de um município de pequeno porte do oeste paulista. Neste estudo, procuramos acompanhar a trajetória desses usuários desde a sua condição de entrada até a definição do procedimento terapêutico, com especial atenção aos fatores determinantes da prescrição de psicofármacos. Para a apresentação deste segundo movimento do estudo dividimos essa exposição em quatro unidades.

Na primeira unidade, para a contextualização desse estudo empírico amostral, apresentamos algumas características daquele município onde se localiza o serviço ambulatorial que serviu como base de nossa coleta de dados, resgatamos alguns elementos da história de como aquele dispositivo de saúde mental foi implantado naquela cidade e descrevemos o funcionamento interno daquele ambulatório.

Na segunda unidade, apresentamos os objetivos específicos desse estudo empírico e o desenho geral da pesquisa, com os procedimentos de coleta da amostra e o plano de análise dos dados.

Na terceira unidade, apresentamos os dados coletados. A apresentação dos dados tem o formato de uma descrição da distribuição percentual dos diversos registros e procedimentos constantes dos prontuários relacionados à prescrição de psicofármacos.

Na quarta unidade, apresentamos a discussão dos resultados obtidos sobre o perfil da população do ambulatório e da trajetória da prescrição de psicofármacos naquele serviço.

Consideramos necessário fazer registro de nossa clara consciência dos *limites* das possibilidades de generalização de nossas observações para outros âmbitos do serviço de atendimento em Saúde Mental. Sabemos que estamos estudando uma pequena instituição desse sistema que, seguramente, apresenta grande heterogeneidade. No entanto, consideramos que as observações permitidas por esses dados não podem ser incomuns em outras unidades de Saúde Mental e podem demonstrar as características do fenômeno estudado em uma realidade mais geral.

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA EMPÍRICA

1.1. Características do município e o formato de sua rede de atendimento em saúde mental

A pesquisa empírica foi realizada no serviço de Pronto-Atendimento (PA) de um Ambulatório de Saúde Mental que funciona nas dependências de um Centro de Especialidades em Saúde de uma cidade de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo.

Trata-se de um município localizado na região do sudoeste paulista, com uma população aproximada de 30 mil habitantes e que apresenta uma distribuição sexual bastante equitativa (IBGE, 2007).

A atividade econômica predominante é a agropecuária, principalmente o cultivo da cana de açúcar e do café. Em menor extensão, também são cultivados soja, trigo, milho e mandioca. Outras atividades econômicas são a fabricação de bebidas, de farinha e de fécula de mandioca.

Em relação aos índices socioeconômicos, a incidência de pobreza na população do município é de 23,74% e o índice de GINI (utilizado para calcular a desigualdade de distribuição de renda) é de 0,41 (IBGE, 2003).

Atualmente, aquele município possui uma rede de saúde composta por um Hospital Geral (filantrópico), três Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Ambulatório de Saúde Mental, um Ambulatório de Especialidades, duas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma Unidade de Vigilância Sanitária e uma Unidade de Vigilância Epidemiológica.

Por pertinente, cabe registrar que em recente pesquisa realizada naquele município onde se localiza o ambulatório estudado, Lamb (2008) observou uma queda no consumo de antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores de humor no último ano do período de 2002 a 2006. Essa queda destaca-se como um caso ímpar entre os 25 municípios da mesma região que, nessa série histórica, apresentaram um progressivo crescimento do consumo de psicofármacos.

1.2. Sobre os antecedentes do atendimento em Saúde Mental no município e sobre o surgimento do ambulatório de saúde mental

Desde 1989, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política nacional, a assistência em Saúde Mental no município onde realizamos a pesquisa passou a ser oferecida por uma equipe mínima composta por um psicólogo e um médico clínico, profissionais que realizavam apenas psicodiagnósticos e avaliações psiquiátricas (LUZIO, 2003). Entretanto, a maioria dos usuários atendidos por esses profissionais eram encaminhados para atendimento psicoterápico em um Ambulatório de Saúde Mental de uma cidade vizinha ou para internações em hospitais psiquiátricos da região. Conforme essa autora, era comum a internação de pacientes sem o exame do médico: “As guias, muitas vezes, eram entregues para algum membro da família que solicitava a internação de seu familiar. Outras vezes o próprio motorista da ambulância desse município auxiliava as famílias a conseguir a guia de internação.” (LUZIO, 2003, p. 162)

Somente no ano de 1994 alguns profissionais do Departamento de Saúde Mental daquele município começaram a desenvolver ações assistenciais substitutivas à internação psiquiátrica, em consonância com as diretrizes do SUS e de acordo com alguns princípios da Reforma Psiquiátrica. Nessa configuração, se constituiu uma equipe mínima multidisciplinar composta por três psicólogos, um assistente social e um médico psiquiatra. As ações no âmbito da saúde mental eram desenvolvidas na Unidade Básica Central e tinham como principal objetivo priorizar ações substitutivas à internação psiquiátrica (LUZIO, 2003).

No fim da década de 90 foi criado o Ambulatório de Saúde Mental, de acordo com as propostas de organização típicas desse tipo de serviço. A equipe de saúde passou a ser composta por um maior número de profissionais, com a finalidade de atender em maior frequência, duração e especificidade à demanda de usuários que procuravam assistência em saúde mental.

Quando da realização da pesquisa, o Ambulatório de Saúde Mental daquele município estava composto por uma equipe de cinco psicólogos, um psiquiatra, um assistente social e um atendente. Os procedimentos oferecidos à população consistiam em: serviço de Pronto-Atendimento (PA), consultas psiquiátricas, grupo de orientação a dependentes químicos, grupo de familiares de dependentes químicos, psicoterapias em grupos de adultos e de crianças, psicoterapias individuais de adultos e de crianças, grupo de orientação de pais, visitas domiciliares e oficinas terapêuticas de artesanato para mulheres e idosos.

No final do ano de 2004 foi implantado, naquele município, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). Os CAPS foram regulamentados como serviços de atendimento em Saúde Mental no início da década de 90, com a finalidade de ampliar as ações assistenciais no âmbito da saúde mental, de modo a garantir o acolhimento efetivo aos sujeitos portadores de intenso sofrimento psíquico.

Apesar da rede de atenção em Saúde Mental naquele município ser constituída por esses dois serviços, o CAPS e o ambulatório, esta pesquisa foi realizada apenas no ambulatório pelo fato de se situar nesse serviço a porta de entrada de todos os usuários que procuram atendimento em Saúde Mental. Essa porta de entrada é denominada de Pronto-Atendimento do Ambulatório de Saúde Mental, local de entrada obrigatório para o ingressante no conjunto de serviços de Saúde Mental do município.

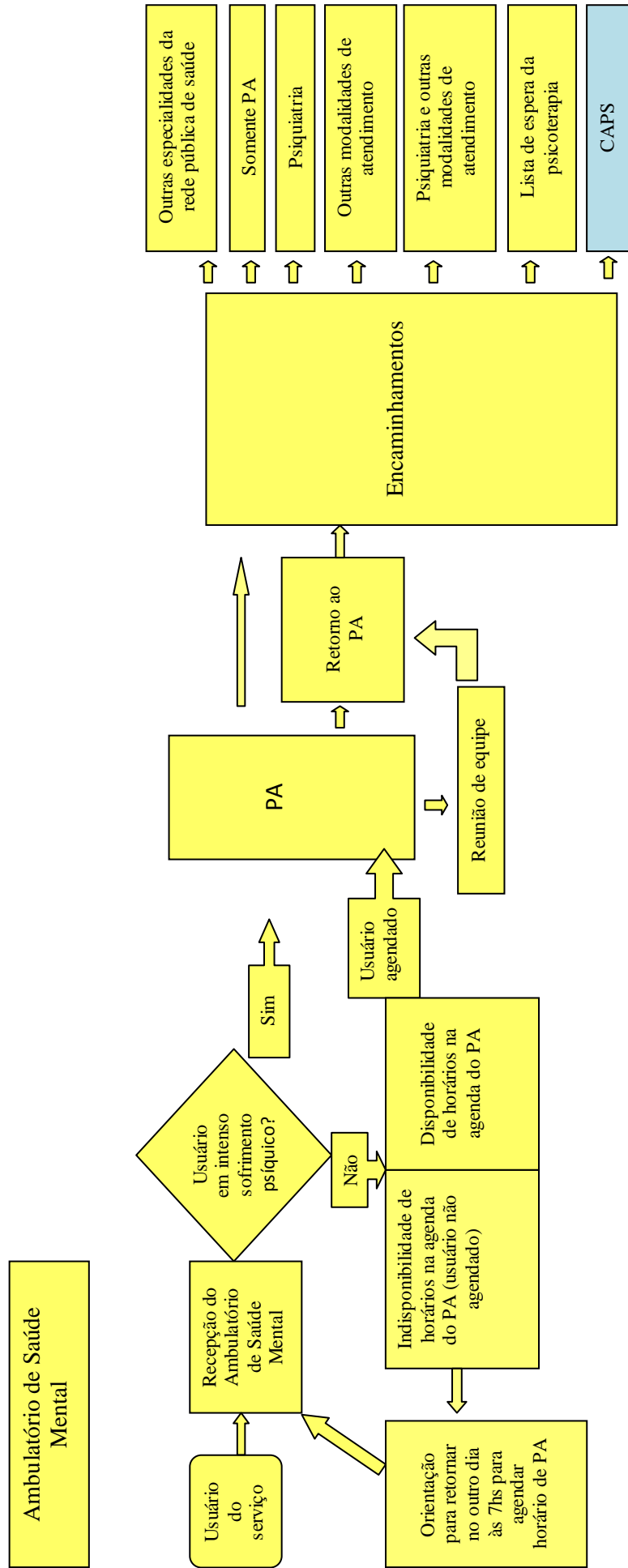
Como nosso estudo tem interesse em acompanhar o processo de medicalização desde a entrada, a delimitação de nossa pesquisa situou-se no Pronto-Atendimento, o local específico da coleta de dados.

1.3. Descrição do fluxograma de funcionamento do ambulatório e dos seus procedimentos de encaminhamento

Para compor uma idéia geral do funcionamento da assistência em Saúde Mental no município estudado e, mais especificamente, em seu ambulatório de saúde mental, compusemos um fluxograma³ do funcionamento do serviço, acompanhado por uma descrição sucinta da organização de suas ações, com especial atenção aos elementos determinantes da prescrição psicofarmacológica. Essa descrição sobre o funcionamento daquela instituição foi realizada a partir de observações do cotidiano institucional e da nossa participação em reuniões de equipe e em supervisões institucionais com as equipes de saúde mental.

³ Aqui, utilizamos símbolos, convencionados universalmente, para a representação gráfica de nosso fluxograma. Ainda que não tivéssemos o propósito de construir um fluxograma conforme aquele proposto por Franco e Mehry (2003), que objetiva auxiliar equipes de saúde a olharem para a operacionalização do seu trabalho cotidiano, utilizamos alguns elementos dessa convenção para a construção de nosso organograma de funcionamento daquela instituição. Utilizamos três símbolos para essa representação: a elipse representa a entrada do processo de produção do serviço; o losango indica momentos que deve ocorrer uma decisão para a continuidade do trabalho; e o retângulo refere-se ao momento de intervenção do serviço. (BRASIL, 2005).

FLUXOGRAMA DE FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL ESTUDADO



Os usuários da rede pública de saúde que procuram pela primeira vez aquele atendimento ambulatorial são orientados a agendar na recepção da instituição um horário para um Pronto-Atendimento (PA). O agendamento do PA é realizado pela ordem de chegada dos usuários na recepção daquele ambulatório e o atendimento, preferencialmente, deverá ocorrer no mesmo dia. Quando não há mais horários disponíveis no dia, o usuário é orientado a retornar no dia seguinte para novamente reiniciar sua tentativa de conseguir um agendamento. É usual que a demanda maior que a disponibilidade de horários de PA provoque a formação de uma fila de pessoas que começam a chegar até duas horas antes do horário de funcionamento daquele ambulatório. Nesses dias de grande procura, cabe apenas ao atendente da recepção, profissional solícito, mas sem qualquer formação específica para isso, avaliar os casos e determinar os que serão incluídos em um horário de PA e atendidos naquele mesmo dia.

A função desse serviço de PA, oferecido diariamente naquela instituição, é a de acolher a queixa do usuário, abrindo um espaço de escuta ao sofrimento daquele sujeito, e realizar uma triagem para determinar o encaminhamento de cada caso. Cada pronto-atendimento tem a duração de, aproximadamente, 30 minutos, período em que o profissional da equipe de saúde poderá, de acordo com cada caso, determinar o encaminhamento do usuário a ações de saúde no próprio ambulatório ou em outras instituições de saúde. Os profissionais que atendem no PA preenchem uma ficha de entrevista inicial em que constam dados de identificação do sujeito, de características relacionadas ao motivo da consulta e a vida pessoal e social do usuário (Anexo A). A ficha de triagem irá compor os registros do prontuário, que é constituído por diversos documentos, exames médicos e relatos referentes ao estado geral de saúde e aos procedimentos oferecidos aos usuários pelos serviços da rede pública de saúde do município.

A partir do serviço de pronto-atendimento, o caso de cada usuário estará sujeito a três tipos de providência: apenas acolhimento do usuário; oferecimento de orientações e disponibilização do serviço de pronto-atendimento para outro eventual momento de necessidade; encaminhamento do caso à reunião de equipe, em que serão decididos os possíveis encaminhamentos; determinação direta de algum encaminhamento ao usuário do serviço. Estes encaminhamentos determinados pelos profissionais da equipe de saúde ou pelo profissional do pronto-atendimento podem ser:

- encaminhamento a um retorno ao Pronto-Atendimento;
- encaminhamento a outras especialidades da rede pública de saúde;
- encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- encaminhamento à consulta psiquiátrica;
- encaminhamento a outras modalidades de atendimento;
- encaminhamento à consulta psiquiátrica e a outras modalidades de atendimento.

Agrupamos na categoria “outras modalidades de atendimento” todos aqueles procedimentos que não estão relacionados à consulta psiquiátrica e são oferecidos à população naquele ambulatório. Esses procedimentos consistem nos seguintes atendimentos: grupo de orientação a dependentes químicos, grupo de familiares de dependentes químicos, psicoterapias em grupos de adultos e de crianças, psicoterapias individuais de adultos e de crianças, grupo de orientação de pais, visitas domiciliares, ou oficinas terapêuticas de artesanato.

Apesar da equipe de saúde tentar atuar como um grupo de profissionais envolvidos na realização de um trabalho conjunto orientado por relações mais horizontais, os procedimentos oferecidos naquele serviço ambulatorial são marcados pela especialidade profissional. O serviço de PA e as “outras modalidades de atendimento” são procedimentos sempre realizados apenas pelos profissionais de psicologia e de assistência social. As reuniões de equipe, que deveriam ocorrer sempre com a participação de todos os profissionais, na maioria das vezes acontecem sem a presença do médico psiquiatra. Nas raras reuniões em que é possível contar com sua presença, aquele profissional se ocupa do preenchimento das inúmeras receitas de medicamentos e participa muito pouco das discussões. Nesse contexto, a proposta de realizar reuniões de equipe para um intenso diálogo de caráter transdisciplinar sobre a organização das ações do serviço e sobre a discussão e encaminhamento dos casos fica prejudicada pela ausência do psiquiatra ou por sua presença meramente formal.

Interessante destacar que aquela equipe de saúde, que conta apenas com um profissional de psiquiatria, tende a priorizar os encaminhamentos dos usuários à consulta psiquiátrica. Essa tendência tornou a consulta psiquiátrica o principal procedimento daquele serviço ambulatorial, conforme mostra um levantamento de dados realizado pela própria equipe de saúde daquela instituição. O encaminhamento à consulta psiquiátrica é um procedimento determinado por aqueles profissionais que atendem no pronto-atendimento, os psicólogos e o assistente social. O médico psiquiatra daquele serviço, contratado para o

cumprimento de uma carga horária de trabalho de 20 horas semanais, corriqueiramente não chega a cumprir metade de sua jornada contratual e acaba por limitar seu trabalho à realização de consultas que não ultrapassam dez minutos. A pouca participação daquele profissional nos espaços coletivos de discussão da equipe - e de decisão sobre as problemáticas dos usuários - não impede que a consulta psiquiátrica seja o mais freqüente encaminhamento determinado pela equipe. Essa tendência sugere que a equipe de profissionais do ambulatório parece encontrar dificuldades para superar os estritos limites de um paradigma médico, um dos principais determinantes do reducionismo que levará a uma freqüência muito alta de prescrição de psicofármacos.

Esses, dentre outros problemas enfrentados por aquele serviço, têm levado os profissionais da equipe de saúde a discutirem, em supervisões institucionais realizadas a partir de 2008, as dificuldades de organização das ações de saúde, principalmente no que se refere à superação do modelo médico tradicional.

2. OBJETIVOS, PARÂMETROS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA EMPÍRICA REALIZADA NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

2.1. Objetivos da pesquisa

Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa empírica foi investigar, através do exame de prontuários, a trajetória percorrida pela população de usuários do Ambulatório de Saúde Mental desde sua condição de entrada até a definição do procedimento terapêutico, com especial atenção aos fatores determinantes da prescrição de psicofármacos. Esse objetivo geral foi desdobrado em oito objetivos específicos apresentados a seguir.

Objetivos específicos

- a) Verificar e descrever a proporção dos usuários que deram entrada no serviço de pronto-atendimento do ambulatório já sob prescrição de psicofármacos e investigar a procedência dessa prescrição prévia;
- b) Examinar as características dos usuários do serviço, como gênero, faixa etária, queixa inicial e sintomas, para traçar um perfil da população do ambulatório. Investigar a relação dessas características com a prescrição prévia de psicofármacos e com a prescrição psicofarmacológica determinada na consulta psiquiátrica do ambulatório;
- c) Investigar como se distribuem os encaminhamentos dados aos usuários pelos profissionais do atendimento de entrada do serviço: somente acolhimento, encaminhamento à consulta psiquiátrica, encaminhamento a outras modalidades de atendimento, ou encaminhamento simultâneo à consulta psiquiátrica e a outras modalidades de atendimento. E verificar a relação entre a condição de medicação anterior à entrada no serviço e o tipo de encaminhamento dado pelos profissionais do ambulatório;
- d) Levantar a terapêutica determinada aos usuários encaminhados para tratamento psiquiátrico no ambulatório e sua relação com a condição de medicação anterior à entrada no serviço;
- e) Verificar as classes de psicofármacos presentes na prescrição prévia e comparar com as da primeira prescrição do ambulatório. Examinar a quantidade de psicofármacos prescritos na primeira consulta psiquiátrica do serviço;

- f) Levantar os diagnósticos estabelecidos pelo atendimento psiquiátrico aos usuários que foram submetidos a tratamento psicofarmacológico no serviço;
- g) Investigar a evolução dos casos, com especial atenção à evolução do tratamento de usuários encaminhados à psiquiatria;
- h) Examinar a ocorrência e os motivos de encaminhamentos à internação psiquiátrica determinada pelos profissionais do ambulatório.

2.2. O desenho geral da pesquisa empírica: o procedimento de coleta e o plano de análise dos dados

A pesquisa empírica foi realizada no serviço de Pronto-Atendimento (PA) de um Ambulatório de Saúde Mental de uma cidade de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo. Este estudo, cujo objetivo foi conhecer a trajetória percorrida pela população de seus usuários desde sua condição de entrada até a definição do procedimento terapêutico, foi realizado através do exame de prontuários.

Isso colocado, apresentamos os fatores que determinaram a delimitação do período pesquisado.

- **A delimitação do período**

Selecionamos os prontuários de usuários que deram entrada no serviço de pronto-atendimento do Ambulatório de Saúde Mental durante os anos de 2005 a 2008. Esse recorte deve-se ao fato de que foi em fins de 2004 que foi iniciado o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o que se definiu o atual formato da rede de assistência em Saúde Mental naquele município e, conseqüentemente, as atuais atribuições de seu Ambulatório de Saúde Mental, onde foi realizado o estudo.

- **A definição da amostra**

Como já dissemos, a pesquisa empírica foi realizada através do exame dos registros dos prontuários de usuários que deram entrada no serviço ambulatorial pela primeira vez no período de 2005 a 2008.

No município, há um controle mensal dos atendimentos realizados pelos profissionais da equipe de saúde, dados que estão arquivados na Secretaria de Saúde. Nesses registros, que também estão separados por ano, é possível verificar os números dos

prontuários de todos os usuários que deram entrada no pronto-atendimento do Ambulatório de Saúde Mental. Selecionamos, então, nesses arquivos, a numeração dos prontuários dos anos de 2005 a 2008, conforme a delimitação do período já apresentada. O conhecimento dessa numeração era o que precisávamos para localizar os respectivos prontuários no arquivo geral da unidade de atendimento. A listagem desses números foi utilizada, também, para o procedimento aleatório sistemático de retirada da amostra.

A definição da amostra consistiu nos seguintes procedimentos:

- primeiramente, fizemos uma listagem, já dividida pelos respectivos anos, das numerações de todos os prontuários do período;
- respeitada a proporção dos extratos anuais, definimos uma amostra de 20% da população obtida por sorteio aleatório em cada grupo de cinco, com o auxílio do programa Bioestat (2007);
- dessa amostra provisória, excluimos os prontuários de usuários menores de 18 anos.

Na definição do espaço coberto pela amostra, nos deparamos com alguns problemas sobre os quais tivemos que fazer opções, das quais damos aqui o devido registro. Verificamos não constar dos arquivos do órgão da Secretaria de Saúde local os dados referentes a quatro meses do ano de 2005. Optamos por tomar os oito meses restantes no procedimento de amostra. Além disso, observamos que a falta do médico psiquiatra em quatro meses no ano de 2007 e em três meses no ano de 2008 determinou um período muito especial em comparação ao funcionamento regular da instituição. Como os objetivos de nossa pesquisa são exclusivamente concernentes às questões da medicalização, optamos por excluir de nossa amostra esses meses referentes à falta do médico-psiquiatra no serviço ambulatorial. Tomamos os oito meses restantes do ano de 2007 e os nove meses restantes do ano de 2008.

Na tabela abaixo, podemos observar a distribuição dos prontuários da amostra conforme os anos do período de 2005 a 2008.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DA AMOSTRA, CONFORME OS ANOS DO PERÍODO DE 2005 A 2008

ANOS	AMOSTRA
2005	100
2006	145
2007	81
2008	104
Total	430

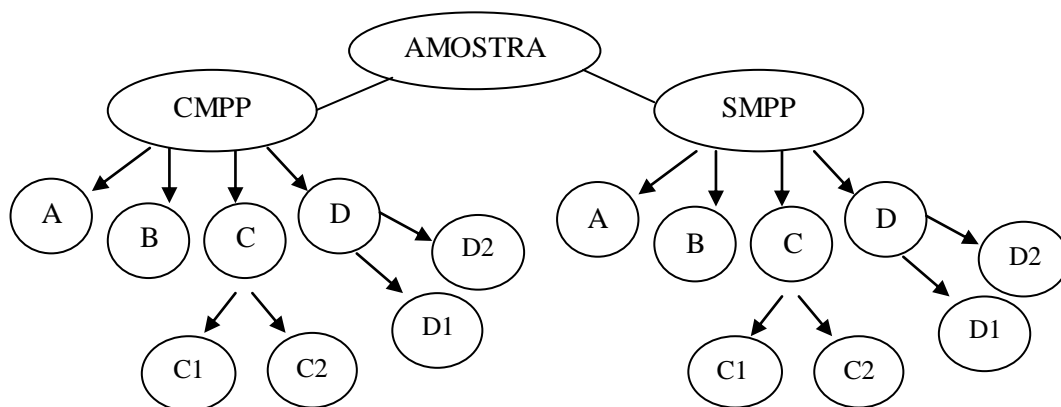
Obtivemos, então, uma amostra de 430 prontuários da população adulta de usuários do Ambulatório de Saúde Mental.

- **Sobre os procedimentos de distribuição dos dados**

Em primeiro lugar, de acordo com os objetivos desta pesquisa, dividimos nossa amostra em dois grandes grupos: o dos usuários que deram entrada no pronto-atendimento do serviço com medicação prévia de psicofármacos (CMPP) e o dos usuários que deram entrada no pronto-atendimento do serviço sem medicação prévia de psicofármacos (SMPP). Depois, distribuimos os usuários de cada um desses grandes grupos nas seguintes categorias:

- A- Usuários que não receberam outro encaminhamento além do pronto-atendimento;
- B- Usuários que o pronto-atendimento encaminhou a outras modalidades de atendimento;
- C- Usuários que o pronto-atendimento encaminhou à consulta psiquiátrica;
 - C1- Usuários que não receberam prescrição de psicofármacos quando encaminhados à psiquiatria;
 - C2- Usuários que receberam prescrição de psicofármacos quando encaminhados à psiquiatria;
- D- Usuários que o pronto-atendimento encaminhou simultaneamente à consulta psiquiátrica e a outras modalidades de atendimento;
 - D1- Usuários que não receberam prescrição de psicofármacos quando encaminhados à psiquiatria;
 - D2- Usuários que receberam prescrição de psicofármacos quando encaminhados à psiquiatria.

O plano de nossa pesquisa empírica consistiu na análise exploratória descritiva dos grupos acima caracterizados, onde se calculou as freqüências percentuais relativas e se realizou os cruzamentos e comparações concernentes aos objetivos desta pesquisa, com as eventuais análises estatísticas. O diagrama abaixo pode ilustrar a base do procedimento de definição dos subgrupos.



3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para a apresentação dos dados coletados, dividimos a exposição em duas partes:

- Na primeira, apresentamos os dados sobre algumas características da população de nossa amostra, na tentativa de organizar alguns elementos para elaboração de um perfil da população de usuários do serviço.

- Na segunda, apresentamos os dados sobre a trajetória percorrida por esses usuários no interior daquele serviço ambulatorial.

3.1. Elementos para um perfil da população de usuários do serviço

No primeiro atendimento aos usuários que chegam ao Ambulatório, o profissional do PA deve preencher uma ficha de entrevista inicial (Anexo A). Nessa triagem, além da identificação do paciente, também constam o motivo da consulta (queixa inicial); tratamento anterior; dinâmica familiar; vida profissional, escolar e social; sinais e sintomas e encaminhamentos. Todas essas características são preenchidas na folha de entrevista inicial no momento em que o usuário do serviço dá entrada no Ambulatório de Saúde Mental. A coleta e o tratamento desses dados nos possibilitariam traçar um perfil bastante completo da população dos usuários do serviço. Entretanto, uma observação preliminar do conjunto do material mostrou que raramente são preenchidos os dados sobre dinâmica familiar, vida profissional, escolar e social. A falta dessas anotações inviabilizou a organização de dados sobre essas características reconhecidamente importantes para o estabelecimento de um perfil da população.

Realizamos, então, a organização dos dados dos usuários que foram encontrados nas fichas. São eles o tratamento psicofarmacológico anterior à entrada no serviço, o gênero, a idade, os sintomas e as queixas iniciais.

Como o foco de nossa pesquisa é a medicação psicofarmacológica, optamos por apresentar todos os dados classificados (gênero, idade, sintomas e queixas iniciais) conforme a presença ou ausência de prescrição psicofarmacológica anterior à entrada do usuário no serviço.

3.1.1. Sobre a medicação anterior: apresentação de dados sobre a prescrição de psicofármacos anterior à entrada dos usuários no serviço

Para examinarmos os dados sobre o tratamento anterior, definimos a condição de entrada dos usuários conforme sua relação com a prescrição de psicofármacos. Assim, estabelecemos dois grupos: o grupo dos usuários que já chega com medicação prévia de psicofármacos (CMPP) e o grupo de usuários que chega sem medicação prévia de psicofármacos (SMPP). Os resultados dessa distribuição estão apresentados na tabela seguinte.

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS USUÁRIOS CONFORME SUA CONDIÇÃO DE MEDICAÇÃO ANTERIOR À ENTRADA NO SERVIÇO (PERÍODO 2005 / 2008)

CONDIÇÃO DE ENTRADA	FREQUÊNCIA	
	N	(%)
CMPP	299	70%
SMPP	131	30%
Total	430	100%

CMPP: usuários com medicação prévia de psicofármacos

SMPP: usuários sem medicação prévia de psicofármacos

Como mostra a Tabela 1, do exame de 430 prontuários de usuários do ambulatório, constatamos que 70% dos usuários já deram entrada no serviço sob prescrição de psicofármacos.

Além de constatar que uma ampla maioria de usuários já chega ao serviço sob prescrição de psicofármacos, procuramos organizar dados sobre a procedência dessa prescrição.

- **Apresentação de dados sobre a procedência da prescrição prévia de psicofármacos**

Colhemos dados sobre as especialidades médicas que prescreveram psicofármacos aos usuários antes de sua entrada no serviço. Apenas em 4% dos casos não havia identificação da especialidade médica prescritora. Os dados, já excluídos os sem identificação, estão apresentados na tabela a seguir.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS
USUÁRIOS SEGUNDO AS ESPECIALIDADES MÉDICAS PRESCRITORAS
(PERÍODO 2005 / 2008)**

ESPECIALIDADE MÉDICA PRESCRITORA	FREQUÊNCIA	
	N	%
Psiquiatria	116	40%
Clínica Geral	86	30%
Neurologia	40	14%
Cardiologia	16	6%
Ginecologia	13	5%
Outras especialidades médicas*	14	5%
Uso de psicofármaco por conta própria	3	< 1%
Total	288	100%

*Outras especialidades médicas: nefrologia, ortopedia e atendimento médico no Programa da Saúde da Família.

Conforme se observa na Tabela 2, somente 40% dos usuários que já chegaram medicados no ambulatório haviam recebido sua prescrição psicofarmacológica de médicos psiquiatras. A maioria, 60% dos casos da amostra, recebera a prescrição prévia de psicofármacos de outras especialidades médicas. Depois da psiquiatria, a clínica geral aparece como a especialidade mais freqüente (30%) nas prescrições prévias de psicofármacos aos usuários do serviço.

3.1.2. Apresentação de dados sobre o gênero dos usuários do serviço

Levantamos dados referentes ao gênero dos usuários do serviço ao longo do período examinado. A distribuição dos dados está apresentada na tabela abaixo:

**TABELA 3- DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL POR
GÊNERO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO
(PERÍODO 2005 / 2008)**

GÊNERO	FREQUÊNCIA	
	N	(%)
FEMININO	281	65%
MASCULINO	149	35%
TOTAL	430	100%

Como indica a Tabela 3, a maioria da população que procura atendimento no Ambulatório de Saúde Mental, numa proporção aproximada de dois para um, é composta por usuários do sexo feminino.

- **Apresentação de dados sobre o cruzamento do gênero dos usuários com sua condição de medicação anterior à entrada no serviço**

Fizemos a distribuição dos usuários CMPP e SMPP segundo o gênero. Da distribuição desses dados, obtivemos a seguinte tabela:

TABELA 4- DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DE GÊNERO DOS USUÁRIOS SEGUNDO A CONDIÇÃO CMPP E SMPP (PERÍODO 2005 / 2008)

CONDIÇÃO DE ENTRADA	GÊNERO			
	FEMININO		MASCULINO	
	N	(%)	N	(%)
CMPP	193	69%	106	71%
SMPP	88	31%	43	29%
TOTAL	281	100%	149	100%

CMPP: usuários com medicação prévia de psicofármacos

SMPP: usuários sem medicação prévia de psicofármacos

Como indica a Tabela 4, a frequência de mulheres que já deram entrada no serviço sob prescrição de psicofármacos (69%) é praticamente igual à frequência de homens que já chegavam medicados (71%).

3.1.3 Apresentação de dados sobre a faixa etária dos usuários do serviço

Levantamos dados referentes à idade dos usuários do serviço e os distribuimos segundo os intervalos de faixa etária adaptados daqueles do IBGE. Podemos observar os dados na tabela abaixo:

TABELA 5- COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO COM OS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (PERÍODO 2005 / 2008)

FAIXA ETÁRIA	Amostra (n=430)		População do município* (n=19.771)	
	N	(%)	N	(%)
18-24	29	7%	3.514	18%
25-29	40	9%	2.299	12%
30-39	81	19%	4.619	23%
40-49	95	22%	3.644	18%
50-59	76	18%	2.461	12%
60-64	37	9%	991	5%
65-69	24	6%	867	4%
70-74	14	3%	560	3%
75-79	10	2%	496	3%
80...	24	6%	320	2%
TOTAL	430	100%	19.771	100%

*Fonte: IBGE (2003)

Como indica a Tabela 5, a população que procura atendimento no serviço ambulatorial é composta por pessoas com mais idade do que a população do município. O valor da mediana da distribuição etária da população do município registra 38 anos de idade, enquanto os valores da média e da mediana da distribuição etária da população amostral registram 48 e 47 anos, respectivamente.

Investigamos, então, a distribuição da idade dos usuários que deram entrada no ambulatório com medicação prévia (CMPP) e sem medicação prévia (SMPP).

- **Apresentação de dados sobre o cruzamento da faixa etária com sua condição de medicação anterior à entrada no serviço**

Calculamos os valores da média e da mediana da distribuição das idades dos usuários em relação à sua condição de medicação anterior à entrada no serviço (CMPP / SMPP). Distribuimos os dados conforme a tabela abaixo:

**TABELA 6- VALORES DA MÉDIA E DA MEDIANA DE IDADE DOS USUÁRIOS
SEGUNDO CRUZAMENTO COM A CONDIÇÃO CMPP E SMPP
(PERÍODO 2005 / 2008)**

	CONDIÇÃO DE ENTRADA		
	CMPP	SMPP	POPULAÇÃO GERAL
MÉDIA	51 anos	41 anos	48 anos
MEDIANA	50 anos	38 anos	47 anos

CMPP: usuários com medicação prévia de psicofármacos

SMPP: usuários sem medicação prévia de psicofármacos

Como mostra a Tabela 6, o grupo dos usuários com medicação prévia (CMPP) tem média e mediana de idade superiores ao grupo dos sem medicação prévia (SMPP).

3.1.4. Apresentação de dados sobre o registro dos sintomas apresentados pelos usuários ao serviço

Coletamos dados sobre os registros dos sintomas nos prontuários dos usuários no momento de entrada no serviço. Neste estudo, contabilizamos a frequência dos usuários que apresentavam cada sintoma. Reconhecemos que a mera quantificação de cada sintoma fica longe da potencial capacidade reveladora de examinar os conjuntos específicos que formam. De fato, fizemos uma trabalhosa tentativa de conhecer cada conjunto específico e buscar-lhe a respectiva frequência. Essa tentativa, no entanto, resultou numa pulverização dos dados por um número muito grande de categorias, o que torna inviável qualquer análise. Assim, mesmo reconhecendo os limites da simples, mas exequível, quantificação da distribuição de cada sintoma na população estudada, consideramos que esses dados podem oferecer uma contribuição ao nosso estudo, quando cruzados com os dados sobre a condição CMPP e SMPP.

Feita a distribuição da frequência da apresentação de cada sintoma nesses subconjuntos de usuários, obtivemos os dados apresentados na Tabela 7. Dela já estão excluídos os 22 prontuários nos quais não havia registros sobre os sintomas dos usuários. A soma dos percentuais de incidência dos sintomas de cada grupo supera os 100%, uma vez que cada usuário pode apresentar vários sintomas. Os dados, já excluídos os sem registros, estão apresentados em ordem decrescente na tabela abaixo:

TABELA 7- DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS SEGUNDO O REGISTRO DOS SINTOMAS E A CONDIÇÃO CMPP E SMPP (PERÍODO 2005 / 2008)

SINTOMAS	CONDIÇÃO DE ENTRADA					
	CMPP (n=299)	(%)	SMPP (n=131)	(%)	TOTAL (n=430)	(%)
Ansiedade	206	69%	91	69%	297	69%
Angústia	182	61%	89	68%	271	63%
Nervosismo	185	62%	81	62%	266	62%
Irritabilidade	166	56%	70	53%	236	55%
Choro fácil	120	40%	51	39%	171	40%
Insônia inicial	108	36%	36	27%	144	33%
Hiporexia	76	25%	39	30%	115	27%
Insônia final	70	23%	31	24%	101	23%
Perturbações no sono	66	22%	24	18%	90	21%
Agressividade	38	13%	28	21%	66	15%
Diminuição da libido	37	12%	14	11%	51	12%
Aumento de apetite	25	8%	20	15%	45	10%
Persecutoriedade	23	8%	12	9%	35	8%
Alucinações auditivas	25	8%	8	6%	33	8%
Anorexia	18	6%	9	7%	29	7%
Alucinações visuais	16	5%	13	10%	27	6%
Desvio de conduta	13	4%	4	3%	17	4%
Agitação psicomotora	7	2%	0	0%	7	2%

CMPP: usuários com medicação prévia de psicofármacos

SMPP: usuários sem medicação prévia de psicofármacos

Os sintomas que mais aparecem nesses registros são: ‘ansiedade’(69%), ‘angústia’(63%), ‘nervosismo’(62%) e ‘irritabilidade’(55%), o que significa que mais de metade dos usuários apresenta algum desses sintomas.

Como mostram os dados da Tabela acima, a distribuição de sintomas no grupo com medicação psicofarmacológica prévia de psicofármacos (CMPP) e no grupo sem medicação prévia de psicofármacos (SMPP) é bastante semelhante e não apresenta diferenças significativas, exceto nos sintomas de ‘agressividade’ e ‘aumento de apetite’ ($p < 0,05$).

3.1.5. Apresentação de dados sobre os registros da queixa inicial apresentada pelos usuários ao serviço

O registro das queixas iniciais dos usuários apresenta uma variação muito grande, o que torna inviável a distribuição de frequência por cada conjunto específico de queixas. Procuramos, então, construir um conjunto de categorias que, sem desprezar nenhum conjunto de queixa, apresentasse uma melhor possibilidade de agrupamento dos dados. Mesmo assim, o número de categorias resultou elevado, com a conseqüente dispersão dos dados, o que

inviabiliza sua distribuição percentual. Cruzamos essas categorias de queixas iniciais com a condição de medicação anterior à entrada no serviço (CMPP / SMPP). Esses dados estão apresentados em ordem decrescente da distribuição do total, conforme a tabela abaixo:

TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS CONFORME O REGISTRO DAS QUEIXAS INICIAIS E A CONDIÇÃO CMPP E SMPP (PERÍODO 2005 / 2008)

CATEGORIAS DAS QUEIXAS INICIAIS	FREQUENCIA		
	CMPP	SMPP	TOTAL
Uso abusivo de bebida alcoólica	28	11	39
<i>Perda de ente querido e tristeza</i>	24	10	34
<i>Dificuldades no relacionamento com familiares e tristeza</i>	19	15	34
<i>Nervosismo, tristeza e desânimo</i>	22	8	30
<i>Desânimo, tristeza e isolamento</i>	14	6	20
<i>Dificuldades no relacionamento com familiares</i>	9	11	20
Queixas de dores físicas	15	3	18
Queixas de dores físicas e tristeza	13	3	16
Ver coisas, ouvir vozes e ser perseguido	13	3	16
Uso de drogas ilícitas	10	5	15
<i>Dificuldade no relacionamento com familiares e falta de paciência</i>	8	6	14
Sentimentos de agonia e intranquilidade	7	4	11
Sentimentos de agonia e medo	6	5	11
Desorientação e tremores	10	0	10
<i>Problemas no trabalho e nervosismo</i>	8	2	10
Tentativa de suicídio	7	2	9
Sentimentos de medo exagerado	6	2	8
<i>Problemas no trabalho e sono irregular</i>	7	0	7
<i>Perda de ente querido e queixas de dores físicas</i>	7	0	7
<i>Dificuldade de se relacionar com outras pessoas, poucos amigos e desânimo</i>	6	1	7
Desânimo e queixas de dificuldades na relação sexual	4	3	7
Pensamentos ruins	3	4	7
Idéias de suicídio	6	1	7
Queixas de dores físicas e esquecimento	4	3	7
<i>Perda de emprego e dificuldade no relacionamento com familiares</i>	3	3	6
<i>Dificuldades de relacionamento familiar e queixas de dores físicas</i>	4	2	6
<i>Esquecimento e tristeza</i>	1	4	5
Compulsão para comer e dificuldades para dormir	1	4	5
<i>Dificuldade de controlar as próprias ações e brigas cotidianas</i>	2	3	5
Dificuldades para dormir, fala repetitiva e confusa	3	1	4
<i>Perda de emprego e nervosismo</i>	1	3	4
Oscilações de ânimo e tristeza	2	0	2
<i>Dificuldade de superar experiências traumáticas</i>	1	1	2
Atitudes agressivas e sem vontade de comer	1	1	2
Comportamentos auto-agressivos	2	0	2
Dificuldades para dormir e para controlar as próprias ações	1	0	1
Comportamentos repetitivos	1	0	1
Sem anotações específicas da queixa inicial	20	1	21
Total	299	131	430

Como indica a Tabela 8, o registro das queixas mais comuns dentre os usuários que procuram atendimento no ambulatório são “uso abusivo de bebida alcoólica” (39 usuários); “perda de ente querido e tristeza” (34 usuários); “dificuldades no relacionamento com familiares e tristeza” (34 usuários); e “nervosismo, tristeza e desânimo” (30 usuários).

A distribuição de queixas iniciais no grupo CMPP e no grupo SMPP, ponderadas por seus respectivos totais, é bastante semelhante e não apresenta diferenças significativas.

Destacamos em *itálico*, nas categorias elencadas na tabela acima, aquelas queixas referentes às circunstâncias contingentes ao cotidiano e às situações existências da vida humana, aspectos que examinaremos na discussão dos dados.

Apresentados esses dados sobre as características da população, passamos a apresentar os dados sobre a trajetória percorrida pelos usuários no ambulatório, desde sua condição de entrada até a definição do procedimento terapêutico, com atenção especial aos fatores determinantes da prescrição de psicofármacos.

3.2. Apresentação de dados sobre a trajetória dos usuários no ambulatório

Os dados aqui apresentados procuram seguir a trajetória da população de usuários do ambulatório desde sua entrada no pronto-atendimento até sua situação no momento da coleta desses dados, com especial atenção à prescrição de psicofármacos.

Nessa empreitada, começamos organizando dados sobre o primeiro encaminhamento dado aos usuários pelo atendimento de entrada no serviço. Depois, destacamos o grupo encaminhado à psiquiatria e investigamos a frequência de prescrição de psicofármacos a esses usuários. Examinamos, a seguir, as classes e as quantidades de psicofármacos prescritas, bem como os diagnósticos relacionados a essas prescrições. Procuramos, também, reunir dados sobre a evolução do tratamento (alta, continuidade, abandono) e, por fim, colhemos dados sobre a frequência e o motivo diagnóstico da ocorrência de internações entre os usuários do serviço.

3.2.1. Apresentação de dados sobre o encaminhamento dado aos usuários pelo atendimento de entrada no serviço

Coletamos dados sobre o primeiro encaminhamento dado aos usuários pelo serviço de pronto-atendimento (PA) do ambulatório. Agrupamos os encaminhamentos em cinco categorias:

- somente pronto-atendimento;
- encaminhamento à consulta psiquiátrica;
- encaminhamento a outras modalidades de atendimento;
- encaminhamento simultâneo à consulta psiquiátrica e a outras modalidades de atendimento.

Dos 430 usuários da amostra, apenas 12 não retornaram ao ambulatório e, conseqüentemente, não receberam qualquer encaminhamento. Excluídos esses casos, os dados estão apresentados na tabela abaixo, já subdivididos conforme a condição CMPP e SMPP.

TABELA 9- DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS ENCAMINHAMENTOS DADOS PELO SERVIÇO AOS USUÁRIOS SEGUNDO A CONDIÇÃO CMPP E SMPP (PERÍODO 2005 / 2008)

ENCAMINHAMENTOS	CONDIÇÃO DE ENTRADA					
	CMPP		SMPP		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Só Pronto-Atendimento	7	2%	24	18%	31	7%
Psiquiatria	144	50%	25	19%	169	41%
Outras modalidades de atendimento	10	3%	45	35%	55	13%
Psiquiatria e outras modalidades de atendimento	127	44%	36	28%	163	39%
Total	288	≈100%	130	100%	418	100%

No total da amostra, se somarmos o percentual dos usuários encaminhados somente à consulta psiquiátrica (41%) ao dos encaminhados simultaneamente à consulta psiquiátrica e outras modalidades de atendimento (39%), temos que o total de encaminhamentos à psiquiatria chega a 80% dos usuários. Isso quer dizer que oito em cada dez usuários desse

serviço de saúde mental são encaminhados à psiquiatria. Esse percentual acumulado de encaminhamentos à psiquiatria é bastante diverso nos grupos CMPP e SMPP. No grupo SMPP, a soma dos percentuais dos usuários encaminhados à psiquiatria resulta em 47% (19%+28%). No grupo CMPP essa soma chega a 94% (50%+44%). Isso quer dizer que no grupo de usuários pré-medicados quase todos são encaminhados à psiquiatria.

Procuramos, então, examinar quais os tratamentos determinados a essa ampla maioria de usuários encaminhados à consulta psiquiátrica.

3.2.2. Apresentação de dados sobre o tratamento prescrito aos usuários encaminhados à psiquiatria

Colhemos dados sobre o tratamento determinado aos usuários encaminhados à consulta psiquiátrica. Preliminarmente, classificamos os usuários conforme os tratamentos prescritos pela psiquiatria: tratamento com prescrição de psicofármacos (TCPP) e tratamento sem prescrição de psicofármacos (TSPP). Descontamos desses dados 8% de usuários que não compareceram à consulta agendada. Esses dados, cruzados com a condição de entrada CMPP e SMPP, estão apresentados na tabela abaixo:

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS USUÁRIOS CONFORME A AUSÊNCIA OU PRESENÇA DE TRATAMENTO PSICOFARMACOLÓGICO E A CONDIÇÃO DE ENTRADA CMPP E SMPP (PERÍODO 2005 / 2008)

TRATAMENTO	FREQUÊNCIA					
	CMPP		SMPP		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
TCPP	250	99%	53	98%	303	99%
TSPP	2	1%	1	2%	3	1%
TOTAL	252	100%	54	100%	306*	100%

TCPP: tratamento com prescrição de psicofármacos

TSPP: tratamento sem prescrição de psicofármacos

*Dos 332 usuários encaminhados à psiquiatria, 26 não compareceram à consulta.

Como indica a Tabela 10, 99% dos usuários encaminhados à psiquiatria receberam prescrição psicofarmacológica. Isso quer dizer que, a despeito das mais variadas queixas e sintomas registrados nos prontuários, praticamente todos que compareceram à consulta psiquiátrica receberam prescrição de psicofármacos.

Procuramos, então, colher dados sobre as classes de medicamentos constantes das prescrições psicofarmacológicas.

3.2.3. Apresentação de dados sobre as prescrições psicofarmacológicas

Coletamos dados sobre as classes de psicofármacos prescritos aos usuários do serviço. Para estabelecer nossas categorias, acompanhamos a classificação de Cordioli (2004), que divide os psicofármacos em quatro classes principais: ansiolíticos e hipnóticos; antidepressivos; antipsicóticos ou neurolépticos; e estabilizadores de humor.

Os dados foram colhidos em dois momentos: o momento da entrada, onde colhemos dados sobre a medicação prévia de psicofármacos (CMPP), e o momento da primeira consulta psiquiátrica do Ambulatório, onde colhemos dados sobre o primeiro tratamento com prescrição de psicofármacos (TCPP). Essa disposição de dados nos permite comparar a medicação prescrita fora do serviço com prescrita pelo psiquiatra do ambulatório que, como já vimos, medica 99% dos usuários que já chegam medicados previamente.

Em 21 prontuários dos usuários que já chegaram medicados no PA não havia identificação do tipo de psicofármaco prescrito previamente. Os dados, já excluídos os sem identificação, estão apresentados na tabela abaixo.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS USUÁRIOS POR CLASSES DE PSICOFÁRMACOS PRESENTES NA PRESCRIÇÃO PRÉVIA E NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DO AMBULATÓRIO (PERÍODO 2005 / 2008)

CLASSES DE PSICOFÁRMACOS	FREQUENCIA			
	CMPP (n=278)		TCPP (n=303)	
	N	(%)	N	(%)
ANSIOLÍTICOS	204	73%	214	71%
ANTIDEPRESSIVOS	129	46%	231	76%
ANTIPSIKÓTICOS	45	16%	105	35%
ESTABILIZADORES DE HUMOR	31	11%	56	18%
OUTROS MEDICAMENTOS	30	11%	48	16%

CMPP: com medicação prévia de psicofármacos.

TCPP: tratamento com prescrição de psicofármacos, na primeira consulta psiquiátrica.

Outros medicamentos: Antiparkinsonianos⁴, Anticonvulsivantes, Inibidores opiáceos.

⁴ Antiparkinsonianos (divididos em anticolinérgicos e anti-histamínicos) são drogas utilizadas para o tratamento dos efeitos colaterais produzidos por antipsicóticos típicos (Oliveira e Sena, 2006) e compõem 77% do grupo de “outros medicamentos”.

Como indica a Tabela 11, os ansiolíticos são a classe de psicofármacos mais prescrita nos dois subgrupos. Mas a comparação entre o grupo CMPP e TCPP revela, sobretudo, um significativo aumento no número de prescrições de antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor na medicação do serviço ($p < 0,05$).

No processo de nossa coleta de dados, pudemos observar que a quantidade de psicofármacos prescritos no ano de 2008 na primeira consulta psiquiátrica parecia visivelmente superior às prescrições realizadas nos anos anteriores.

Decidimos, então, comparar a medicação do ano de 2008 com o período anterior, de 2005 a 2007.

- **Comparação das prescrições de psicofármacos do serviço entre o ano de 2008 e o período de 2005 a 2007**

Coletamos dados sobre quantidade de psicofármacos prescritos na primeira consulta psiquiátrica do Ambulatório (TCPP) e comparamos as prescrições psicofarmacológicas do período de 2005 a 2007 com as do ano de 2008, o último ano de nossa coleta de dados.

Para comparar a quantidade de psicofármacos prescritas no ano de 2008 com o período de 2005 a 2007, coletamos dados sobre a quantidade de rótulos de medicamentos psicofarmacológicos prescritos por usuário nos períodos comparados.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS USUÁRIOS CONFORME A QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS PRESCRITOS NO PERÍODO DE 2005 A 2007 E NO ANO DE 2008

QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS	2005 a 2007 (n=228)		2008 (n=75)		Total (n=303)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1 medicamento	36	16%	5	7%	41	14%
2 medicamentos	116	51%	19	25%	136	45%
3 medicamentos	63	28%	18	24%	81	27%
4 medicamentos	12	5%	20	27%	32	11%
5 medicamentos	0	0%	8	11%	8	3%
6 medicamentos	0	0%	2	3%	2	1%
7 medicamentos	0	0%	2	3%	2	1%
Total	228	100%	75	100%	303	100%

Como indica a Tabela 12, as prescrições de um e dois medicamentos diminuem significativamente no ano de 2008 e as prescrições acima de três medicamentos aumentam significativamente no mesmo ano ($p < 0,05$).

No período de 2005 a 2007, a quantidade de psicofármacos prescritos por usuários se concentrava em torno de dois, com média de 2,2 por usuário. As prescrições de quatro medicamentos eram raras (5%) e nossa amostra não encontrou prescrição maior que essa. No ano de 2008 a quantidade de psicofármacos prescritos por usuários concentrava-se entre dois e quatro, e apresentava média de 3,2 por usuário. A antes rara prescrição de quatro psicofármacos é agora a mais freqüente (27%) e 17% dos usuários receberam prescrições maiores que essa. Como mostram nossos dados, a quantidade de psicofármacos prescritos pela psiquiatria no ano de 2008 é significativamente maior que a do período anterior ($p < 0,05$).

Constatada essa diferença, retomamos o período geral (2005 a 2008) e procuramos organizar dados sobre as anotações diagnósticas constantes dos prontuários.

3.2.4. Apresentação de dados sobre os diagnósticos psiquiátricos dos usuários do serviço

Procuramos levantar dados sobre os diagnósticos registrados nos prontuários dos usuários medicados pela psiquiatria do serviço. Para trabalhar apenas com os diagnósticos determinados pelo serviço de psiquiatria, excluímos os 42 usuários que já deram entrada no ambulatório com diagnósticos determinados por outros médicos. Consideramos tanto as determinações diagnósticas escritas nos prontuários por extenso quanto o registro do número do diagnóstico referente ao CID-10. Mesmo assim, verificamos que um número muito grande de prontuários não continha qualquer anotação diagnóstica. Contabilizando essa presença ou ausência de diagnósticos nos prontuários, verificamos que dos 261 prontuários acompanhados, apenas 58 apresentavam algum tipo de diagnóstico e que nos restantes 203, não era possível encontrar nenhum indício de anotação diagnóstica.

Isso quer dizer que, dos usuários submetidos ao tratamento psicofarmacológico, apenas 22% receberam algum tipo de determinação diagnóstica na consulta psiquiátrica do Ambulatório. A maioria, 78%, não apresentava nenhum registro de diagnóstico psiquiátrico.

Mesmo tratando-se de uma minoria, coletamos dados sobre os tipos de diagnósticos determinados pela psiquiatria. Apresentamos os dados na tabela a seguir:

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS USUÁRIOS CONFORME OS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS DETERMINADOS PELO AMBULATÓRIO (PERÍODO 2005 / 2008)

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	N	(%)
F00-F09	0	0%
F10-F19	25	43%
F20-F29	5	9%
F30-F39	9	16%
F40-F49	16	28%
F50-F59	0	0%
F60-F69	0	0%
F70-F79	3	5%
F80-F89	0	0%
F90-F99	0	0%
TOTAL	58	≈100%

Como mostra a tabela acima, os diagnósticos que mais aparecem registrados nos prontuários dos usuários são: “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas” (F10-F19), com 43%; “Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes” (F40-F49), com 28%; e “Transtornos do Humor” (F30-F39), com 16%.

3.2.5 Apresentação de dados sobre a evolução dos casos dos usuários encaminhados à psiquiatria

Coletamos dados sobre a evolução dos casos dos usuários que receberam prescrição de psicofármacos no atendimento psiquiátrico. Nossa amostra original compreendia um total de 430 prontuários. Aqui, devido aos nossos objetivos de pesquisa referentes às questões da medicalização, procuramos trabalhar exclusivamente a distribuição dos registros da evolução dos 332 casos dos usuários que foram encaminhados à psiquiatria e receberam prescrição de psicofármacos. Agrupamos a evolução dos casos nas seguintes categorias:

- Continuação do tratamento psiquiátrico;
- Abandono do tratamento psiquiátrico;
- Transferência do tratamento psiquiátrico para outra instituição;
- Atual internação psiquiátrica;
- Encaminhamento para continuidade do tratamento no CAPS;
- Encaminhamento ao tratamento neurológico;
- Alta no tratamento psiquiátrico.

Examinamos os registros de evolução dos casos até maio de 2009, quando foi realizada a coleta dos dados. Isso compreende um período variável de cinco a cinquenta e três meses, se tomarmos por limites, respectivamente, os casos de final de 2008 e início de 2005.

Dos 332 usuários encaminhados à psiquiatria, não incluímos na distribuição 26 usuários que não compareceram à consulta psiquiátrica. Não constam, também, os três casos que não receberam prescrição de psicofármacos após atendimento psiquiátrico. Feita a distribuição dos 303 casos restantes pelas categorias acima elencadas, obtivemos a seguinte tabela:

TABELA 14- DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL E PERCENTUAL DOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS À CONSULTA PSIQUIÁTRICA CONFORME A EVOLUÇÃO DOS CASOS (PERÍODO 2005 / 2008)

EVOLUÇÃO DOS CASOS	FREQUENCIA	
	N	(%)
Continuação do tratamento psiquiátrico	185	61%
Transferência do tratamento psiquiátrico para outra instituição	13	4%
Atual internação psiquiátrica	12	4%
Encaminhamento para continuidade do tratamento no CAPS	6	2%
Encaminhamento ao tratamento neurológico	4	1%
Abandono do tratamento psiquiátrico	80	27%
Alta no tratamento psiquiátrico	3	1%
Total	303	100%

*Usuários que informaram que iriam transferir o tratamento psiquiátrico para outra instituição devido à mudança de cidade ou preferência por médico particular.

A maioria relativa dos usuários, 61%, ainda estava sob tratamento psiquiátrico medicamentoso na própria instituição, quando da coleta dos dados. E 27% dos usuários haviam abandonado o tratamento psiquiátrico, como indica a Tabela 14.

Dentre os usuários que foram encaminhados à psiquiatria e receberam prescrição de psicofármacos, ressaltamos que praticamente ninguém recebeu alta do tratamento psiquiátrico, salvo três exceções (1%).

3.2.6. Apresentação de dados sobre as internações psiquiátricas dos usuários do serviço

Levantamos dados sobre as internações psiquiátricas determinadas pelo atendimento psiquiátrico do serviço no período estudado. E procuramos levantar quais foram os principais motivos para a determinação da internação psiquiátrica no Ambulatório de Saúde Mental.

Como mostram nossos dados, 11% dos usuários receberam determinação de internação psiquiátrica após consulta com o psiquiatra do serviço. Os motivos encontrados para as internações psiquiátricas, salvo em dois casos, sempre estavam ligados à drogadição. A seguinte tabela apresenta a distribuição dos usuários encaminhados à internação pela psiquiatria do Ambulatório, segundo as causas das internações.

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS USUÁRIOS INTERNADOS CONFORME AS CAUSAS DAS INTERNAÇÕES (PERÍODO 2005 / 2008)

CAUSAS DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	FREQUENCIA
USO DE ÁLCOOL	22
USO DE OUTRAS DROGAS	9
OUTRAS CAUSAS	2
TOTAL	33

Como mostra a Tabela 15, a maioria dos usuários encaminhados à internação apresentava problemas quanto ao uso de álcool e outros tipos de drogas.

Como a principal causa que leva à internação psiquiátrica no ambulatório refere-se ao uso de álcool e outras drogas, decidimos verificar a frequência da incidência de internação em todos os usuários de nossa amostra que se apresentaram ao serviço com queixas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Os dados estão apresentados na Tabela abaixo:

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ENCAMINHAMENTOS DADOS AOS USUÁRIOS COM QUEIXAS REFERENTES AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PERÍODO 2005 / 2008)

ENCAMINHAMENTOS	QUEIXAS		TOTAL
	USO DE ÁLCOOL	USO DE OUTRAS DROGAS	
INTERNAÇÃO	22	9	31
OUTROS TRATAMENTOS	16	7	23
TOTAL	39	15	54

Como indica a Tabela 16, dos 54 usuários que deram entrada no serviço com esse tipo de queixa, 31 deles, mais que a metade do total, foram encaminhados à internação psiquiátrica.

Ainda sobre a incidência de internações, levantamos dados sobre as causas das internações psiquiátricas que ocorreram no período de 2003 a 2008 em todo o município onde realizamos a pesquisa. Com os dados obtidos nos relatórios anuais de gestão da secretaria de saúde daquele município, construímos a tabela abaixo, onde podemos observar a distribuição das internações psiquiátricas realizadas no município.

TABELA 17– DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS REALIZADAS PELO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL⁵ DO MUNICÍPIO, NO PERÍODO DE 2003 A 2008

DIAGNÓSTICO	ANOS/FREQÜÊNCIA						TOTAL
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO DEVIDO O USO DE ÁLCOOL E DROGAS	50	34	26	31	16	32	189
OUTROS DIAGNÓSTICOS	25	15	7	2	4	12	65
TOTAL	75	49	33	33	20	44	254

⁵O Departamento de Saúde Mental contabiliza o número de internações psiquiátricas realizadas pelo Ambulatório de Saúde Mental, pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Hospital Geral daquele município.

Como indica a Tabela 17, independente do diagnóstico do usuário, houve uma tendência de redução das internações psiquiátricas realizadas em todo o município com um posterior aumento no ano de 2008, quando as internações psiquiátricas de usuários diagnosticados com “transtorno de comportamento devido o uso de álcool e drogas” dobrou e as internações de usuários com outros diagnósticos triplicaram em relação ao ano anterior.

Apresentado o conjunto de dados coletados, passaremos agora à sua discussão.

4. DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1. Sobre o perfil da população atendida pelo ambulatório de saúde mental estudado

- **Sobre a ausência de dados na ficha de entrada do serviço ambulatorial**

No primeiro atendimento aos usuários que procuram o serviço ambulatorial, o profissional do pronto-atendimento deve preencher uma ficha de entrevista inicial (Anexo A). Na matriz desse documento, além da identificação do paciente, também constam o motivo da consulta (queixa inicial); medicação anterior à entrada no serviço; dinâmica familiar; vida profissional, escolar e social; sinais e sintomas; e encaminhamentos. Todas essas características preenchidas na folha de entrevista inicial no momento da entrada do usuário no serviço, possibilitar-nos-ia traçar um perfil bastante completo da população atendida pelo serviço ambulatorial. Entretanto, observamos que raramente são preenchidos os dados sobre dinâmica familiar, vida profissional, escolar e social. A falta dessas anotações impossibilitou a organização e análise dessas características reconhecidamente importantes para o estabelecimento de um perfil da população. Indubitavelmente, esse conjunto de dados sobre a população, se corretamente anotados, poderia auxiliar os profissionais da equipe de saúde na organização das ações daquele serviço.

Na nossa pesquisa, apesar da falta dessas características populacionais, examinamos os dados que foram encontrados nas fichas de triagem daqueles que procuraram o serviço, que se compõem somente de tratamento psicofarmacológico anterior à entrada no serviço, gênero, idade, sintomas apresentados e queixas iniciais.

- **Sobre o perfil da população quanto a gênero**

Para a análise da distribuição de gênero da população atendida no ambulatório, levantamos dados do IBGE sobre a distribuição sexual da população daquele município e comparamos a dos usuários atendidos pelo serviço. Os dados do IBGE (2007) mostram uma distribuição sexual bastante equitativa da população do município. Já a distribuição de gênero de nossa amostra dos usuários do ambulatório apresenta um percentual mais elevado (65%) de mulheres. Esses dados corroboram estudos desenvolvidos no Brasil (MENDONÇA e CARVALHO, 2005; TRAVASSOS et. al, 2002), e nos Estados Unidos (VERBRUGGE, 1989), que constataram que a população feminina utiliza mais frequentemente serviços de saúde e usam mais medicamentos. Essas pesquisas mostram que o uso de serviços de saúde

pela população feminina depende, dentre outros fatores, do poder aquisitivo das famílias, do nível de escolaridade, do tamanho da família e do sexo do provedor da família. (TRAVASSOS et al., 2002). Atualmente, preocupado com os índices de saúde da população masculina, o Ministério da Saúde tem realizado campanhas nacionais com o especial intuito de promover o desenvolvimento de ações e serviços para o cuidado preventivo da saúde masculina e tem procurado sensibilizar essa população para a procura desse atendimento nos serviços públicos. (BRASIL, 2008).

- **Sobre o perfil da população quanto à idade**

Quanto à distribuição etária, nossa pesquisa mostra que a população que procura atendimento no serviço ambulatorial é composta por pessoas proporcionalmente mais velhas, com mediana nos 47 anos, enquanto a população do município registra a mediana por volta dos 38 anos de idade. Essa incidência de pessoas com mais idade no serviço ambulatorial está em conformidade com a literatura especializada, que mostra que o aumento da idade implica maior procura por serviços de saúde. (FLEITH et al., 2007; RODRIGUES et al., 2006; ARRAIS et al., 2005; LOYOLA et al., 2002; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001; ALMEIDA et al., 1994).

- **Sobre as queixas e sintomas que levam o usuário ao serviço**

Em relação ao registro das queixas, nossos dados mostram uma grande dispersão, e as categorias nas quais as agrupamos nunca chegam a reunir mais que dez por cento da população de usuários do serviço. Nessas condições, as que apresentam a maior frequência relativa são as de “uso abusivo de bebida alcoólica” (39 usuários); “perda de ente querido e tristeza” (34 usuários); “dificuldades no relacionamento com familiares e tristeza” (34 usuários); e “nervosismo, tristeza e desânimo” (30 usuários).

A incidência de usuários, principalmente do sexo masculino, com queixas referentes ao “uso abusivo de bebida alcoólica” está em concordância com a literatura sobre a questão, que aponta altas prevalências do consumo de álcool entre as populações. (BARROS, et. al., 2008; GALDURÓZ e CAETANO, 2004; ALMEIDA e COUTINHO, 1993). Convida à atenção a frequência relativamente alta da queixa de “tristeza”, que geralmente vem acompanhada de acontecimentos da vida cotidiana, que permitem a identificação bastante precisa do motivo do sentimento de tristeza e denota que o usuário tem uma consciência bastante clara dele. Entretanto, conforme Birman (2009), a tristeza passa a ser camuflada de

maneira incipiente nas dobras do espírito para ser, assim, debelada preventivamente em estado nascente através da prescrição de psicofármacos, que, atualmente, se tornaram uma nova panacéia da possibilidade de felicidade ampla e irrestrita de todos.

Em relação aos sintomas, os que mais aparecem registrados nos prontuário são ‘ansiedade’ (69%), ‘angústia’ (63%), ‘nervosismo’ (62%) e ‘irritabilidade’ (55%). Isso significa que mais de metade dos usuários apresenta algum desses sintomas, que estão entre aqueles destacados por alguns autores como principais manifestações sintomáticas comuns da contemporaneidade. (RODRIGUES, 2003; BIRMAN, 2000; ROUDINESCO, 2000).

4.1.1. Sobre a incidência da prescrição de psicofármacos anterior à entrada dos usuários no ambulatório

Nossa pesquisa mostra que é comum que os usuários sejam medicados com psicofármacos, antes mesmo de procurar o primeiro atendimento em saúde mental. Nossos dados mostram que uma maioria de 70% dos usuários já deu entrada no serviço ambulatorial sob medicação psicofarmacológica e que 60% dessa pré-medicação originavam-se de prescrições de outras especialidades médicas que não a psiquiatria, como a ginecologia, a cardiologia, a neurologia, a clínica geral. Depois dos psiquiatras, os clínicos gerais que atendem na rede pública de saúde compõem a especialidade médica que mais prescreve psicofármacos e, em nossos dados, esse percentual chega a 30% do total. Mas encontramos prescrições prévias de psicofármacos originados das mais diversas especialidades médicas, o que corrobora a preocupação, presente em ampla literatura sobre o tema, de que a atual banalização do uso de psicofármacos seja alavancada pela crescente frequência de prescrições originadas de fora das especialidades médicas psiquiátrica e neurológica. (FALCÃO et al. 2007; ANDRADE, ANDRADE e SANTOS, 2004; MARI e JORGE, 2003; NOTO et al. 2002; ALMEIDA, COUTINHO e PEPE, 1994).

Essas mesmas fontes consideram que a prescrição de psicofármacos fora da psiquiatria se desenvolveu a partir da década de 70, época em que a psiquiatria, respaldada pelas neurociências, iria engendrar novas etiologias, diagnósticos e terapêuticas medicamentosas relacionadas ao modelo biomédico. Nesse contexto, o investimento na invenção de entidades nosológicas descritas em manuais psiquiátricos e o desenvolvimento de um número cada vez maior de drogas psicofarmacológicas para o tratamento dessas novas ‘doenças’ levariam a psiquiatria a uma integração mais forte com a medicina geral, da qual

ela se distanciara na época clássica da prevalência do tratamento moral e naquela, mais recente, de sua aproximação com a psicanálise. O correlato dessa integração da psiquiatria com as tradições biomédicas seria, conforme Martins (2005, p. 110), a disseminação da prescrição dos novos recursos psiquiátricos por toda clínica médica:

Os efeitos reducionistas da clínica psiquiátrica, com a sobreposição da dimensão biológica à simbólica, vêm promovendo uma biomedicalização da saúde [...] que incide sobre a vida e que se atualiza através do saber psiquiátrico que tende a passar cada vez menos pelos manicômios e pelos psiquiatras difundindo-se por todo o corpo da sociedade e elegendo, como lócus privilegiado de sua efetuação, o consultório dos clínicos gerais.

Os desdobramentos desse modo médico de lidar com o mal-estar psicossocial, conforme a literatura especializada (ROUDINESCO, 2000; BIRMAN, 2000), vêm se desenvolvendo em detrimento de um atendimento mais atento às condições particulares da pessoa sob sofrimento psíquico:

(...) a utilização de psicofármacos transcendeu em muito a prática psiquiátrica, migrando então para o campo da clínica médica. Foi nesta, aliás, que a escala de utilização dos psicofármacos se realizou de maneira farta e massificada. Diante de qualquer angústia, tristeza ou desconforto psíquico, os clínicos passaram a prescrever, sem pestanejar, os psicofármacos mágicos, isto é, os ansiolíticos e antidepressivos. A escuta da existência e da história dos enfermos foi sendo progressivamente descartada e até mesmo, no limite, silenciada. Enfim, por essa via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, numa escala sem precedentes. (BIRMAN, 2000, p. 242)

Como o foco de nossa pesquisa é a medicação psicofarmacológica, procuramos examinar os dados encontrados na ficha de triagem do serviço (gênero, idade, sintomas e queixas iniciais), conforme a presença ou ausência de prescrição psicofarmacológica. O propósito do cruzamento dessas características da população com a prescrição de psicofármacos foi o de examinarmos se esses poderiam ser fatores que influenciaram ou determinaram a prescrição psicofarmacológica, tanto aquela anterior à entrada do usuário no serviço quanto a determinada pelo ambulatório de saúde mental estudado.

4.1.2. Sobre medicação, gênero e faixa etária da população atendida pelo ambulatório

Nossos dados mostram que, apesar de um maior número de mulheres procurarem aquele serviço, a frequência da prescrição de psicofármacos anterior à entrada no ambulatório na população feminina é praticamente igual (69%) à da população masculina (71%). Esses percentuais muito altos e relativamente equânimes entre homens e mulheres divergem de diversas pesquisas que apontam um percentual relativo de mulheres medicadas com psicofármacos mais elevado em relação aos homens. (RODRIGUES et al., 2006; MENDONÇA e CARVALHO, 2005; TEIXEIRA, 1998; ALMEIDA et al., 1994).

Quanto à prescrição de psicofármacos realizada pelo ambulatório, a despeito da literatura especializada ressaltar a maior incidência de medicação psicofarmacológica entre as mulheres, nossos dados mostram que no serviço psiquiátrico a prescrição de psicofármacos é significativamente mais frequente na população masculina (86%) que na feminina (75%), ainda que ambas sejam bastante altas. Mas, diferentemente dessas tendências, como já dissemos, pesquisas apontam que é mais comum pessoas do sexo feminino serem submetidas a diagnósticos psiquiátricos e a prescrições psicofarmacológicas. Essa incidência de mulheres medicadas, conforme nossas fontes, pode estar relacionada tanto a maior utilização dos serviços de saúde pela população feminina quanto à percepção médica de que “transtornos mentais” são mais prevalentes entre as mulheres, suposição que levaria a psiquiatria a diagnosticar e prescrever psicofármacos com mais frequência a pessoas do sexo feminino. (GARCIA et al., 2005; LUNA et al., 2000).

Na comparação da faixa etária do grupo submetido ao tratamento psicofarmacológico (média aproximada de 50 anos de idade) com a faixa etária daqueles que não foram encaminhados à psiquiatria e, portanto, não foram medicados (média aproximada de 40 anos de idade), nossos dados mostram que a prescrição de psicofármacos no serviço é significativamente mais frequente com o aumento da idade. Essa tendência está em conformidade com outras pesquisas que mostram a prevalência do consumo de psicofármacos entre pacientes de idade mais elevada. (FLEITH et al., 2007; RODRIGUES et al., 2006; ARRAIS et al., 2005; LOYOLA et al., 2002; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001; ALMEIDA et al., 1994). A incidência da prescrição de psicofármacos entre pessoas com mais idade ou considerados idosos pode estar relacionada a duas tendências. A primeira, condizente com a literatura especializada, refere-se aos altos índices de consumo de psicofármacos entre os idosos. A segunda, mais apropriada aos nossos dados, refere-se às particularidades daquele

ambulatório, onde a faixa etária da população que procura o serviço é composta por pessoas mais velhas, quando comparadas à população do município.

Nossos dados mostram, também, que a população masculina que recebe prescrição de psicofármacos no ambulatório é relativamente mais jovem, com média nos 46 anos de idade, do que a correspondente população feminina, que apresenta média de 53 anos de idade. Esses dados são divergentes das informações da literatura especializada, que mostra maior incidência do consumo de psicofármacos entre mulheres jovens, com idades a partir dos 20 anos, do que entre homens jovens (RODRIGUES et al., 2006; ALMEIDA et al., 1994).

No caso do ambulatório estudado, a tendência de encaminhar à medicação psiquiátrica a população jovem masculina pode estar ligada ao fato de a maioria das ações não psiquiátricas oferecidas pelo ambulatório de saúde mental estar estruturada para atender usuários do sexo feminino. A falta de outras modalidades de atendimento à população masculina pode ser responsável pela alta frequência relativa de prescrição medicamentosa aos homens, tanto quanto a estrutura do serviço, voltada principalmente ao atendimento de mulheres, pode ser um fator produtor da maior procura feminina aos serviços do ambulatório. Essas observações sugerem a possibilidade de que o serviço estudado apresente mais recursos para o atendimento feminino justamente por fundar-se na informação bibliográfica, que destaca maior prevalência de problema de sofrimento psíquico entre as pessoas do sexo feminino. No entanto, nossos dados sugerem que talvez sejam as características do próprio atendimento, prioritariamente voltado ao atendimento de mulheres, que contribua para a maior procura feminina. E a população masculina, na falta de outros recursos ambulatoriais apropriados, esteja sendo relegada à praxe da mera prescrição de psicofármacos.

Essa incidência maior de prescrição de psicofármacos entre os homens, observada em nossos dados, pode limitar-se apenas a uma particularidade do funcionamento daquele ambulatório. Entretanto, conforme *A política nacional de atenção integral à saúde do homem*, “os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco.” (BRASIL, 2008). Isso também poderia levar os homens a apresentarem certa resistência em procurar outras modalidades de tratamento que não fosse aquele atendimento rápido e prescritivo da medicina psiquiátrica.

4.1.3. Sobre a relação entre a medicação, as queixas e os sintomas apresentados pelos usuários do serviço

Não há diferenças significativas entre a distribuição das queixas apresentadas, quando comparamos os grupos que chegam ao serviço sem medicação ou já medicados. Muito curiosamente, também não é possível encontrar diferença significativa entre os grupos daqueles que serão ou não medicados pelo serviço. Nossos dados sobre os registros das queixas mostram ainda que, entre os usuários encaminhados à medicação, quase metade (42%) apresentava queixas relacionadas a situações existenciais da vida e a circunstâncias relativas ao cotidiano. São queixas relacionadas à “perda de ente querido” (31 usuários); “dificuldades no relacionamento com familiares” (22 usuários); “perda de emprego” (17 usuários); “problemas no trabalho” (15 usuários), todas relacionadas ao que podemos considerar como circunstâncias comuns da vida cotidiana. Outros 43 usuários relataram queixas que envolviam situações de “nervosismo”, “esquecimento”, “desânimo” e, frequentemente, a “tristeza”, que já comentamos anteriormente. São motivos que podemos considerar absolutamente comuns na existência humana.

Longe de negarmos que essas experiências e sensações possam produzir sofrimentos e mal-estares difíceis de se enfrentar, nos chama atenção o fato desses sofrimentos constituírem o rol de queixas de uma expressiva maioria daqueles usuários que não escapam do tratamento psicofarmacológico. Isso parece ser uma manifestação local de uma tendência da medicina atual em prescrever psicofármacos para o tratamento de qualquer queixa existencial ou de qualquer mal-estar psíquico, que “não é mais compreendido como uma experiência subjetiva de um determinado indivíduo, mas sim, como uma entidade nosológica que o acomete.” (RODRIGUES, 2003, p. 15). Édouard Zarifian, citado por Roudinesco (2000, p. 24), comenta essa tendência psiquiátrica de prescrever medicamentos em qualquer situação em que as pessoas se sentem infelizes: “quantos médicos receitam tratamentos antidepressivos a pessoas que estão simplesmente tristes e desiludidas e cuja ansiedade levou a uma dificuldade de dormir!”. Na mesma linha, para Roudinesco (2000), qualquer pessoa que relate algum desconforto psíquico estará sujeita à prescrição de psicofármacos:

Hoje em dia, (...) a psicofarmacologia tornou-se, a despeito dela mesma, o estandarte de uma espécie de imperialismo. De fato, ela permite que todos os médicos- em especial os clínicos gerais – abordem da mesma maneira todo tipo de afecções, sem que jamais se saiba de que tratamento elas dependem. Assim, psicoses, neuroses, fobias, melancolias e depressões são tratadas pela psicofarmacologia como um punhado de estados ansiosos, decorrentes de lutos, crises de pânico passageiras, ou de um nervosismo extremo, devido a um ambiente difícil. (ROUDINESCO, 2000, p. 23).

Como indicam nossos dados, as pessoas submetidas à medicação psicofarmacológica passam a utilizá-las por um tempo muito maior do que o dos acontecimentos circunstanciais que as levaram a procurar atendimento. Assim, o início do uso da medicação psicofarmacológica pode estar marcado por algum acontecimento comum e de efeitos passageiros, mas os efeitos do uso prolongado da medicação que nele se insere podem prolongar-se indefinidamente e o que se torna um problema, então, é qualquer perspectiva da falta desse medicamento. (MENDONÇA e CARVALHO, 2005).

Os registros dos sintomas apresentados pelos usuários do serviço mostram grande semelhança entre grupo sem medicação e o grupo que já se apresentou ao serviço sob prévia medicação psicofarmacológica. Na distribuição de suas frequências, não encontramos diferenças significativas ($p < 0,05$), exceto nos sintomas de ‘agressividade’ e ‘aumento de apetite’. Na comparação equivalente entre os medicados e os não medicados pelo próprio serviço, não encontramos qualquer diferença significativa. Aqui, no âmbito dessa indistinguível semelhança, é preciso reconhecer a absoluta importância da intensidade e das relações de conjunto dos sintomas apresentados, aspectos que não pudemos analisar nessa pesquisa. Mas, ainda assim, queremos tecer alguns comentários sobre a noção de sintoma e a prescrição de medicação.

O modelo médico-psiquiátrico, atualmente, costuma empreender sua terapêutica pelos indícios inferidos do conjunto de sintomas, de suas gradações e interações, cujas medidas permitiriam fazer o vínculo com uma síndrome cujo tratamento será a prescrição dos medicamentos que devem controlá-la. E, não sem motivo, o sucesso desse controle será inferido da esperada remissão dos sintomas. No âmbito dessa conduta muito usual no modelo médico-psiquiátrico, reduzir sintomas é o centro da questão, como expressa, caricaturalmente bem, o psiquiatra Rubens Pitliuk (2008) quando, em defesa das vantagens da imediata medicação de qualquer sintoma, adverte: “sintomas em Psiquiatria e Neurologia, assim como em várias áreas de Medicina, quanto mais tem, mais tem, e quanto menos tem, menos tem”.

No pólo oposto ao modelo médico, o empreendimento da psiquiatria em definir o que seria ‘normal’ ou ‘patológico’ depende apenas da interpretação feita pelo médico sobre a narrativa do paciente. Nesse contexto, diferentemente de outras especialidades médicas, na psiquiatria a inexistência de um marcador biológico específico e reconhecível para aquilo que é considerado como ‘transtorno mental’ possibilita ao médico, conforme aponta Foucault (2006), transcrever qualquer demanda em doença e fazer existir os motivos da demanda em sintomas de doença. Dessa forma, como pondera Foucault (2006, p. 348), “trata-se de fazer

existir como doença ou eventualmente como não-doença, os motivos dados para um internamento ou uma intervenção psiquiátrica possível”. Nesse contexto, a psiquiatria se autoriza a intervir sobre aquilo que ela considera como sintomas de uma doença que, por sua vez, deverão ser tratados com medicamentos psicofarmacológicos. A medicação psiquiátrica, então, apenas funcionaria para eliminar aquilo determinado como sintoma, e qualquer outra tentativa de reflexão sobre a demanda daquele que apresenta qualquer sofrimento psíquico será eliminada. Dessa forma, a prescrição de psicofármacos funcionaria exclusivamente como um “tampão”, que obstrui os sentimentos e as vivências singulares de cada sujeito, num processo conhecido como “tamponamento da subjetividade”.

Conforme explicita Roudinesco (2000, p. 21):

Embora não curem nenhuma doença mental ou nervosa, eles (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.

Nessa configuração, e diante da inutilidade mostrada por nossos dados quanto a procurar nos sintomas a causa da medicação, indagamos sobre o real papel da noção de sintoma na prática psiquiátrica. E Foucault nos apresenta uma perspectiva de entendimento do sintoma na prática psiquiátrica, tão interessante quanto inquietante, que o coloca no âmbito da definição de papéis e de poderes:

Na medicina orgânica, o médico formula obscuramente essa demanda: mostre seus sintomas e eu direi que doente você é. Na prova psiquiátrica, a demanda do psiquiatra é muito mais pesada, é muito mais sobrecarregada, é a seguinte: com o que você é, com a sua vida, com o que se queixa a seu respeito, com o que você faz e o que você diz, forneça-me sintomas, não para que eu saiba que doente você é, mas para que eu possa ser médico diante de você. Ou seja, a prova psiquiátrica é a dupla prova de entronização. Ela entroniza a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicos, mas entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou a instância disciplinar suprema como instância médica. (FOUCAULT, 2006, P. 349)

Ressalvada essa função de relação de poder e de definição de lugares nessa teia, reiteramos que nossos dados sugerem que não se pode encontrar nas queixas e nos sintomas as possibilidades de distinguir a decisão de medicar ou não medicar tomada pelo serviço estudado. Supomos mesmo, dadas as semelhanças resistentes ao exame do simples olhar e confirmada pela apuração estatística, que os determinantes do ato de medicar com psicofármacos daquele serviço não estejam, em absoluto, nas características dos usuários, mas naquelas do próprio serviço, que passaremos a discutir agora.

4.2 Sobre a trajetória da medicalização em um ambulatório de saúde mental

Nessa parte da discussão dos dados de nossa pesquisa, abordaremos a trajetória pela qual o serviço estudado conduz seus usuários à medicação psicofarmacológica. Para a análise desse processo, primeiramente, examinaremos os encaminhamentos à consulta psiquiátrica e destacaremos alguns aspectos que consideramos decisivos para que a equipe de saúde determine o atendimento psiquiátrico. Posteriormente, a análise dos tratamentos determinados pela psiquiatria nos conduzirá à identificação de dois tipos específicos de tratamento psiquiátrico, que a literatura aponta como os principais do dispositivo da psiquiatria tradicional. O primeiro, objeto específico de nossa pesquisa, são as prescrições de psicofármacos e suas especificidades. O segundo é a internação psiquiátrica, essa herança do passado manicomial que tanto temos dificuldade de resolver. Para a finalização da análise desse processo de medicalização, discutiremos nossos dados sobre os desdobramentos e a evolução dos casos daqueles que foram submetidos ao tratamento psiquiátrico pelo serviço ambulatorial.

4.2.1 Sobre o encaminhamento psiquiátrico determinado pelo atendimento de entrada do ambulatório

Os dados colhidos indicam uma perceptível tendência dos profissionais do atendimento de entrada do serviço de encaminhar a ampla maioria (80%) dos usuários à consulta psiquiátrica, ainda que, por vezes, esse encaminhamento possa estar acompanhado de outros procedimentos. Essa alta frequência de encaminhamentos à psiquiatria é fortemente sugestiva da subordinação do trabalho dos profissionais da equipe de saúde a um paradigma eminentemente médico de atendimento em Saúde Mental (COSTA-ROSA e YASUI, 2008; LUZIO, 2008; TENÓRIO, 2000).

A alta frequência de encaminhados à psiquiatria determinada pelos profissionais do ambulatório parece estar fortemente influenciada pelo fato de grande parte dos usuários, 70%, já se apresentarem ao serviço sob prescrição prévia de psicofármacos. De fato, nesse subgrupo de pacientes pré-medicados, a porcentagem de encaminhamentos à psiquiatria chega a quase totalidade (94%) e mesmo as poucas exceções não parecem estar isentas de uma continuada submissão a um tratamento psicofarmacológico. Essas exceções (6%) são formadas por usuários que, devido a uma representação negativa dos problemas psíquicos, se recusavam a

qualquer intervenção da equipe de saúde mental do ambulatório, ou daqueles que já contavam com um acompanhamento médico de confiança e, por isso, não manifestavam qualquer desejo de transferi-lo para o atendimento psiquiátrico do ambulatório. A bem dizer, poderíamos computar também essas pessoas como continuamente medicadas, ainda que não tenham ingressado na medicação do serviço.

Diferentemente da quase totalidade de pré-medicados, que são sempre encaminhados à psiquiatria, entre aqueles que chegam sem uso prévio de psicofármacos percebe-se um encaminhamento muito mais plural e variado. Menos da metade (47%) foi encaminhada à consulta psiquiátrica e é comum, nesse grupo de usuários, passar por outras modalidades de atendimento naquele ambulatório, o que inclui além do pronto-atendimento, as psicoterapias grupais e individuais, os grupos de atendimento a dependentes químicos e as oficinas terapêuticas. Isso sugere que a equipe de saúde proporciona outras formas de atendimento e tratamento aos usuários que chegam àquele ambulatório sem o uso prévio de psicofármacos, que fatalmente os conduzirá à psiquiatria.

A princípio, não há o que estranhar no fato do usuário previamente medicado ser encaminhado à psiquiatria, posto que este encaminhamento seria necessário para avaliar a adequação da medicação e, conforme o caso, confirmá-la, fazer as adequações necessárias ou suprimi-la. No entanto, esse cuidado aparentemente criterioso é fortemente contraditado por nossos dados que mostram, como examinaremos a seguir, que todos os usuários pré-medicados encaminhados à psiquiatria recebem continuada prescrição de psicofármacos.

4.2.2. Sobre o tratamento dispensado aos usuários encaminhados à psiquiatria: as prescrições de psicofármacos

Todos aqueles que passaram pelo atendimento psiquiátrico do serviço, salvo raríssimas exceções, receberam prescrição de psicofármacos.

Nossos dados mostram que 99% dos usuários que chegam ao ambulatório previamente medicados e aceitam o encaminhamento psiquiátrico recebem, praticamente sempre, uma reiterativa prescrição psiquiátrica de psicofármacos. A inserção do usuário no uso de psicofármacos iniciada por qualquer especialidade médica é sempre acompanhada pela prescrição de psicofármacos por parte do serviço psiquiátrico estudado. Dessa forma, pode-se dizer que o atendimento psiquiátrico nunca nega sua chancela, ainda que possa operar eventuais adequações à generalizada prescrição de psicofármacos operada por outras

especialidades médicas ou mesmo à automedicação. A simples presença do uso de psicofármacos, seja qual for o motivo, parece ter o poder de conduzir, na sistemática daquele serviço, o usuário a uma maior e continuada prescrição desses medicamentos.

Dentre os usuários encaminhados à psiquiatria sem medicação prévia, 98% também não escapam da prescrição psicofarmacológica. Isso quer dizer que, independente da condição de entrada, o encaminhamento à psiquiatria sempre implica prescrição de psicofármacos. É verdade que encontramos, dentre os 306 usuários encaminhados à psiquiatria, três casos em que não houve prescrição de psicofármaco. Investigamos o motivo específico daqueles três usuários não terem recebido prescrição psicofarmacológica. Pudemos observar que eram casos extremamente excepcionais: uma mulher grávida que não poderia ser medicada com psicofármacos, uma pessoa que apenas solicitava atestado médico-psiquiátrico para constar em requerimento de benefício financeiro ao INSS e um usuário encaminhado pelo Hospital Geral local por tentativa de suicídio relacionada a especificidades da medicação, que foi mantido, então, sob observação sem o uso de medicamentos. Como se pode observar, tratava-se de casos especiais em que a medicação era absolutamente contra-indicada ou tratava-se de mera obtenção burocrática de um atestado médico.

Nesse sentido, nossos dados corroboram a existência de uma tendência generalizada da psiquiatria de prescrever psicofármacos, que a literatura especializada, ainda que não suspeitasse chegar ao paroxismo da totalidade que nossos dados encontraram, já percebera como tendência preocupante nas ações dos serviços em saúde mental (BARRIO, PERRON e OUELLETTE, 2008; COSTA-ROSA e YASUI, 2008; LAMB, 2008; LUZIO, 2008; TENÓRIO, 2000; BEZERRA, 1987). Essa tendência vem estabelecendo o psicofármaco como principal, ou mesmo o único e obrigatório dispositivo da psiquiatria no tratamento de qualquer tipo de sofrimento psíquico (LAMB, 2008; AMARANTE, 2007; GUARIDO, 2007; IGNÁCIO e NARDI, 2007; RODRIGUES, 2003; BIRMAN, 2000; BEZERRA, 1987). Como explicita Guarido:

a medicação é atualmente indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico, bem como levando em consideração a socialização do discurso médico estabelecido pela mídia e as campanhas de marketing financiadas pela indústria farmacêutica, pode-se reconhecer em relevo o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. (GUARIDO, 2007, p.154)

Essa verdadeira “compulsão” da psiquiatria em prescrever psicofármacos a qualquer paciente que se encontra sob seu âmbito de ação, além de revelar uma estereotipia profissional

não condizente com as práticas de base científica, acaba por trazer extraordinárias dificuldades para a construção de outras ações terapêuticas (LUZIO, 2003); além de expor o usuário a um contato com a droga psicofarmacológica, com seus efeitos colaterais e de dependência, da qual nem sempre terá condições de se libertar (BARRIO, PERRON e OUELLETTE, 2008; MENDONÇA e CARVALHO, 2005).

Como pudemos observar, todos os usuários que deram entrada no serviço ambulatorial pré-medicados receberam uma reiteração da prescrição psicofarmacológica pelo atendimento psiquiátrico. A princípio, chegamos a pensar que essa reiteração medicamentosa poderia compreender alguma estratégia de retirada gradativa da medicação anterior ao atendimento, ou mesmo alguma redução que prenunciasse a busca de uma medicação mínima necessária. Mas não foi isso que encontramos. A comparação entre as prescrições psicofarmacológicas prévias com a primeira prescrição daquele ambulatório, como examinaremos a seguir, revela que não há nenhuma perspectiva de redução, mas um acréscimo em praticamente todas as classes de psicofármacos receitados.

- **Sobre o aumento da prescrição de psicofármacos operada pelo atendimento psiquiátrico do serviço ambulatorial**

Na comparação da medicação psicofarmacológica prescrita fora do serviço com aquela prescrita na primeira consulta psiquiátrica do ambulatório, os dados colhidos mostram que há, na medicação do serviço, um aumento significativo em praticamente todas as classes de psicofármacos (antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor). A falta do registro das dosagens referentes às medicações prévias nos impediu de realizar a comparação com as dosagens das medicações prescritas pelo atendimento psiquiátrico do ambulatório. Mas não há dúvida que nossos dados mostram uma extensão de quase todas as classes de psicofármacos a um percentual muito maior de usuário, quando se compara a prescrição do atendimento psiquiátrico do serviço com aquela com a qual se apresentaram os usuários já medicados, antes de procurarem o ambulatório.

Essa tendência de ampla prescrição de psicofármacos comporta, conforme nossa revisão bibliográfica, duas interpretações distintas, que não por acaso se agrupam justamente nos dois referenciais que compõem os pólos principais da Reforma Psiquiátrica: o modelo médico e modelo psicossocial. No âmbito do modelo médico, o aumento das prescrições de psicofármacos estaria relacionado à alta prevalência de “transtornos mentais” entre as populações que agora estariam sendo atendidas. Já do ponto de vista do modelo psicossocial,

essa tendência de aumento das prescrições psicofarmacológicas é uma das decorrências de um processo de patologização e medicalização operada pelo próprio modelo médico-psiquiátrico, conforme aponta Amarante:

Doença de pânico, fobia social, estresse do executivo, fadiga crônica, dentre tantas outras, são categoriais que patologizam o cotidiano em suas bases fundamentais: não apenas inscrevendo na ordem da patologia o que é próprio do cotidiano da natureza humana, mas também produzindo/induzindo neste cotidiano formas de mal-estar, isto é, patologizando a cultura. Os problemas deixam de ser humanos, em seu sentido mais amplo, para tornarem-se orgânicos, numa distinção radical entre mente-corpo-socius. Neste entendimento, qualquer investimento de cuidado “terapêutico” torna-se um investimento tão-somente farmacológico, nas enzimas ou sinapses, e não nos sujeitos da experiência. (AMARANTE, 1999, P. 51)

É no contexto do modelo de atenção psicossocial que iremos discutir o aumento da prescrição de cada uma dessas classes de psicofármacos, fazendo as relações específicas com a literatura sobre a questão.

Nossos dados mostram que os medicamentos da classe dos antidepressivos estavam prescritos a 46% dos usuários que já se apresentaram ao ambulatório sob mediação psicofarmacológica. Esse percentual sobe para 76% na prescrição psiquiátrica do serviço, o que significa que três em cada quatro usuários atendidos pela psiquiatria do serviço são submetidos a antidepressivos.

Essa ampla prescrição de antidepressivos encontrada em nossos dados está em conformidade com a literatura crítica sobre a questão, que também registra o crescimento do uso desse tipo de fármaco (BIRMAN, 2009; GUIMARÃES e PINHO, 2008; LAMB, 2008; BARRIO, PERRON e OUELLETTE, 2008). Em recente pesquisa realizada na mesma região onde se localiza o ambulatório estudado, Lamb (2008) verificou que num território de 25 municípios, entre os anos de 2002 e 2006, houve um crescimento progressivo do consumo de antidepressivos que passou de 10,9 para 17,0 doses diárias por mil hab./dia. E o progressivo crescimento da prescrição de antidepressivos não é um fenômeno isolado dessa região do oeste paulista. Dados divulgados em 2007 pelo Instituto de Auditoria do Mercado Farmacêutico (IMS Health) mostram que houve um aumento de 150% no consumo mundial de antidepressivos no período de 1995 a 2004 (LAMB, 2008). No Brasil, entre os anos de 2003 e 2007, conforme levantamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a venda de antidepressivos em farmácias cresceu 42%. (GUIMARÃES e PINHO, 2008).

A presença de medicamentos da classe de estabilizadores de humor nas prescrições prévias dos usuários que se apresentaram já medicados ao serviço era de 11%. Essa porcentagem sobe para 18% na primeira consulta psiquiátrica do serviço, apresentando um aumento de aproximadamente 64%.

Os medicamentos da classe dos antipsicóticos estavam prescritos a 16% dos usuários que se apresentaram já medicados ao serviço. Esse percentual sobe para 35% na prescrição psiquiátrica do serviço. Isso significa que o atendimento do ambulatório estendeu em 119% as prescrições de antipsicóticos à população que já se apresentara medicada ao serviço. No âmbito do modelo médico-psiquiátrico, essa tendência pode ser justificada sob a argumentação de que o serviço especializado em psiquiatria estaria cumprindo a função tratar em atendimento ambulatorial sujeitos com “graves transtornos mentais” e egressos hospitalares encaminhados por outras especialidades médicas. Outro argumento da mesma origem seria que a prescrição dessa classe de medicamentos não se restringiria à apenas aqueles casos considerados graves, mas que essa medicação também seria indicada para “transtornos mentais leves”. Entretanto, de um ponto de vista crítico em relação a essa posição, observa-se que essa tendência de uso de medicações “mais pesadas” estaria relacionada a uma preocupante banalização da prescrição de drogas psicofarmacológicas que podem causar diversos efeitos indesejáveis, como é o caso dos antipsicóticos, cujos efeitos colaterais aumentam, significativamente, entre outros, o risco de morte súbita cardíaca. (MANTOVANI, 2009)

Os medicamentos da classe dos ansiolíticos são os únicos cujo percentual de prescrição não apresenta acréscimo na comparação da medicação do ambulatório com aquela com a qual o usuário já se apresentara ao serviço. Essa comparação revela uma estabilidade em percentuais bastante elevados, superiores a 70%, na prescrição desse psicofármaco à população atendida pelo serviço psiquiátrico do ambulatório.

A alta frequência observada nas prescrições de ansiolíticos está em conformidade com a literatura sobre a questão, que mostra esse fármaco como um dos medicamentos mais utilizados mundialmente. (BARRIO, PERRON e OUELLETTE, 2008; MENDONÇA e CARVALHO, 2005; AUCHEWSKI et al., 2004; NOTO et al., 2002; SILVA, 1999). Essas mesmas fontes ressaltam ser comum o desenvolvimento de dependência a essa classe de psicofármaco. E, de fato, nossos dados mostram que cerca de 25% dos usuários pré-medicados com ansiolíticos vinham utilizando essa medicação há mais de 10 anos, fato que corrobora a alta dependência física e psíquica que causa esse tipo de fármaco.

O aumento significativo de praticamente todas as classes de psicofármacos na prescrição da psiquiatria, aliada à estereotipia de sempre e em qualquer caso prescrever psicofármacos, sugere que o serviço psiquiátrico prescreve medicações com pouca atenção aos efeitos colaterais de certos medicamentos. Se a psiquiatria acredita que o medicamento se aplica, então, indubitavelmente, ela prescreve a medicação, ainda que o medicamento possa ter uma gama de efeitos indesejáveis, muitas vezes superior ao mal-estar que se pretende tratar.

Dentre aqueles efeitos indesejáveis, a dependência da droga psicofarmacológica pode conduzir o sujeito a ter a sensação de que não é possível viver sem a ingestão das pílulas psiquiátricas prescritas pela autoridade médica. Nesse estado, o sujeito medicado também se tornaria dependente daquele que possibilita, através da formulação de receitas, o fornecimento das drogas psicofarmacológicas. Mas é claro que, para além da necessidade de obtenção da droga, há na relação médico-paciente outros tipos de dependência. O paciente se submete ao médico e delega a ele todo o conhecimento e toda a responsabilidade pelo tratamento de seu sofrimento. O médico, por sua vez, opera a transformação do mal-estar do paciente em uma “doença”, cuja possibilidade de enfrentamento está completamente fora do âmbito de ação possível do sujeito, que passa a necessitar da assistência especializada. Nesse processo, que vamos chamar de “dessubjetivação” do sujeito, o paciente é inscrito no lugar daquele que não é mais ‘senhor de si’, mas é totalmente dependente do outro, o médico, único portador dos conhecimentos necessários ao enfrentamento possível de seus sofrimentos. Foucault (1982, p. 127), muito propriamente, parodia a fala médica da seguinte maneira:

“Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e, daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental”.

No contexto de nosso estudo, a conduta psiquiátrica de sempre medicar e medicar cada vez mais corrobora a noção de uma psiquiatria imprescindível, produtora de uma estreita dependência em relação ao poder médico (FOUCAULT, 2006). Essas relações de submetimento à medicação e desresponsabilização do sujeito, conforme Ignácio e Nardi (2007, p.94) “prometem o afastamento do sofrimento de diversas origens (...) em detrimento de outras formas de resistência aos modos de captura subjetiva ali presentes.”

De modo geral, os medicamentos psicofarmacológicos provocam a regulação de sensações físicas e emocionais, que podem produzir a redução e/ou o desaparecimento de desejos, a falta de estímulo e a ausência de contato vital com o outro (BARRIO, PERRON e OUELLETTE, 2008). Nessa configuração, a submissão da população à medicação psiquiátrica, com seus efeitos e implicações subjetivas, poderá definir formas de repressão dos processos de subjetivação e a perigosa criação de subjetividades serializadas.

Nessa perspectiva, a prescrição de psicofármacos, da forma como vem sendo praticada, poderá se constituir numa nova forma de controle social através da drogadição da população que, refém de modalidades terapêuticas psicofarmacológicas, pode sacrificar seriamente qualquer perspectiva de autonomia e liberdade.

- **Sobre o aumento na quantidade de psicofármacos prescritos pela psiquiatria, no ano de 2008**

No processo de nossa coleta de dados, pudemos observar que a quantidade de psicofármacos prescritos no ano de 2008 parecia visivelmente superior às prescrições realizadas nos anos anteriores. Convidados por essa impressão, comparamos a quantidade de psicofármacos prescritos no ano de 2008 com o período de 2005 a 2007.

Em nossa pesquisa, apesar do período estudado não ser suficiente para compor uma série histórica, o que nos possibilitaria estudar tendências, é fato claramente observável que naquele ambulatório se prescreveu mais psicofármacos por usuário no ano de 2008 do que no período anterior.

Constatamos que no período estudado (2005/2008), 50% dos usuários que já se apresentavam pré-medicados ao serviço consumiam apenas um medicamento e que 40% consumiam dois medicamentos psicofarmacológicos. No período de 2005 a 2007, a maioria, 67%, permaneceu com um ou dois medicamentos prescritos pelo atendimento psiquiátrico do serviço ambulatorial. Entretanto, no ano de 2008 essa situação se inverteu. Apenas 32% permaneceram com um ou dois medicamentos, enquanto uma expressiva maioria de 68% passou a receber a prescrição de mais de três medicamentos e a antes rara prescrição de quatro medicamentos (5%) passou a ser a mais comum (27%). Encontramos ainda, em 2008, prescrições de até sete medicamentos, enquanto nossa amostra não encontrara nenhum caso com mais de quatro medicações no período anterior. Não resta dúvida, portanto, que o atendimento psiquiátrico do serviço estudado prescrevia muito mais medicamentos no último ano de nossa pesquisa (2008) do que no período anterior (2005-2007). Essa constatação é

preocupante, porque a combinação de um número elevado de medicações psicofarmacológicas está correlacionada ao aumento dos efeitos colaterais e à possibilidade de potencialização de sintomas. (PINHO, 2008).

Nossos dados sobre o aumento da quantidade de medicamentos prescritos pela psiquiatria do serviço no ano de 2008 poderiam comportar ao menos duas explicações. A primeira, referente a um âmbito mais geral, estaria relacionada às tendências mundiais e nacionais de aumento da prescrição e de consumo de psicofármacos nos últimos tempos, conforme a bibliografia sobre a questão (BARRIO, PERRON e OUELLETTE, 2008; LAMB, 2008; GUIMARÃES e PINHO, 2008; ANGEL, 2007). A segunda estaria relacionada às particularidades daquele atendimento ambulatorial no ano de 2008, época da mudança do profissional responsável pelo atendimento psiquiátrico.

Como mostram nossos dados, a troca de psiquiatra naquele ambulatório foi coincidente com a elevação do número de medicamentos prescritos, que já era alto. Naquele ano, registrou-se, também, o aumento do número de internações psiquiátricas, conforme discutiremos no próximo item. Dessa forma, a intensificação da psiquiatrização dos usuários daquele ambulatório no ano de 2008 pode ser pensada a partir de particularidades da organização da equipe de saúde daquela instituição. Entretanto, acreditamos que, longe de ser exceção, essa situação parece ser a regra na maioria dos atendimentos em saúde mental no Brasil, o que aponta para o perigo de, em futuro próximo, amargarmos todos os problemas de uma população sujeita aos efeitos do uso crônico e crescente de psicofármacos distribuídos por aparelhos de Estado.

4.2.3 Sobre o tratamento dispensado aos usuários encaminhados à psiquiatria: as internações psiquiátricas

O histórico de internação psiquiátrica anterior à entrada no serviço ambulatorial é um fator que conduz invariavelmente o usuário à consulta psiquiátrica e daí, por sua vez, à medicação psicofarmacológica em todos os casos. Esse usuário, uma vez inserido no âmbito médico-psiquiátrico das intervenções medicamentosas e das práticas de confinamento e tutela, dificilmente se libertará de novas intervenções psiquiátricas. Nessa configuração, como nossos dados confirmam, todos aqueles com histórico de internação psiquiátrica tornam-se, invariavelmente, reféns vitalícios da prescrição de psicofármacos.

Nossos dados mostram que 11% de todos aqueles que passaram por atendimento psiquiátrico foram encaminhados à internação psiquiátrica. Dentre esses, 36% apresentavam histórico de internação psiquiátrica anterior à entrada no ambulatório. Diferentemente daquela sentença absoluta da psiquiatria de prescrever psicofármacos a todos aqueles usuários previamente medicados, o procedimento de re-internação psiquiátrica só ocorre em casos bastante específicos, geralmente ligados ao consumo excessivo de álcool e outras drogas. Dentre os 33 casos de internação alcançados por nossa amostra, os dois únicos casos de internação psiquiátrica que não se relacionavam ao uso de álcool e outras drogas haviam recebido diagnósticos de “Transtorno Psicótico” e “Retardo Mental Grave”.

Como a principal causa que leva à determinação de internação psiquiátrica pelo serviço do ambulatório refere-se ao uso de álcool e outras drogas, examinamos a incidência de internação em todos os usuários de nossa amostra que se apresentaram ao serviço com esse tipo de queixa. Nossos dados mostram que mais da metade desses casos recebeu encaminhamento de internação psiquiátrica.

Apesar das ressonâncias do pensamento antimanicomial naquele município (LUZIO, 2003), o elevado percentual de internação dentre os usuários com diagnósticos referentes ao “uso de álcool e outras drogas” é um indicativo da dificuldade desse serviço em superar as práticas de internação no atendimento desses casos. A “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (Portaria GM/MS 816/2002), elaborada dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, preconiza o tratamento preferencialmente não manicomial a esses casos. É preocupante que nossos dados indiquem que a internação psiquiátrica é o principal tratamento determinado pelo serviço àqueles considerados “dependentes químicos”, uma vez que, como já dissemos, atinge mais da metade dos casos assim diagnosticados.

Essa alta incidência de internações relacionadas à drogadição nos levou ao levantamento de dados sobre as causas das internações psiquiátricas que ocorreram no período de 2003 a 2008 em todo o município onde realizamos a pesquisa. Com os dados obtidos nos relatórios anuais de gestão da secretaria de saúde daquele município, pudemos observar que o número de internações de usuários com diagnósticos referentes ao uso de álcool e outras drogas sempre esteve muito acima das internações por outros diagnósticos. Os dados que compõem essa série histórica nos permite circunscrever alguns fatos e traçar algumas tendências.

No ano de 2005, as internações devido a outros diagnósticos não relacionados com o uso de álcool e outras drogas registraram uma queda superior a 50%. Como o CAPS do município foi implantado em fins de 2004, a queda das internações pode estar relacionada ao oferecimento de recursos alternativos às práticas de internação na região. O CAPS, como um dispositivo estratégico no contexto da transformação do modelo de atenção em saúde mental, é um serviço com propostas de que a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico deixe de ser a internação em hospitais psiquiátricos para ser a criação de múltiplas e diversas estratégias de cuidado no âmbito extra-hospitalar. (LUZIO, 2008; COSTA-ROSA e YASUI, 2008; AMARANTE, 2007)

Como indicam os dados, mais especificamente em relação ao ano de 2007, a queda de 30% no número de internações, referentes “ao uso de álcool e outras drogas”, pode estar relacionada ao fato de o ambulatório, responsável pelo tratamento e pelo encaminhamento para internações psiquiátricas de usuários com essa queixa no município, estar sem atendimento psiquiátrico durante alguns meses.

Esse levantamento de dados sobre as internações psiquiátricas no município também mostra dados alarmantes. Pelas informações do IBGE (2007), o contingente populacional da cidade praticamente não apresentou alteração no período de 2003 a 2008, mesmo período de nossa série histórica. Entretanto, como pudemos observar, houve um aumento significativo no número de pessoas internadas no município no ano de 2008, quando as internações devido aos diagnósticos referentes à drogadição dobraram e as internações de usuários com “outros diagnósticos” triplicaram. Essa alta incidência de internações, tanto daqueles com diagnósticos referentes à drogadição quanto daqueles com “outros diagnósticos”, pode estar relacionado àquelas particularidades do atendimento ambulatorial naquele ano, quando a mudança no atendimento psiquiátrico no serviço parece ter carreado tanto o aumento no número de prescrições de psicofármacos na primeira consulta médica quanto o aumento no número de internações psiquiátricas.

Esse aumento das internações psiquiátricas pode ser resultado da maneira como se organiza aquele ambulatório, em que a equipe não consegue superar as práticas mais tradicionais da psiquiatria, como a internação. Conforme Luzio (2003, p. 157), a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e sua implantação nas comunidades “na maioria das vezes não rompe com o modelo manicomial. Pelo contrário, o seu espaço para cuidar da clientela continua sendo o asilo psiquiátrico e a terapêutica é físico-químico-moral.” Mas essa situação pode também ser um resultado perverso do recente movimento contra a Política

Nacional de Saúde Mental que, alavancado por entidades da psiquiatria tradicional e de donos de hospitais psiquiátricos, tem propagado na mídia a necessidade de mais leitos hospitalares e recursos asilares para atender a população com diagnósticos ligados à drogadição e a quadros psicopatológicos graves, como foi destacado na reportagem de AGGEGE (2007) e no trabalho de GENTIL (2007).

Como já pudemos observar, nossos dados mostram que todo encaminhamento à psiquiatria sempre implica tratamento psicofarmacológico e, por vezes, chega ao encaminhamento de internações. Seria esperado que esse tipo de tratamento, fortemente vinculado à noção de doença mental, estivesse acompanhado de um trabalho de avaliação diagnóstica de rigor compatível com a gravidade do tratamento. No entanto, nossos dados mostram que, mesmo entre aqueles submetidos ao tratamento psicofarmacológico, a ausência de qualquer tipo de diagnóstico é uma constante, como examinaremos a seguir.

4.2.4. Sobre a ausência de diagnósticos psiquiátricos àqueles submetidos à medicação psicofarmacológica

A despeito de a medicina psiquiátrica trabalhar com a idéia de formulações diagnósticas para a determinação do tratamento psiquiátrico, aquele diagnóstico supostamente necessário está ausente na expressiva maioria de 78% dos casos atendidos pela psiquiatria, o que significa que cerca de oito em cada dez usuários medicados estão sendo submetidos aos mais diversos psicofármacos sem a explicitação de qualquer determinação diagnóstica.

Investigamos os dados dos poucos prontuários com registro de diagnósticos psiquiátricos e encontramos características que mostram que, ao contrário do que seria razoável supor, é a presença de diagnóstico e não sua ausência que é produzida por circunstâncias especiais. De fato, os usuários que têm diagnósticos em seus prontuários os obtiveram, basicamente, por dois motivos especiais: solicitação de atestado médico ou determinação do ambulatório à internação psiquiátrica.

Nessa perspectiva, nos parece que a rotulação diagnóstica só é usual para a comunicação entre as diferentes especialidades médicas, entre as diferentes instituições médicas e, em absoluto, não parece importante para a determinação do tratamento do paciente.

Essa ausência de diagnósticos psiquiátricos para a grande maioria daqueles submetidos ao tratamento psicofarmacológico nos convida a algumas considerações.

Nesse contexto, começamos o nosso raciocínio pelo fato de que o ato médico de instituir uma doença é o fator determinante para autorizar a intervenção psiquiátrica. A instituição de uma doença é o símbolo do nascimento da psiquiatria que, em fins do século XVIII, se apropriou da loucura e a transformou em doença passível de ser curada pelo único “detentor” do saber sobre ela: o médico. Conforme apontado por Birman (1978), para que a loucura fosse objeto médico, ela deveria ser transformada em doença:

Para que a loucura fosse uma doença, seria necessária a conjugação do recorte combinatório dos seus sinais e sintomas com um quadro bem determinado de uma lesão cerebral, como se estabelecia e se determinava nas enfermidades da Medicina somática as suas lesões específicas, na era anátomo-patológica (...). Para que os loucos passassem a ser objeto da percepção e da escuta médicas, seria necessário que a loucura fosse tornada uma doença. Se o médico é definido como quem possui o saber sobre as doenças, para que os loucos sejam cuidados pelos médicos é preciso que sejam transformados em doentes. (BIRMAN, 1978, p. 56)

No estabelecimento de práticas psiquiátricas sobre a alienação, a psiquiatria também precisaria engendrar os tipos de loucura, para que a intervenção médica fosse mais ‘precisa’ e abrangente, e assim seriam construídas as classificações e organizados os quadros de sintomas definidos em categoriais diagnósticas.

A psiquiatria contemporânea não abandonará suas origens e continuará intervindo sobre aquilo que ela definirá como doença. Aliás, atualmente, cada vez mais qualquer mal-estar, qualquer comportamento considerado “inadequado”, qualquer situação existencial e, até mesmo, qualquer circunstância cotidiana poderá ser transformada em doença e diagnóstico psiquiátrico.

A respeito dessa questão, Guarido (2007, p.) comenta que “estamos convivendo com sofrimentos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos.” São tantas as descrições e definições de “transtornos psiquiátricos” e são tão abrangentes seus indícios classificatórios, que quase ninguém escaparia de ser enquadrado em um deles, caso se apresentasse a um atendimento psiquiátrico. Porém, há uma inversão na lógica de construção diagnóstica. Para a psiquiatria não parece haver mais aquela *práxis* em torno de hipóteses etiológicas prenes de historicidade a serem consideradas pela reflexão científica, pois a verdade do sintoma estaria no funcionamento bioquímico que os próprios efeitos da medicação psicofarmacológica darão validade. Dessa forma, os psicofármacos

passam a participar, decisivamente, da nomeação dos “transtornos psiquiátricos” que vão compor os manuais diagnósticos (GUARIDO, 2007) e, acrescentaríamos, daquele *sub-entendimento* característico da clínica psiquiátrica tradicional que, em seu formato, se assemelha tanto com aquele do preconceito (CROCHÍK, 2008).

Em nossa pesquisa, a ausência do registro de diagnósticos na maioria dos prontuários examinados não significa que não exista uma patologia *sub-entendida* pela psiquiatria, pois o que autoriza a intervenção médica-psiquiátrica é a determinação de uma doença. Mais que isso, trata-se de fazer existir uma doença. Porém, na dialética da prática, a abordagem do paciente se faria apenas na identificação de sinais e sintomas medicalizáveis, sem qualquer reflexão etiológica-nosológica, algo que ocuparia um tempo incompatível com a brevidade sumária das consultas. Dessa forma, o tratamento psiquiátrico ficaria, via de regra, adstrito “ao manejo farmacológico dos sintomas”. (TENÓRIO, 2000, p. 81).

Dupuy e Karsenty (1980) apontam que, em teoria, a “mola mestra” do ato médico é o diagnóstico e que sem a determinação do diagnóstico não haveria a possibilidade de implicar a prescrição medicamentosa. Entretanto, é perfeitamente possível observar que a clínica medico-psiquiátrica deixou de elaborar diagnósticos e atravessa “diretamente dos sintomas aos medicamentos”, constituindo-se em uma prática profissional estereotipada movida pelo desenvolvimento da farmacopéia e de seus modos de construção e penetração:

Na ausência de um esquema médico da doença e de seu tratamento, o médico aprenderá a passar diretamente dos sintomas aos medicamentos que atuam sobre esses sintomas por absorção, erradicação ou prevenção. Este curto-circuito da atividade analítica propriamente médica é sobretudo encorajado pela riqueza da farmacopéia, que se renova freqüentemente e pelo esforço de adaptação a uma sintomatologia fina, traduzindo-se pelo emprego dos mesmos termos e das mesmas imagens que os do paciente. Se parece que tal procedimento satisfaria a clientela, a ausência freqüente de diagnóstico pesará cada vez menos nas exigências dos médicos em relação à sua própria prática [...] A memória médica é pouco a pouco substituída pela memória farmacêutica. (DUPUY e KARSENTY, 1980, p. 100-101)

4.2.5. Sobre a evolução dos casos dos usuários encaminhados à psiquiatria

Os dados sobre o desenvolvimento dos casos medicados pela psiquiatria mostram que, até o momento da coleta dos dados, 61% dos usuários continuavam em tratamento psiquiátrico no próprio ambulatório e a porcentagem dos encaminhados para tratamento em outros serviços somava 11% dos casos. Se considerarmos que a parcela da população encaminhada para tratamento em outros serviços continuará sendo submetida a psicofármacos, o que é bem mais que plausível, então o percentual de usuários em continuado

tratamento psicofarmacológico chega a um total de 72%. O restante dos casos apresenta uma distribuição curiosa: as anotações de abandono de tratamento perfizeram 27% e os registros de alta respondem por apenas 1% dos casos. Isso significa que a alta é muito rara e que o abandono é muito alto.

Interessante destacar que mesmo aquele 1% de altas no tratamento correspondente a três usuários que, como pudemos verificar, somente a obtiveram porque solicitaram explicitamente o fim do tratamento psiquiátrico. Isso quer dizer que, assim como não há registro de usuário que tenha passado pela psiquiatria sem receber prescrição de medicação, também não há nenhum caso de alta por iniciativa do atendimento psiquiátrico.

A baixíssima frequência de alta dos casos atendidos pelo serviço psiquiátrico ambulatorial sugere uma tendência preocupante. A despeito de a psiquiatria moderna operar amplamente com a noção de transtorno, que não pode deixar de supor algo de transitoriedade, a verdade é que nossos dados não registram a ocorrência de altas no tratamento psiquiátrico. Rigorosamente, encontramos três episódios de alta nos 303 casos acompanhados. No entanto, como já dissemos, foram altas concedidas a pedido do usuário. De forma que, num período que variou de cinco a cinquenta e três meses de acompanhamento, nossa amostra não conseguiu encontrar nenhum caso de alta determinada pelo atendimento psiquiátrico a qualquer usuário que, por alguma vez, tivesse sido submetido a tratamento com drogas psicofarmacológicas: todos continuaram presos aos psicofármacos ou abandonaram o tratamento.

Como não é plausível considerar o abandono de tratamento como “cura”, torna-se impossível deixar de ver nessa inexistência de alta uma tendência a cronificação, que tende a vincular o usuário ao psicofármaco para todo o sempre, com todos os seus desdobramentos relativos aos efeitos colaterais, à dependência química e psicológica, sempre contrários a autonomia do sujeito. Como uma paródia daquela internação manicomial vitalícia de outros tempos, em que a tragédia dos campos de concentração e as conquistas democráticas tornaram dificilmente defensável, estaríamos sujeitos, hoje, aos riscos de um tipo de manicomialismo químico que também tende a se estender indeterminadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E Simão Bacamarte dizia...

O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhes os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal.

O Alienista, de Machado de Assis

Neste trabalho, procuramos realizar um estudo exploratório do tema da medicalização do social e de sua tendência atual de banalização da prescrição de psicofármacos. No âmbito exploratório ao qual nos propomos, conscientes de que seria ilusória a pretensão de abarcarmos toda a complexidade de nosso tema de estudo, tivemos que fazer uma clara delimitação de nossa pesquisa. Optamos, então, por desenvolver dois movimentos de pesquisa distintos que, mesmo longe de cobrir toda a extensão de nossa temática, pudessem abordá-la com certa amplitude e complementaridade.

No primeiro, nos propusemos a uma aproximação da complexidade de nosso tema mais geral de estudo através do desenvolvimento de um enfoque histórico-social do processo de medicalização e de um esforço de contextualização geral, dentro dos limites de nossas possibilidades, desse objeto de estudo.

Fomos buscar as origens da psiquiatria no alienismo europeu da primeira metade do século XIX e lá encontramos as bases fundadoras da internação manicomial e de seu tratamento moral, que percebemos muito ligados aos costumes de internação de pobres que marcavam aqueles tempos e que condicionariam histórica e decisivamente as primeiras modalidades de tratamento da loucura. Depois, visitando as modificações operadas no alienismo pelo ideário em torno da noção de degenerescência, encontramos a fundação das concepções organicistas da psiquiatria e percebemos nas propostas de profilaxia ativa da época a extensão do tratamento moral manicomial às camadas mais pobres da população.

Essas concepções dariam novo impulso ao higienismo e estabeleceriam as bases de uma psiquiatria de população já organicista, ainda que não dispensasse aquelas práticas do tratamento moral da qual se originaram. Foi nessa extensão dos preceitos médicos e disciplinares a toda população que encontramos os fundamentos mais pretéritos daquilo que seria denominado, bem mais tarde, de “Políticas de Saúde Mental”. Abria-se, então, um período no qual a noção de predisposição à loucura, acompanhada por uma profusão de classificações de “doenças mentais”, se expandiria pelo mundo, oferecendo essa matriz de

entendimento aos problemas sociais que se avolumavam. Tal circunstância encontraria no preventivismo norte-americano de Caplan a fórmula básica da sementeira de serviços de saúde mental por todos os territórios nos quais despontasse algum sinal daquele perigo insidioso da doença mental. Essa modalidade de atendimento seria também a inspiração da instalação desse tipo de serviço de saúde mental no Brasil. São serviços de atendimento amplo e essa amplitude se estenderia muito com o crescimento dos serviços de saúde em nosso país.

A psiquiatria, naturalmente, sempre desenvolveria nesses serviços aquela modalidade de prática à qual estava afeita, dando continuidade a concepção que a acompanha, pelo menos desde o alienismo, de que toda a população pode – e deve – beneficiar-se de seus serviços. Já fora assim com o tratamento moral, com a profilaxia ativa e, nos tempos atuais, será justamente o psicofármaco, correlato perfeito de suas concepções neurológicas, o mote psiquiátrico pelo qual ela exercerá essa tendência bem típica de suas origens de medicina de população.

Assim, os psicofármacos proliferarão pelo mundo e colonizarão toda a prática psiquiátrica, que a amplitude dos serviços de saúde mental tratará de elevar a toda a população. Nosso histórico do desenvolvimento desse processo de medicalização procurou percorrer, também, as principais experiências críticas de reformas psiquiátricas, que comporiam a base do enfrentamento daquele modelo médico cuja constituição acabamos de resumir. Mas, com o psicofármaco estabelecido como principal instrumento do modelo médico de intervenção em saúde mental, já chegamos ao que agora queremos destacar: a prescrição de psicofármacos está entronizada no centro da atenção psiquiátrica que ela mesma, pela sua história constitutiva, acostumou-se a considerar essencial e necessária a toda a humanidade.

Nessa configuração, podemos considerar que a conjunção do desenvolvimento dos psicofármacos modernos, com o amplo alcance que assumiu a ênfase preventiva em saúde mental na atualidade, modificou as práticas da psiquiatria, que deixou de ser um saber voltado exclusivamente ao tratamento da loucura para dedicar-se a medicar, através da prescrição de psicofármacos, qualquer manifestação de sofrimento psíquico. O advento de modernos psicofármacos, fomentado pelas indústrias farmacêuticas que, particularmente interessadas nesse amplo campo de lucratividade, engendraram “novas” substâncias para “novos transtornos mentais”, proporcionou à psiquiatria levar a cabo os seus mais pretéritos ideais de abrangência populacional. É nesse contexto que passamos a falar do segundo movimento de nossa pesquisa.

No segundo movimento de nossa pesquisa, procuramos descer às capilaridades desse processo de medicalização, colhendo e examinando dados sobre a trajetória da prescrição de psicofármacos em uma instituição de atendimento em saúde mental. Esse percurso nos permitiu perceber que as ações e as formas de organização dessa instituição permanecem focalizadas no modelo médico-psiquiátrico tradicional que, por sua vez, parece guiar-se pelo lema: “psicofármacos para todos e para sempre”.

As estereotípias desse modelo, que aqui observamos a partir da perspectiva crítica da atenção psicossocial, parecem fazer com que o atendimento psiquiátrico desse serviço faça cumprir sistemática e meticulosamente aquele lema. Primeiramente, lembremos daquela conduta compulsória da psiquiatria de determinar, como mostraram nossos dados, psicofármacos a todos que passam pelo seu atendimento. Medicação para todos. Em seguida, recuperemos os dados que mostram que, simplesmente, não se encontra sinal de alta nos tratamentos daquele serviço no qual seus usuários são mantidos permanentemente sob medicação psicofarmacológica. Medicação para sempre. Isso evoca a existência de um moderno fenômeno de enclausuramento do sujeito, um aprisionamento a um medicamento psiquiátrico que nos faz lembrar aquele encerramento manicomial da psiquiatria ancestral, que só a duras custas a luta antimanicomial conseguiu conter. Assim, independentemente das particularidades individuais, da singularidade de cada sujeito, das distinções de cada demanda, de cada queixa, a psiquiatria sempre encontrará motivos para prescrever o infundável tratamento psicofarmacológico a todos aqueles que passam por seu atendimento. Parodiando o personagem machadiano evocado por nossa epígrafe, poderíamos dizer que esse serviço sofre de uma espécie de “Síndrome de Simão Bacamarte”.

A expansão de instituições de atendimento em saúde mental que reproduzam o modelo médico tradicional, como aquela de nosso estudo, levará esse tipo de atenção a todos aqueles que procurarem por serviços de saúde. Isso significa que as tendências tão pretéritas de estender o atendimento psiquiátrico para amplos contingentes populacionais, em nossos dias, significarão estender a medicação psicofarmacológica para um número cada vez maior de pessoas. Será, enfim, o cumprimento do sonho daquele “remédio universal” que almejava o personagem machadiano. E, talvez, a realização das mais funestas utopias totalitárias que a ficção foi capaz de imaginar: uma sociedade em que todos dependam de drogas produzidas por oligopólios industriais privados e distribuídas por aparelhos de estado de atendimento público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. A. Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea [Versão eletrônica]. *Revista Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, 2003. Recuperado em 28 de agosto de 2007, http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903port.pdf

AGGEGE, S. Sem hospícios morrem mais doentes mentais. Em cinco anos governo fechou um quarto dos leitos psiquiátricos, sem criar serviços substitutivos; mortes subiram 41%. *O Globo*, caderno O País. Rio de Janeiro, 9 de dezembro de 2007.

ALEXANDER, F. G. *Psiquiatria Dinâmica*. Barcelona, 1971.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n.1. Rio de Janeiro: jan./mar. 1994.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, vol. 27, n.1. São Paulo, 1993.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2º Ed, 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 2009.

_____. *O homem e a serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.6; n.1, 2001.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. M. T. Forças, diferença e loucura: pensando além do princípio da clínica. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ANDRADE, M. F., ANDRADE, R. C. G., & SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 40, n. 4, p.471-479, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 25 de junho de 2009.

- ANGEL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ARTAUD, A. *Os escritos de Antonin Artaud*. Tradução, prefácio, seleção e notas, Cláudio Willer. Porto Alegre: L&PM. (Col. Rebeldes & Malditos, 5), 1983.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p.1737-1746, nov.-dez., 2005.
- AUCHEWSKI, L. et al., Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.
- AYRES, M. *Software Bioestat. Aplicações Estatísticas nas áreas das ciências biomédicas*, 2005. Recuperado em 15 de novembro de 2007, de: http://biocistron.blogspot.com/2008/07/programa-bioestat-50_7617.html
- BARRETO, L. Cemitério dos vivos (Trecho). In: COSTA, F. M. (Org.). *Os melhores contos de loucura*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.
- BARRIO, L. R.; PERRON, N.; OUELLETTE, J. N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: CAMPOS, R. O. ; FURTADO, J. P.; PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BARROS, J. A. C. Nuevas tendencias de la medicalización. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=es&nrm=1&tlng=es. Acesso em: 23 de março de 2009.
- BARROS, M. B. A. et al., Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiologia. Serv. Saúde*, Brasília, v. 17, n.4, p.259-270, out-dez, 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n4/v17n4a03.pdf>. Acesso em: 04 de agosto de 2009.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Trad. Heloisa Jahn. 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BEZERRA, B. Jr. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A. e COSTA, N. R., *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1987.
- BIRMAN, J. Os novos dependentes: confusão entre os conceitos de depressão e melancolia pode tornar o indivíduo “escravo” do mercado farmacêutico. *Folha de São Paulo*, caderno mais. São Paulo, 11 de outubro de 2009.
- _____. Subjetividades contemporâneas. In:_____. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- _____. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- _____. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BOARINI, M. L. *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Dental Press, 2006.

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, v. 13, n.1, p. 59-72. São Paulo: Educ. 2004.

BOGOCHVOL, A. Sobre a psicofarmacologia. In: MAGALHÃES, (Org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Nomenclatura, parâmetros e instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde*, Secretaria de Assistência à Saúde/SNAS ABC DO SUS, 1990. Brasília, Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/nomen.html>. Acesso em 16 de nov. de 2004.

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília, 2003.

BUCHALLA, A.P. A normalidade existe. *Revista Veja*. São Paulo, p.11-15, maio de 2007.

CALLIGARIS, C. Antidepressivos, aspirinas e urubus. *Folha de São Paulo*, caderno ilustrada. São Paulo, 16 de agosto de 2007.

CANÇADO, M. L. *Hospício é deus*. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Trad. Álvaro Cabral. (1964). Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria á pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CESARINO, A. C. Uma experiência de Saúde Mental. In: LANCETTI. (Org.). *Saúde Loucura I*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 2º ed., 1985.

CORDIOLI, A. V. *Psicofármacos nos transtornos mentais*, 2004. Disponível em: http://www.ufrgs.br/Psiq/Caballo%206_8.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2009.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (1989). 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

_____. Saúde mental: produto da educação? *Revista Saúde em Debate*, 11:59-66,1980.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental, *Revista Saúde em Debate*. v. 32, n.78/79/80, jan./dez, 2008.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

COSTA-ROSA, A. *Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em saúde coletiva*. 1995. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

COSTA, JR. F.; MEDEIROS, M. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. *Revista Psicologia USP*. v.18, n.1. São Paulo: mar. 2007

CROCHÍK, J. L. (Org.). *Perspectivas teóricas acerca do preconceito*. 1º. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2008. 101 p.

CUNHA, M. C. P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DELACAMPAGNE, C. A contestação antipsiquiátrica. Trad. Gordon, J; Bichara, M. *Mental Psicologia*, Barbacena, v.2, n.2, 2004.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DUPUY, J. P.; KARSENTY, S. *A invasão farmacêutica*. Trad. Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

EY, H.; BRISSET, C. H.; BERNARD, P. *Tratado de Psiquiatria*. 2º ed. Barcelona: Toray-Masson, S.A., 1969.

ENGEL, M. G. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. *Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.5, n.3, pp. 547-563, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo>. 1999. Acesso em 27 de agosto de 2009.

FALCÃO, I. M. et al., Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v. 23, pp. 17-30, 2007. Disponível em :<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525183432838518.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2009.

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: AMARANTE, P. (coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

FERNANDES, M. I. Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

FLEITH, V.D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 755-762. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000700026&lng=pt&nrm=iso. 2007. Acesso em: 15 de dezembro de 2008.

FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. São Paulo: Edições afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectivas, 1972.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

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

FRANÇA, S. A. M. *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*. 1994. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do hospital das clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et. al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. I, p. 3-6, 2004.

GARCIA, E.G. et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria*, v.35, n.8, 2005.

GENTIL, V., et al. Clomipramine-Induced Mood and Perceived Performance Changes in Selected Normal Individuals. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 27, p. 314-315, 2007.

GENTIL, V. More for the same? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n.2, Carta aos editores, june, 2007.

GERALDES, P.C.; VERAS, R.P. Reflexões críticas sobre a proposta de prevenção em saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v.39, n.4, jul./ago. 1990.

GREENLAND, P. New Policies Needed Now on Interactions Between Pharmaceutical Companies and Physicians. *Archives Internal Medicine*, v.169, n.9, may. 2009

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1996.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v.33, n.1, p. 151-161, jan/abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517.07000100010&lng=em&nrm=iso&tlng=em. Acesso em: 21 jun. 2008.

GUIMARÃES, A. P. L.; PINHO, A. Em 4 anos, venda de antidepressivos cresce mais de 40%. *Folha de São Paulo*, caderno cotidiano: saúde. São Paulo, 13 novembro de 2008.

HORA, D. M. *Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)*. Faculdade de Educação da Unicamp, 2006. Recuperado em 06 de abril de 2009, de: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da medicina. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

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

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia e Sociedade*, v.19, n. 3, Porto Alegre, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300013. Acesso em: 23/03/2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - cidades. *Censo demográfico*, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em: 24 de setembro de 2009.

JONES, M. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: vozes, 1978.

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. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, UNESP, Assis. 2008.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: _____. (Org.). *Saúde Loucura I*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LAURENCE, J. Antidepressivo não funciona, diz estudo: Análise de dados não divulgados por empresas sugere que drogas como Prozac aliviam poucos pacientes. *Folha de São Paulo*, caderno cotidiano. São Paulo, 26 fevereiro de 2008.

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

_____. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. São Paulo, *Rev. Saúde Pública*. v.21, n.1., 1987.

LOYOLA, A. F. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Revista Saúde Pública*, v. 36, p.55-62, 2002.

- LOUGON, M. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- LUNA, M.M. et al. Influencia del género del paciente em el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria*, v.26, n.8, 2000.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2 ed. rev. São Paulo: Ed, Hucitec, 2004.
- LUZIO, C. A. *Atenção Psicossocial: reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em Saúde Mental no Brasil*. UNESP/Assis, (texto mimeo), 2008.
- _____. *A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica*. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas. 2003.
- _____. Subjetividade contemporânea: fragmentos de análise. *Revista Perfil*. Assis. n.13, p.23-35, 2000.
- MACHADO DE ASSIS. O alienista. In: COSTA, F. M. (Org.). *Os melhores contos de loucura*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.
- MACHADO DE ASSIS. *Memórias póstumas de Brás Cubas*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
- MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAGALHÃES, M. (Org). *Psicofarmacologia e psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.
- MANTOVANI, F. Antipsicótico novo e antigo trazem mesmo risco cardíaco. *Folha de São Paulo*, caderno cotidiano: saúde. São Paulo, 9 de maio de 2009.
- MARI, J. J., & JORGE, M. R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry on line Brazil*, 1997. Recuperado em 24 de junho de 2009, de: <http://www.polbr.med.br/arquivo>.
- MARTINS, A. L. B. *Biopsiquiatria e biodiversidade: política da subjetividade contemporânea*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *Revista eletrônica Saúde Mental álcool e drogas*. v.1, n.2, 2005. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso em: 19 de agosto de 2007.
- NOTO, A. R. et. al, Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n.2, p. 68-73, 2002.
- OLIVEIRA, I. R.; SENA E. P. *Manual de psicofarmacologia clínica*. 2º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*: 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.16, n.1, p.71-79, jan./abr, 2000.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, ano 3, v.21, p.38-43, 2003.

PICCININI, W, J. História da psiquiatria. *Psychiatry on line Brasil*, 2000. Disponível em: <http://polbr.med.br/arquivos/wal1000.htm>. Acesso em: 15 de abril de 2009.

PITLIUK, R. *Publicação eletrônica*. Disponível em: < <http://www.mentalhelp.com/>. Acesso em: 6 de janeiro de 2009.

QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. e COSTA, N. R., *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1987.

REIS, J. R. F. Degenerando em barbárie: a hora e a vez do eugenismo radical. In: BOARINI, M. L. (Org.). *Higiene e Raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003.

ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA et. al., *Estratégias de controle social*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.

_____. Há algo de degenerado no reino da sociedade industrial moderna. In: Merisse et. al., *Lugares da Infância*. São Paulo: Arte e Ciência , 1997.

RODRIGUES, M. A.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Revista Saúde Pública*, v.40, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 26 setembro de 2007.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v.8, n.1, p.13-22, jan./jun, 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. ; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: Rotelli, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SCARCELLI, R. I. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência no município de São Paulo, 1998-1992*. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: Basaglia, F. *A instituição negada*. Trad. Heloisa Jahn. 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

SEIXAS, P. C. Higienismo: textos que fizeram cidade. In: PATIN, I. (Org.). *Literatura e Medicina. I Encontro sobre ciências e culturas*. Porto: Fundação Fernando Pessoa, 2005. Disponível: <http://homepage.ufp.pt/pseixas/artigospub/AntropologiaUrbanismo/Higienismotextosquefizeramcidade.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2009.

SILVA FILHO, J. F. O ambulatório e a psiquiatria. *Cadernos IPUB: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*. Instituto de psiquiatria, UFRJ, v.6, n.17, 2000.

SILVA, J. A. C. História dos benzodiazepínicos, In: BERNIK, M. A. (coord.). *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp, 1999.

TALBOTT, J.; HALES, R.; VUDOFSKY, S. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000200016. Acesso em: 26 de agosto de 2007.

TEIXEIRA, J. M. A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em Revista*, v.11, n.3, 1998.

TELLES, J. S. S. *Psicanálise em debate. Psychiatry On-line Brazil*, v. 5, n.3, 2000. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/psi0300.htm>. Acesso em: 21 de maio de 2007.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan/abr. 2002

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, Instituto de psiquiatria, UFRJ. v. 6, n.17, 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev. Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v.11, n.5/6, 2002.

VERBRUGGE, L.M. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J. Health Soc. Behav.*, v.30, n.3, 1989.

VENÂNCIO, A. T. A. História do saber psiquiátrico no Brasil: ciência e assistência em debate. *História, ciências, saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300016&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 de setembro de 2009.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Unesp, Assis, 1999.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura I*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

ANEXO A
ENTREVISTA INICIAL⁶

1. Identificação

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Estado civil:

Profissão:

Endereço:

Nome do pai:

Nome da mãe:

Nome do Cônjuge:

2. Origem do encaminhamento:

3. Queixa (motivo da consulta):

4. Tratamento anterior

Sim Psicologia

Não Psiquiatria

5. Quanto tempo?

Medicação_____

Internação_____

Outros_____

6. Dinâmica familiar (histórico, número de filhos, tempo de casamento e ou relacionamento familiar)

7. Vida escolar (frequência, período, relacionamento com colegas e professores)

8. Vida profissional (trabalha ou trabalhou, quanto tempo, mudanças)

⁶ A entrevista inicial consta nos prontuários de todos os usuários que deram entrada no PA do ambulatório.

9. Vida social (amigos, esporte, lazer)

10. Antecedentes familiares (doença mental)

11. Uso de bebida alcoólica/drogas/cigarro

12. Sinais e sintomas

- Ansiedade
- Hiporexia (diminuição de apetite)
- Anorexia (ausência de apetite)
- Perturbações durante o sono
- Nervosismo
- Persecutoriedade
- Alucinações auditivas
- Insônia inicial
- Insônia final
- Desvio de conduta
- Angústia
- Aumento de apetite
- Choro fácil
- Irritabilidade
- Agressividade
- Diminuição de libido
- Alucinações visuais
- Convulsões

13. Qual expectativa do usuário quanto ao tratamento?

14. Encaminhamento:

15. Observações:

16. Hipótese diagnóstica:

Data: ____/____/____

Profissional: _____