

Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental

Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health

Medicalización de la vida: Enfermedades, Trastornos y Salud Mental

Nina Isabel Soalheiro

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Flavio Sagnori Mota

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

O artigo aborda o tema da medicalização, partindo de uma contextualização histórica das concepções de diagnóstico e tratamento do sofrimento mental pela medicina psiquiátrica para destacar alguns marcos de mudança ao longo do tempo. Retomamos o ideal humanista da medicina mental e a apropriação da loucura pela razão psiquiátrica para refletir sobre as sucessivas transformações nos critérios de classificação da psiquiatria e seus efeitos sociais. Buscando correlações entre passado e presente, procuramos dar evidência ao papel social do diagnóstico em saúde mental e à multiplicação e difusão das suas categorias – em especial através do DSM – para refletir sobre uma possível mercantilização do sofrimento psíquico em um contexto de forte medicalização da sociedade.

Palavras-chave: Medicalização. DSM. Saúde Mental. Psicofármacos.

Abstract

This paper approaches the issue of medicalization, focusing on the historical context of the politics of diagnosis and treatment of psychiatric medicine and its social effects. We highlight some milestones of change throughout time: the humanistic origins of mental medicine, the appropriation of madness by psychiatric reason and the evolution of the classification systems, especially DSM. Searching for correlations between past and present, the paper gives evidence to the social role of diagnosis in mental health and the multiplication and dissemination of psychopathological categories – in particular through the DSM – reflecting on the pos-

sible commercialization of psychological distress in a context of a strong medicalization process of society.

Keywords: Medicalization; DSM; Mental Health; Psychotropics.

Resumen

El artículo aborda el tema de la medicalización, con el enfoque en el contexto histórico de la política de diagnóstico y de tratamiento en la medicina psiquiátrica y sus efectos sociales. Destacamos algunos hitos de su evolución: los orígenes humanísticos de la medicina mental, la apropiación de la locura por la razón y la evolución de los sistemas de clasificación psiquiátricos, especialmente el DSM. Investigando correlaciones entre el pasado y el presente, el *paper* brinda evidencias sobre el rol social del diagnóstico psiquiátrico y de la multiplicación de las categorías psico-patológicas – particularmente el DSM, la propuesta es una reflexión con respecto a la posible comercialización del sufrimiento psíquico en el contexto de fuerte medicalización de la sociedad.

Palabras clave: La Medicalización, DSM, Salud Mental; Psicofármacos.

Introdução

Este artigo aborda o tema da medicalização no campo da saúde mental, através de uma contextualização histórica das concepções de diagnóstico e tratamento do sofrimento mental pela medicina psiquiátrica, destacando o marco da apropriação da loucura pela razão psiquiátrica e seus efeitos sociais. Buscamos correlações entre o passado e presente ao resgatar as sucessivas edições do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – manual diagnóstico produzido pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA), muito

usado como referência no contexto brasileiro de Saúde Mental – ressaltando a progressiva multiplicação das suas categorias diagnósticas como indicação de uma possível apropriação do sofrimento psíquico pelo viés da medicalização. Uma discussão voltada para o campo da saúde e saúde mental, no sentido de contribuir para uma visão crítica das relações da sociedade com o sofrimento psíquico ao longo do tempo e a superação de práticas medicalizantes.

O que mobiliza os autores para esta pesquisa é uma inquietação comum quanto à incidência no campo da saúde mental da chamada medicalização da vida, entendida como um processo ativo de tornar

passíveis de diagnóstico, tratamento e prevenção alguns eventos e condições até então considerados pertinentes e próprios da existência humana. Um fenômeno mobilizado por uma valorização hiperdimensionada na sociedade do saber oriundo e próprio do campo da medicina psiquiátrica, muitas vezes reificado pelos atores envolvidos no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, trazendo consequências relevantes para o trabalho cotidiano.

No ambiente educacional – contexto deste trabalho – nunca se ouviu falar tanto em transtornos de déficit de atenção, cada vez mais precocemente. No campo da saúde mental, a depressão parece nunca ter acometido parcela tão grande da sociedade, especialmente mulheres. A categoria médica e diagnóstica de transtorno bipolar, por sua vez, é cada vez mais usada pelo senso comum. Seja nas farmácias privadas que se multiplicam nas cidades, seja nas farmácias públicas dentro do sistema de saúde, nunca se requisitou tantos psicofármacos. Além disso, criando e propagando notícias ilustradas com imagens e dados estatísticos didáticos, a mídia parece veicular a mensagem de que os transtornos mentais seriam a epidemia do nosso tempo (Freitas & Amarante, 2012; Rabello & Camargo Júnior, 2012). Uma cultura que valoriza supostos

transtornos, naturalizando-os e relacionando-os a males contemporâneos.

Compartilhamos ainda da preocupação de, ao discutirmos a medicalização como um fenômeno relacionado a saberes e poderes abusivos, não deixar de registrar a memória das violências e mortes provocadas pelo encarceramento de muitas gerações de pessoas diagnosticadas como doentes mentais e tratadas num modelo criado pela medicina psiquiátrica e sustentado com a convivência da sociedade (Arbex, 2013). Um momento que justificou a indignação de Antonin Artaud, quando se dirige à psiquiatria do seu tempo, manifestando-se através da sua célebre “Carta aos diretores de asilos de loucos”:

Não pensamos em discutir aqui o valor dessa ciência, nem a duvidosa existência das doenças mentais. Porém, para cada cem pretendidas patogenias, onde se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações, onde as mais vagas são também as únicas utilizáveis, quantas tentativas nobres se contam para conseguir melhor compreensão do mundo irreal onde vivem aqueles que vocês encarceraram? (Artaud, 1979, p. 23).

Com todas as dificuldades de sistematização de sintomatologias psiquiátricas e estabelecimento de

etiologias neste campo, constatamos um permanente esforço científico de evidenciar as psicopatologias como produtos de alterações fisiológicas e/ou anatômicas. Parte dessa ciência parece vir se alinhando com a indústria e a clínica, tentando fundamentar efeitos e avaliar psicofármacos produzidos e comercializados, drogas que trazem importantes efeitos colaterais: reducionismo biológico, supervalorização de processos químicos, medicalização das subjetividades.

Uma aliança que produz pílulas com efeitos nada inofensivos, drogas que prometem performances e felicidade, reduzindo-nos a seres cada vez menos humanos e mais desejanos de um comportamento padronizado e supostamente normal. Embutido nesta crença estaria o imperativo de que toda forma de sofrimento e mal-estar deve ser evitada e/ou remediada. Nesse contexto, apresentadas como uma solução técnica multiplicam-se pílulas e gotas, substâncias vendidas como inofensivas, marcas originais e genéricas que prometem muito. Uma tentativa de denegar o caráter humano do sofrimento e de eliminação de qualquer tipo de mal-estar, através do uso abusivo de psicofármacos, traço efetivo e crescente das culturas ocidentais (Dantas, 2009). Uma medicalização da vida que não se reduziria de modo algum ao fenômeno

do uso irracional e abusivo de medicamentos, trazendo-nos questões complexas que ultrapassam os limites deste trabalho.

Interessa-nos aqui contribuir para a reflexão no campo da saúde mental sobre uma crescente valorização e hiperdimensionamento na linguagem corrente e na prática clínica dos manuais para diagnóstico, que muitas vezes tornam-se o único instrumento para a construção dos critérios de diagnósticos e tratamento. Através do exame das sucessivas edições do DSM, procuramos demonstrar a progressiva hegemonia de uma visão reducionista que tem sido particularmente responsável pela disseminação dessa cultura diagnóstica, com consequências importantes para o nosso trabalho e, no limite, para nossas vidas.

Na prática clínica dos médicos psiquiatras e dos outros profissionais de saúde mental é corrente o uso de manuais de classificação como o Código Internacional de Doenças (CID), produzido pela Organização Mundial de Saúde/OMS, e o DSM, produzido pela APA. São manuais diferentes, mutuamente influenciados e influentes, que fazem a categorização de grupos diagnósticos, listando sintomas, orientações e diretrizes para a comunicação entre pares e o tratamento. Apesar da relevância das diferenças entre as origens, instituições

envolvidas e formas de produção dos dois manuais diagnósticos, esta questão não é abordada neste trabalho. Priorizamos o exame do DSM em suas sucessivas edições, o qual se torna um influente manual para a psiquiatria atual.

Se usarmos como fonte o próprio portal da APA encontraremos um debate público sobre o crescimento progressivo das categorias diagnósticas desde a primeira edição do DSM. As poucas categorias iniciais apresentadas nessa edição se multiplicaram ao longo do tempo em centenas de diagnósticos, como podemos constatar no recém-lançado DSM-V. Ao longo do artigo, apoiados em autores do campo, discutimos esse aumento expressivo como uma evidência de um processo ativo de medicalização, no sentido aqui atribuído a ela.

Procuramos ressaltar como esse processo passa ao largo da difícil demarcação das concepções de normal e patológico no campo da produção do saber científico, incluindo uma deliberada negação da complexidade das experiências de sofrimento e adoecimento psíquico e sua natureza muitas vezes refratária aos enquadres e classificações. Dessa forma, no contexto de uma psicopatologia contemporânea, a redução das experiências de sofrimento psíquico a um sistema classificatório de transtornos mentais sob critérios instituídos criaria um campo

propício para a medicalização e seus subprodutos.

Se pensarmos que a relação indivíduo/sociedade estaria submetida a dispositivos de controle social que, por sua vez, envolvem mecanismos de formação de identidade (Berger, 1980), não poderíamos pensar o diagnóstico como mais um dispositivo de poder e controle social? Isso vem sendo debatido no ambiente acadêmico, com ressonância na sociedade, através de artigos científicos, manifestos e surgimento de movimentos sociais de resistência. Exemplo disso são os fóruns sobre medicalização da educação e sociedade (Brasil, 2012) e as estratégias de luta do movimento antimanicomial brasileiro, em especial do movimento de usuários de saúde mental (Soalheiro & Amarante, 2008; Soalheiro, 2012).

Deste modo, organizamos o estudo retomando inicialmente o contexto do surgimento da psiquiatria como disciplina científica e as questões importantes no debate da época para a criação das primeiras nosologias e políticas de tratamento. Em especial a referência de Philippe Pinel na França, que com seu tratado médico filosófico, lançado ainda em 1800, fundaria um modelo que seria replicado no Brasil e em outros países (Pinel, 2007). Como resalta Portocarrero (2002), o saber psiquiátrico brasileiro do século XIX é uma repetição da argumentação dos alienistas fran-

ceses, tendo o mesmo enfoque classificatório para a doença mental, sua etiologia e terapia.

Para retomar as origens da psiquiatria retornamos a Michel Foucault – em especial na sua *História da loucura* (2005) – e algumas das suas leituras posteriores. Da tese de Foucault destacamos a sua perspectiva do saber psiquiátrico como um monólogo da razão sobre a loucura: “A constituição da loucura como doença mental, no fim do século XVII, atesta um diálogo rompido [...]. A linguagem da psiquiatria, que é o monólogo da razão sobre a loucura, só se pode estabelecer sobre tal silêncio.” (Foucault, 1994, p. 161). Para ele, esta divisão imposta pela razão científica marca o início do confinamento da loucura sob o estatuto de doença mental, a partir do qual se fundaria a psiquiatria e as psicopatologias.

Em seguida, buscando correlações entre passado e presente na configuração do papel social da psiquiatria, examinamos a evolução do DSM como manual diagnóstico, resgatando suas sucessivas versões e marcos de mudança até a versão atual, apresentada no DSM-V. Desde a sua criação, em meados do século XX, este manual vem tomando uma dimensão progressivamente maior no campo da saúde mental, o que demandaria reflexões importantes em torno do lugar social ocupado pela psiquiatria. Destacamos

especialmente a sua terceira edição, que pode ser identificada como aquela que trouxe mudanças precursoras do fenômeno da medicalização e diretamente relacionadas ao afastamento da psicanálise nos anos 1970.

Percorremos esse caminho para sistematizar algumas questões atuais em torno da importância da temática da medicalização e suas consequências para o nosso trabalho na saúde mental, incluindo acadêmicos, gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Articulando o contexto do nascimento da psiquiatria e sua configuração atual procuramos discutir uma possível apropriação do sofrimento humano por uma visão mercadológica dos diagnósticos e psicofármacos dentro de um processo mais geral de medicalização da vida.

O contexto de surgimento da medicina mental: humanismo, exclusão e apropriação da loucura pela razão psiquiátrica

Como ressaltam Amarante e Torre (2010), podemos pensar que a abordagem conceitual e prática no tratamento da loucura transformada em doença mental foi se modificando ao longo do tempo, até chegar à configuração atual. Tais transformações foram acompanhadas por mudanças no modo de se referir à loucura,

sendo que, na sequência apontada pelos autores, o conceito pineliano de “alienação mental” teria dado espaço ao conceito de “doença mental” que atualmente teria sido substituído por “transtorno mental” ou “distúrbio mental” (Amarante, & Torre, 2010, p. 151).

Para compreender melhor essa questão iniciaremos por um retorno à perspectiva foucaultiana na sua emblemática *História da loucura*, obra que, mesmo acusada justificadamente de não constar nos arquivos da psiquiatria inspirou inúmeras teses e segue atualizada por novos autores a ele filiados (Roudinesco, 1994). Nela Foucault consagra a mitológica imagem da *nau dos loucos*, “estes barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra” (Foucault, 2005, p. 9), retrato da sua condição de habitante incômodo. Identifica historicamente a loucura como a herdeira da lepra, fazendo uma arqueologia da exclusão e seus ritos, desde a nau dos loucos até o hospital de Pinel. E aponta-nos uma continuidade com a idade clássica: “Não existe mais a barca, porém o hospital” (idem, p. 42).

Sob essa perspectiva, Foucault analisa a criação dos hospitais gerais na França e o fenômeno da Grande Inter-nação, a partir de uma necessidade social. Afirma que o interesse científico pela loucura começaria somente no final do século XVIII, quando a loucura deixa de ser desrazão e se torna

alienação, particularmente através da obra de Philippe Pinel. Dessa forma, o contexto de surgimento da medicina mental, cuja fundação fica para sempre associada à experiência de Pinel no Hospital de Bicêtre na França e o seu também mitológico gesto de libertação dos loucos. Apesar de esta ser uma tendência também presente em outras experiências contemporâneas como a de William Tuke, na Inglaterra, que preconizava “o tratamento humanitário, com instituições pequenas e uma ênfase nas relações entre as pessoas” (Leader, 2013, p. 12), opondo-se às medidas e técnicas de contenção.

Para Silveira (2013), desde os mais remotos tempos, bem antes da medicina laica, haveria uma medicina da alma, tentativas diversas de criação de conceitos, teorias, remédios e terapias. Inspirados pela dor e o sofrimento, poetas, sofistas, médicos do corpo e filósofos teriam se ocupado de pensar formas de amenizar o peso da existência. Ao propor o termo “alienação mental”, Pinel teria retomado as ideias de Hipócrates, onde o alienado mental seria um indivíduo que se deixa dominar por paixões artificiais. Para Silveira (2013), a medicina de Hipócrates, apesar de falar de sintomas psíquicos (distúrbios do sono, vícios, medos, arrebatamentos, etc.) na verdade busca entender as reações fisiológicas desses sintomas para encontrar explicações

também fisiológicas para as doenças da alma.

Mas Amarante e Torre (2010) ressaltam que Pinel não conseguia se encaixar no modelo da medicina do final do século XVIII, baseada na anatomopatologia e na busca da etiologia da doença através de necropsias. O que o leva a uma psiquiatria muito mais voltada à terapia e ao método que à etiologia. Nesse contexto, as alterações fisiológicas e anatômicas no sistema nervoso não são vistas como as principais causas da alienação mental e, em seus estudos com necropsias, Pinel conclui que a alienação mental estaria mais ligada a distúrbios da mente, estando o cérebro na maioria dos casos em perfeito funcionamento (Carvalho, 1995).

Para Pinel, “as paixões só poderiam habitar o coração do homem se submetidas à razão e equilibradas por uma vida harmoniosa” e ele acreditava em uma reforma radical do homem através da ciência. Um método científico que se daria “nos hospícios dos alienados onde se pode ser convencido de que a vigilância, a ordem regular do serviço, o acordo harmonioso entre todos os objetos de salubridade e a bem sucedida aplicação dos remédios morais” (Pinel, 2007, p. 26) constituiriam a nova medicina.

Pessotti (1994) ressalta que, na concepção teórica de Pinel, a loucura é entendida como “comprometimento ou

lesão fundamental do intelecto e da vontade que se manifesta no comportamento do paciente” (p. xx); comportamentos que servirão de “critério de classificação e diagnóstico, através de uma ordenação que requer longa e constante observação” (p. 146). O autor acentua que, no seu tratado, Pinel deixa claro que, “de um modo geral, a causa da loucura é a ‘imoralidade’, entendida como excesso, exagero ou desvio a serem corrigidos pela mudança de costumes e de hábitos” (Pessotti, 1994, p. 156). Por isso, a sua terapia se tornou indissociável do asilo e foi denominada de “tratamento moral”, ao se ocupar de “afecções morais” e “paixões morais”.

Desta forma, o hospital fez-se asilo e a loucura fez-se doença mental. Nasce aí o hospital como lócus de saber e poder da medicina mental, através do gênio de Pinel. Nesta perspectiva, Castel (1978) enfatiza que o ato fundador de Pinel não teria sido retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar (Castel, 1978, p. 83). Uma nova arquitetura e uma tecnologia se fundem num dispositivo de tratamento: “A organização da vida cotidiana é tratamento, a submissão às ordens do pessoal é tratamento, o trabalho é tratamento” (Castel, 1978, p. 92).

Assim, a despeito da ausência de indícios anatomopatológicos e a partir da concepção humanista do seu tempo, Pinel cria o Tratamento Moral, que ele mesmo define como “a tarefa que se propõe cumprir”:

[...] a distinção correta entre suas espécies, para não tentar inutilmente ou conduzir ao acaso o tratamento, [...] fazer sentir a necessidade de locais adequados à distribuição metódica desses enfermos em suas diversas espécies; colocar em primeiro lugar os cuidados esclarecidos e filantrópicos da vigilância, e a manutenção da mais severa ordem no serviço [...] reservar para os casos extremos e vistos até aqui como incuráveis o emprego de certos remédios ativos, que, em outras circunstâncias, poderia resultar supérfluos, nocivos ou temerários (Pinel, 2007, p. 223).

Como analisa Amarante (1996), Pinel insiste em se afirmar defendendo que a alienação mental não tem causas físicas, mas o tratamento incluía estratégias de sujeição físicas e morais, apresentando resultados de fato:

Com o mandato social e o prestígio que Pinel adquire pelo conjunto de sua obra médico-filosófica e pelos resultados terapêuticos objetivos, a medicina mental vai-se constituindo e consolidando o seu

lugar na ciência médica (Amarante, 1996, p. 46).

Birman (1978) reafirma que, apesar das querelas etiológicas, o que importava realmente para a psiquiatria era a terapêutica, porque, afinal, podia-se curar perfeitamente a loucura sem conhecer a sua natureza. E acrescenta que o discurso da hereditariedade e das causas físicas em geral, pretendendo-se biológico para ser médico, camufla a sua significação primeira que se relaciona com a moral da sociedade e da família. Ressalta uma questão importante para o nosso estudo quando aponta que, desde a sua origem, a psiquiatria estará marcada por um conflito entre a biologia e a psicologia, na disputa pela positivação empírica da loucura:

A psiquiatria desde então, durante toda a sua história, é atravessada pelas interpretações biológicas e psicológicas, que falam duas linguagens completamente diversas, que não se escutam porque não se compreendem, e cada uma das tradições não pode entender o apego da outra a formulações diversas das suas (Birman, 1978, p. 98).

Continuando com Birman (1978), o autor vai demonstrar como a reflexão sobre a oposição normal/anormal é uma preocupação constante do conhecimento

psiquiátrico, desde seu nascimento e em toda a sua história, já que remete à sua razão mesma de ser e à sua inserção como prática social. O asilo vai se constituir como lócus principal de intervenção, mas ele continha em si um ideal de sociedade. Ao isolar para estudar e tratar a loucura, a medicina psiquiátrica inicia a demarcação de uma fronteira, cria conceitos normativos, produzidos por um saber que ao longo do tempo avança na sociedade e hoje se dissemina no senso comum. Um método que segue permanentemente atualizado em novos dispositivos de diagnóstico e tratamento. Um exemplo disso, conforme alerta Rotelli (2008), é a evidência de que a grande internação dos nossos tempos teria nos idosos o seu principal alvo, com graves consequências sociais ainda não suficientemente avaliadas.

O DSM: questões sobre a psiquiatria e a construção de uma psicopatologia contemporânea

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, lançado pela Associação Americana de Psiquiatria e conhecido por sua sigla DSM, é um sistema de classificação de transtornos mentais que tem sido largamente utilizado

na prática clínica por profissionais da psiquiatria e do campo da saúde mental. Na perspectiva de Matos et al. (2005), esse manual tem a sua importância definida pelo fato de padronizar as nomenclaturas das psicopatologias, possibilitando a comunicação entre profissionais; por permitir estudos estatísticos e auxiliar no diagnóstico descrevendo patologias e propondo diretrizes; por apresentar aspectos associados à prevalência na população; por indicar tratamento normalmente restrito à psicofarmacologia ou à terapia cognitiva comportamental.

Apesar de responder bem às funções internas à psiquiatria designadas a ele, alguns aspectos deste manual fazem com que uma análise crítica do mesmo venha sendo feita pelo meio acadêmico e outros segmentos da sociedade envolvidos. Mas o fato de possuir confiabilidade na psiquiatria e representar uma ferramenta de referência não faz com que o manual fique restrito à função de um compêndio do saber psiquiátrico. Acaba sendo um instrumento adotado pelas políticas e pelos profissionais de saúde mental, no extremo, sendo utilizado como uma lista para configuração de diagnósticos. O que pode levar a uma substituição do exercício clínico, da escuta do paciente e da análise das particularidades de cada caso. Uma

questão que, para fins deste estudo, ganha relevância.

Desde a sua criação, o DSM é periodicamente revisado, reestruturado, modificado e relançado em sucessivas edições. A mais recente versão lançada é o DSM-V, que foi precedida pelo DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-R. As suas sucessivas edições não necessariamente representaram apenas uma atualização do manual, mas, em determinados momentos, uma nova edição trazia grandes mudanças em sua estrutura, abordagens e conceitos. Como um reflexo do saber psiquiátrico instituído na América e exportado para outros países, o DSM sempre esteve sincronizado com as mudanças e vertentes hegemônicas no campo do saber científico da psiquiatria e saúde mental. Portanto, não pode ser entendido separadamente do seu tempo histórico e contexto.

Em torno de meados do século XX, o deslocamento do eixo do movimento psicanalítico da Europa para os Estados Unidos, que ocorreu devido à perseguição a Freud e seus seguidores pelo nazismo, fez com que a psicanálise exercesse grande influência e prestígio no campo do saber psiquiátrico da época (Russo & Venâncio, 2006). A partir disso, podemos perceber reflexos na composição de forças para a constituição dos integrantes da Associação Americana de Psiquiatria (Fendrik, 2011),

na época em sua maioria psicanalistas. A harmonia entre as duas disciplinas era tamanha que o uso do termo psiquiatria psicanalítica era comum (Matos et al., 2005; Izaguirre, 2011).

Neste contexto, em 1952, foi lançada a primeira edição do DSM. Antes disso, era comum cada centro de ensino possuir sua própria classificação para atender a necessidades locais, o que acabou produzindo uma diversidade de nomenclaturas e sistemas. Por isso, o lançamento do manual da Associação Americana de Psiquiatria conseguiu inicialmente corresponder às demandas de pesquisas estatísticas e promover um consenso terminológico entre clínicos. Contava com 106 diagnósticos dispostos em 130 páginas, que se originaram de seis classificações iniciais: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo (APA, 1952).

A concepção de doença mental derivada da psicanálise e corrente na época relacionava a origem das patologias com reações às adversidades e problemas da vida do indivíduo (Mayes & Horwitz, 2005). Os termos utilizados nessa edição do manual eram evidentemente provenientes da teoria psicanalítica, como por exemplo, “neurose”, “conflito neurótico” e “mecanismos de defesa”, sendo bastante ressaltada uma oposição freudiana clássica entre neurose e psicose.

Lançado em 1968, o DSM-II foi construído a partir da coleta de dados estatísticos e apresentava agora 182 diagnósticos dispostos em 134 páginas. Esta nova edição não representa nenhuma ruptura com os preceitos anteriores e sim uma intensificação das influências psicanalíticas. Talvez apenas uma certa visão “biopsicossocial” dos transtornos mentais teria evoluído para uma concepção de níveis de desorganização psicológica do indivíduo (Russo & Venâncio, 2006).

É importante ressaltar que, tanto no DSM-I quanto no DSM-II não havia grande esforço de elaboração da classificação diagnóstica, pois os sintomas evidentes eram considerados indícios de conflitos interiores que deviam ser investigados e tratados. E tais conflitos interiores, por sua vez, nunca seriam completamente solucionados e tratados sem o entendimento da vida pessoal do paciente, suas condições e experiências (Strand, 2011).

Em 1980, foi publicada a terceira edição do DSM, agora com 262 diagnósticos e 494 páginas, apresentando uma variedade de classificações e conteúdo muito maior que as versões anteriores (Mayes & Horwitz, 2005). Essa edição marca uma grande ruptura com o padrão de classificação utilizado anteriormente, por sua vez refletindo um declínio da

influência da psicanálise no meio científico americano, no decorrer da década de 1970.

Os objetivos agora eram outros, os interesses se voltaram para a formulação de um saber que fosse mais objetivo, universal e, portanto, mais próximo de um saber científico, características que a psicanálise não possuía e por isso passaria a representar um obstáculo. Na tentativa de seguir o modelo da medicina, o diagnóstico deixa de ter um papel de certa forma secundário e passa a ser central (Strand, 2011). Por conseguinte, a psiquiatria biológica e sua psicofarmacologia tomam mais espaço no cenário da saúde mental, com mudanças na visão da subjetividade humana, e a formação de novos grupos identitários. O DSM-III ganha poder de influência em outros países, transformando-se como uma bíblia para aqueles que se ocupavam da prática clínica em saúde mental, utilizando-o como um instrumento neutro de conteúdo generalizável.

Outra indicação de uma crescente hegemonia da psiquiatria biológica nas concepções do DSM-III é a divisão entre transtornos orgânicos e não orgânicos. As duas versões anteriores dividiam as psicopatologias de acordo com a psiquiatria clássica, diferenciando-as em orgânicas – aquelas em que a etiologia do transtorno consiste em alguma disfunção observável no cérebro; e não orgânicas –

aquelas às quais seria atribuída uma etiologia psíquica, sem alteração neurológica correspondente. Nessa terceira edição tal modelo foi parcialmente mantido, porém, o manual ressaltava que os transtornos não orgânicos, apesar da falta de indícios fisiológicos e anatômicos, não seriam independentes do mau funcionamento cerebral e teriam sua origem no sistema nervoso (Russo & Venâncio, 2006).

Dessa forma, a dimensão psicanalítica é abandonada e substituída por uma concepção fisicalista, trazendo um importante reducionismo na visão da subjetividade humana, o que pode explicar a grande polêmica em torno da retirada ou manutenção do emblemático conceito psicanalítico de “neurose”. Como a presença da psicanálise na cultura americana influía nos estilos de vida e mantinha a crença na psicoterapia como tratamento eletivo, após muitos embates com representantes dessa nova psiquiatria os psicanalistas conseguiram que se mantivesse o termo entre parêntesis (Mayes & Horwitz, 2005). No entanto, ao ser lançada a terceira edição revisada – o DSM III-R – os parêntesis foram retirados, o termo foi extinto do manual, havendo ao mesmo tempo uma multiplicação do número de diagnósticos.

Na sequência, no ano de 1995, foi lançada a quarta versão do DSM,

reforçando os rumos já apontados anteriormente, além da expansão acelerada do seu poder de influência. O DSM-IV foi apresentado em 886 páginas contendo 297 diagnósticos propostos (APA, 1995). Apesar de não trazer mudanças significativas em relação aos preceitos do DSM-III, é a partir desta edição que o DSM se consolida como referência para o aprendizado de psicopatologia na formação de profissionais de saúde mental e uso na prática clínica. Posteriormente, foi atualizado com uma versão revisada, o DSM-IV-R.

Muito recentemente, em 2013, foi lançada a sua quinta versão, sendo que suas supostas inovações propostas para o campo da classificação diagnóstica têm sido alvo de intensos debates e uma grande polêmica no meio científico. A inclusão de novas patologias como “desregulação do temperamento com disforia”, “síndrome de risco psicótico”, “desordem hipersexual” – são exemplos de classificações que designam respectivamente o comportamento de crianças muito agitadas, comportamentos extravagantes, desejos e impulsos sexuais mais acentuados que o usual. O que vem sendo apontado como uma evidente patologização de comportamentos (Freitas & Amarante, 2012). O lançamento do DSM-V, agora com 300 categorias diagnósticas dispostas em 947 páginas (APA, 2013), foi

precedido de muitas controvérsias e polêmicas no próprio meio científico americano, incluindo psiquiatras ligados à própria APA.

Como vimos, o rompimento teórico com a psicanálise e a reestruturação proposta para o DSM-III estão inegavelmente aliados ao crescimento de uma psiquiatria biologicista, que, por sua vez, propicia o desenvolvimento de uma indústria da psicofarmacologia. O estado atual reforça a criação e delimitação de um mercado consumidor para as indústrias farmacêuticas (Strand, 2011; Russo & Venâncio, 2006), que a cada novo transtorno passaria a colocar no mercado o psicofármaco correspondente.

O que queremos ressaltar com esse breve histórico comentado é o fato de que um manual americano – pensado para os americanos – ganha forte *status* de saber científico e torna-se referência para médicos psiquiatras e trabalhadores da área da saúde mental. Estes, por sua vez, através da influência e papel social que exercem na sociedade multiplicariam seus efeitos, abrindo caminho para a medicalização.

O papel social do diagnóstico e dos fármacos

Dessa forma, somos levados a ratificar – através de um reforço progressivo na sociedade e nas práticas referendadas por saberes médicos – uma compreensão etiológica da doença mental fundada em imperfeições genéticas, desequilíbrios químicos cerebrais e até mesmo em agentes físicos. Assim, os tratamentos propostos pretenderiam apenas amenizar os efeitos destas adversidades biológicas ou livrar-nos de dores existenciais, para as quais não se dá e nem se quer pensar nenhum sentido. Aqui se impõe a reflexão do nosso possível papel social legitimador desse discurso ao prescrever, indicar e/ou consumir de forma alienada as pílulas da normalidade desenvolvidas e produzidas em larga escala pela indústria farmacêutica.

Apesar da ênfase e hegemonia desta visão, também vem crescendo o espaço para os seus críticos e os defensores da compreensão da doença mental como um processo multicausal ou mesmo uma experiência existencial associada a diversos elementos sociais e históricos de cada indivíduo. No campo da saúde como um todo ganha força um retorno à compreensão mais ampliada do social e da doença, onde o ideal de saúde e bem-estar

não seria padronizado (Czeresnia *et al.*, 2013), assim como os papéis sociais que determinam o comportamento desejável dos indivíduos.

A doença – assim como a experiência do sujeito que a vive – pode ser compreendida dentro de um referencial que, além daquele proposto pelo saber científico, também incluiria a dimensão construída pelo senso comum, relações sociais, cultura e ideais de uma sociedade. Desse ponto de vista, as experiências psíquicas comportam uma construção social, sendo variável e ambígua a delimitação das fronteiras no que diz respeito a identificar marcadores e medidas, por exemplo, da passagem de uma tristeza à depressão, das variações de humor ao transtorno bipolar ou de quando a agitação das crianças passaria a ser considerada transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Freitas & Amarante, 2012).

Se ocorre um hiperdimensionamento na classificação das psicopatologias, é importante considerarmos também o seu caráter de produção social sempre acompanhada de prescrições farmacológicas vinculadas a um mercado que se demonstra inescrupuloso na comercialização de psicotrópicos. Apesar de já haver suficientes evidências de efeitos não

divulgados de intervenções biologicistas muitas vezes apresentadas como inofensivas (Angell, 2007).

Retomando Berger (1980), da mesma forma que há um evidente controle social operado pelos mais diversos dispositivos, haveria também no indivíduo uma vontade profunda de pertencimento. O que o leva a procurar assumir o lugar na sociedade destinado a ele, moldando sua identidade de acordo com o papel e as ações esperadas dele no espaço social.

Dessa forma, como podemos constatar na prática clínica, o diagnóstico torna-se um dado crucial na vida do paciente, podendo a partir dele adotar comportamentos, se enquadrar nas limitações esperadas, assumir prognósticos dados e novas formas de identidade. O momento no qual recebem um diagnóstico produziria impactos na vida dos indivíduos, levando-os a mudar a visão de si. Ao receber um diagnóstico de transtorno bipolar, por exemplo, o paciente passará a ressignificar seus sofrimentos passados, comportar-se como portador deste transtorno, consumindo a medicação recomendada, buscando os tratamentos adequados e identificando-se em um lugar social destinado ao seu novo grupo.

Ao receber o diagnóstico de algum transtorno mental identificado, passa a usar regularmente psicofármacos prescritos, entrando nas estatísticas das

psicopatologias, tornando – se um consumidor do lucrativo mercado das indústrias farmacêuticas, referendado por parte da ciência e por alguns modos de clínica.

Como já referido, desde Pinel, a psiquiatria usa tratamento com fármacos nos asilos, sendo essencial que os pacientes fossem submetidos a tratamentos que proporcionassem efeitos observáveis. Podemos tomar como exemplo a morfina e o ópio que eram empregados no tratamento da loucura, sendo as primeiras substâncias a serem testadas para estes fins. Também a descoberta de um novo tipo de substância assumiu grande importância no tratamento da doença mental – as anfetaminas. Estas foram largamente utilizadas na primeira metade do século XX, mas, assim como as drogas anteriores, foram progressivamente abandonadas depois de estudos comprovarem sua alta toxicidade (CCHR, 2010).

Mas foi só no período pós-guerra que houve uma aceleração nas pesquisas para produção de novos psicotrópicos, sendo um marco oficial a descoberta, em 1952, da clorpromazina, que foi o primeiro medicamento antipsicótico. Também conhecida nos Estados Unidos sob o nome comercial de Thorazine, a clorpromazina, que já era utilizada como corante e antiparasitário para suínos, passa a ser usada com função de psicofármico,

produzindo nos pacientes efeitos de retardamento motor e indiferença emocional. Isso a fez ser conhecida como uma espécie de lobotomia química, mas não impediu que, a partir dela, a indústria farmacêutica descobrisse que, aliada ao marketing, a produção de psicotrópicos poderia ser muito lucrativa. Psicofármacos como Imipramina, Ipromiazid, Meprobomato, e outros, seguiram o mesmo ciclo: descoberta, uso, descoberta de possíveis efeitos colaterais e desuso (CCHR, 2010).

Angell (2007) vem denunciando em seus estudos um conjunto de relações perigosas entre a indústria farmacêutica e o campo da saúde, envolvendo conflitos éticos e corrupção. Denuncia casos envolvendo figuras de autoridade no ambiente das associações corporativas médicas, de influentes universidades americanas e no meio científico em geral. Apresenta evidências de influência da indústria farmacêutica nos resultados de pesquisas, na clínica médica e na definição de categorias de doenças. O que reafirma a importância de enfrentarmos de forma mais rigorosa as causas da medicalização e suas consequências para o campo da saúde, em especial da saúde mental.

Considerações finais

Parece muito presente em nossa sociedade uma exigência de bem-estar constante, não havendo espaço nem tempo para a dor, sendo todas as adversidades inerentes à existência decididamente evitadas. As novas exigências da vida num capitalismo globalizado e competitivo colocariam a dor como sentimento inaceitável. Para Dantas (2009), a contemporaneidade estaria aderida a uma crença quase absoluta no discurso técnico, anestesiando-se com substâncias que prometem muito, desde a perda de peso até a felicidade plena.

Neste contexto, o discurso técnico e de medicalização assumem um sentido mítico, onde a crença num suposto poder ilimitado da ciência produziria a medicalização da e na sociedade, uma vez que comportamentos e acontecimentos da vida cotidiana agora se tornariam passíveis de tratamento, cura e prevenção. Uma visão fantasiosa da realidade, onde a doença e a necessidade de remédios seriam permanentemente fabricadas. Os psicofármacos, tornados bens de consumo, passam a serem vistos como uma panaceia para todos os males do espírito, suprimindo as variações de humor, a tristeza, e todo tipo de sentimento agora considerados inadequados.

A presença de relações limite envolvendo aspectos éticos e mercadológicos nos levaria a importantes questionamentos: Quanto do saber científico seria influenciado por certa indústria farmacêutica? Qual o sentido de psicofármacos prescritos na saúde serem propagandeados e vendidos para um grande mercado consumidor? Qual a nossa responsabilidade enquanto profissionais de saúde dentro desse contexto da medicalização?

A complexidade das questões que envolvem as fronteiras entre normal e patológico, antes negligenciada pelo tratamento fundado no isolamento social, encontra-se agora novamente negada por uma concepção simplista e funcional que engessa o nosso trabalho em codificações e convenções. A medicalização dos comportamentos e da vida, na contramão de uma lógica da saúde responsável e ética, subverte o papel do profissional, afeta nossas subjetividades. Uma cultura produtora de subjetividades medicalizadas e que ainda quer fazer-nos crer em uma suposta epidemia de transtornos mentais.

Referências

Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2010) Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a

- questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: R. P. Nogueira (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Amarante, P. D. (1996) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association (APA). (1952) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1995) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angell, M. (2007) *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record.
- Arbex, D. (2013) *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Artaud, A. (1979) *Cartas aos poderes*. Porto Alegre: Editorial Villa Martha.
- Berger, P. L. (1986) *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística* (7a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Birman, J. (1978) *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil. (2012) Conselho Federal de Psicologia. *Subsídios para a campanha “Não à medicalização da vida” medicalização da educação*. Recuperado em 3 janeiro, 2013, de http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf.
- Brasil. (2000) Ministério da Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de ensino técnico – área saúde*. Recuperado em 4 março, 2002, de xxxx
- Carvalho, A. M. T. de, & Amarante, P. (2000) Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica (pp. 41-52). In: P. Amarante (Org.). *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Carvalho, M. C. A. (1995) *Sobre a formação teórico-clínica de médicos psiquiatras: um estudo na rede de saúde de Niterói*. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC).
- Castel, R. (1978) *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Czeresnia, D. et al. (2013) *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Citizens Commission on Human Rights (CCHR). (2010) *The marketing of madness: are we all insane?* [DVD]. Mundialmente: CCHR.
- Dantas, J. B. (set./dez. 2009) Tecnicização da vida: uma discussão sobre o discurso de medicalização da sociedade. *Fractal Revista de Psicologia*, 2(3), 563-80.
- Dunker, C. I. L., & Fuad Neto, K. (dez. 2011) A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, 14(4).
- Fendrik, S. (2011) O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista? In: A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (2a ed.). Rio de Janeiro: Via Lettera.
- Foucault, M. (1994) Préface in *dits et écrits* I. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2005) *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2012) *Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI*. Recuperado em 10 junho, 2012, de <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2429&idSubCategoria=56>.
- Heath, I. (2006) Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Med.*, 146. Recuperado em 11 novembro, 2011, de <http://www.Ploscollection.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030146;jsessionid=7EBA95CADE8F85E345658A430BA72D64>.
- Infante, D. P. (2011) Psiquiatria para que e para quem? In: A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (2a ed.). Rio de Janeiro: Via Lettera.
- Izaguirre, G. (2011) Elogio ao DSM-IV. In: A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.). *O livro negro da*

- psicopatologia contemporânea* (2a ed.). Rio de Janeiro: Via Lettera.
- Leader, D. (2011) *O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Matos, E. G. de, Matos, T. M. G. de, & Matos, G. M. G. de. (set./dez. 2005) A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 312-318. Recuperado em 10 novembro, 2011, de http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/importancia_limitacoes_dsm_iv.pdf
- Mayes, R., & Horwitz, A. (2005) DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 249-267. Recuperado em 20 novembro, 2012, de <http://pages.towson.edu/garcia/medical%20sociology/2011%20fall%20medical%20soci/dsmiii.pdf>
- Moynihan, R., & Henry, D. (2006) The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med.*, 191. Recuperado em 11 novembro de 2011, de <http://www.ploscollections.org/artic>
[le/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030191;jsessionid=7EBA95CADE8F85E345658A430BA72D64](http://www.ploscollections.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030191;jsessionid=7EBA95CADE8F85E345658A430BA72D64)
- Phinel, P. (2007) *Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Portocarrero, V. (2002) Arquivos da loucura. *Juliano Moreira e a continuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rabello, E. T., & Camargo Júnior, K. R. (abr.-jun. 2012) Drug advertising: health as a consumer product. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, 16(41), 357-67.
- Rotelli, F. (2008) Formação e construção de novas instituições em Saúde Mental. In: P. Amarante (Org.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: LAPS.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (abr. 2006) Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 9, 460-483.
- Silveira, P. H. F. (2013). *Medicina da alma: artes do viver e discursos terapêuticos*. São Paulo: Hucitec.

Soalheiro, N. I. (2012) Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 30-44.

Soalheiro, N. I., & Amarante, P. Reflexões em torno da temática da política e das reformas no campo da psiquiatria, a partir de Michel Foucault e do movimento dos usuários de serviços da saúde mental. In: I. Passos (Org.). *Poder, normalização e violência – incursões foucaultianas para a atualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

Strand, M. (maio 2011) Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of american psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40(3), 273-313.

(1998) e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (2003). Atualmente é colaboradora do Laboratório de Pesquisas em Saúde Mental/LAPS/Ensp/Fiocruz e Professora/Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: ninasoalheiro@fiocruz.br

Flavio Sagnori Mota: Formou-se no Ensino Médio pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, unidade técnico científica da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, em 2012. Foi bolsista de iniciação científica do CNPQ – PIBIC Ensino Médio. Atualmente cursa graduação em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-mail: fsagnori@gmail.com

Enviado em: 25/08/2014 **Aceito em:** 02/12/2014

Nina Isabel Soalheiro: Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (1985), especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde de Minas Gerais (1995), mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz