

# **Entrevistas de Evolução Psiquiátricas: entre a “Doença Mental” e a Medicalização**

**Valeska Zanello**

*Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), Psicóloga e Bacharel em Filosofia pela UnB, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UnB – Brasília (DF), Brasil*  
*Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte – Brasília, DF. CEP: 70910-900.*  
*E-mail: valeskazanello@uol.com.br*

**Gabriela Macedo Pinheiro da Fonseca**

*Graduada em Psicologia pelo Instituto Superior de Educação de Brasília (IESB) – Brasília (DF), Brasil*

**Ana Carolina Romero**

*Graduanda em Psicologia pelo Instituto Superior de Educação de Brasília (IESB) – Brasília (DF), Brasil*

## **Resumo**

Este trabalho objetivou investigar as concepções implícitas acerca da loucura e de sua cura nas perguntas realizadas por psiquiatras, nas consultas de evolução. O trabalho de campo realizou-se no setor de internação de um hospital psiquiátrico público. Ao todo, foram observadas 88 consultas, realizadas por 4 psiquiatras do hospital, 2 homens e 2 mulheres. Os dados apontam para a presença de uma noção reificada da loucura como doença mental, cujos traços concretos seriam os sintomas mentais listados nos principais compêndios psiquiátricos, DSM e CID, bem como para uma crença na cura como a supressão de tais sintomas. O medicamento apareceu como a principal solução e sua prescrição como a forma privilegiada de tratamento.

**Palavras-chave:**

Doença mental; psiquiatras; entrevistas de evolução; pacientes psiquiátricos; loucura.

## 1 INTRODUÇÃO

A percepção sobre a loucura varia historicamente. A interpretação de suas causas, sua natureza e seus tipos podem diferenciar-se numa mesma época ou em épocas diversas (FOUCAULT, 1982). Segundo Foucault (1975), a experiência da loucura no mundo ocidental, antes do século XIX, mostrou-se bastante polimorfa, antes de ser confiscada no conceito de doença mental.

Até o fim do século II, havia três perspectivas na compreensão da loucura: o enfoque mitológico-religioso, a concepção passional e a doutrina organicista (PESSOTTI, 1994). A loucura era apresentada como agitada e furiosa (mania), ou triste e medrosa (melancolia).

Já na Idade Média, a loucura passou a ser vista como possessão diabólica. O poder de cura e o domínio do saber sobre a loucura pertenciam aos teólogos e o método utilizado era o exorcismo.

A partir do século XVII, houve uma valorização crescente da racionalidade, levando a um declínio paulatino das explicações míticas e religiosas. A loucura, entendida aí sob o viés da racionalidade, passou a ser vista como o seu oposto, a desrazão (FOUCAULT, 1982). A voz do louco foi silenciada em sua capacidade de dizer a verdade (MACHADO, 2009), restando-lhe apenas a possibilidade de proferir erros (irracionais). O louco, juntamente com outros sujeitos também marginalizados, tais como libertinos e portadores de doenças venéreas, foram banidos da sociedade, confinados em hospitais gerais (FOUCAULT, 1975). O critério de asilamento, de acordo com Foucault (1975), seria um desvio em relação à moral. Segundo ele, essas casas não tinham “vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer parte da sociedade” (FOUCAULT, 1975, p. 79).

Somente no século XIX, período de criação da clínica psiquiátrica, é que o louco atingiu sua especificidade enquanto sujeito/objeto a ser estudado e tratado. Foi separado de outros grupos marginais e excluído

em asilos específicos: tornou-se “paciente”. É o início da apropriação da loucura pela Medicina, tal como conhecemos ainda hoje. Nesse sentido, Pinel foi um dos pioneiros na compreensão da loucura enquanto doença ou alienação mental e seu respectivo tratamento. Para ele, por meio do tratamento moral, o louco seria reeducado para voltar a se comportar conforme os padrões éticos da sociedade (PESSOTTI, 1994). Pinel desenvolveu o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental que, além de distinguir os vários tipos de lesões mentais, apresentou um método diagnóstico que influenciaria a prática médica do século XX. O método constituía-se numa atitude clínica de observação sistemática e prolongada do comportamento do alienado. Com isso, inaugurou-se a clínica psiquiátrica.

Dá-se início aos grandes debates acerca da classificação nosológica dos tipos de alienação. Isto é, firmou-se uma proliferação, cada vez mais frequente, de inúmeras síndromes mentais e comportamentais, cujo caráter era descritivo e taxonômico. Além disso, houve uma importação da lógica semiológica indicial, dominante na Medicina, para o campo da saúde mental (MARTINS, 2003). Na lógica indicial, parte-se da classificação dos sinais e sintomas, para se chegar a um diagnóstico sindrômico e implicar uma causa (etiologia), buscando com isso prescrever um prognóstico, isto é, uma forma de tratamento. Ao objetivar o sintoma, destituindo dele seu caráter idiossincrático e repleto de *semiosis*, houve a reificação da loucura como doença mental e a eleição de uma forma de tratamento objetivo, campo no qual os medicamentos encontrariam terreno fértil, tempos depois. A palavra, o gesto e as expressões do sujeito passaram assim, cada vez mais, a representarem possibilidades de sintomas, mais do que serem portadores de sentido.

Nesse momento histórico, a loucura tornou-se o equivalente à doença mental. Uma das grandes contribuições de Foucault (1982), em História da loucura, é justamente ter apontado como a doença mental é uma entidade produzida e não uma verdade descoberta. O papel do médico imbuu-se mais de um controle ético do que de uma intervenção terapêutica: “o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado no seu erro” (FOUCAULT, 1975, p. 82). Trata-se de um contexto repressivo

e moral. Passa-se a falar sobre o louco, mas do louco é retirado o poder e a vez de dizer sobre si mesmo.

As ideias do Tratado de Pinel não foram bem aceitas numa época de apogeu da ciência, por deixar a visão organicista em segundo plano. Após Pinel, Esquirol e Beaugrand tentaram associar a alienação a alguma disfunção orgânica. No fim do século XIX, o cenário era marcado pelo conflito entre o modelo organicista clássico e a incipiente doutrina psicodinâmica.

O modelo manicomial prevalecia, no entanto, como forma de tratamento. Segundo Bezerra Junior (2009), além do eletrochoque e do coma insulínico, administrava-se reserpina, substância usada para controlar a hipertensão arterial. Outra prática comum era a lobotomia, ou “psicocirurgia”, que se tratava de intervenção neurocirúrgica com o objetivo de “eliminar determinadas doenças mentais ou modificar comportamentos inadequados” (MASIERO, 2003, p. 550). Os procedimentos visavam à normatização mínima do comportamento, para garantir que o alienado pudesse voltar ao convívio social. Segundo Goffman (1987), o manicômio caracterizou-se por ser uma instituição totalitária que levaria a uma destruição da identidade do sujeito que nela permanecia<sup>1</sup>.

Porém, em 1950, um fato marcou a história do pensamento psiquiátrico: a descoberta do primeiro neuroléptico, a clorpromazina. A “revolução psicofarmacológica” (RODRIGUES, 2003) possibilitou o controle de sintomas de determinadas “patologias” e, conseqüentemente, a saída de muitos pacientes dos manicômios. Por outro lado, fortaleceu de forma paulatina o discurso científico da loucura e a crença numa “cura” medicamentosa.

Ou seja, as descobertas da neurociência e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, no século XX, reforçaram a concepção da loucura como doença mental<sup>2</sup> e a compreensão de sua cura como supressão

---

<sup>1</sup> Segundo Goffman (1987), instituições totalitárias levariam a um processo de mortificação do sujeito, depois que ele é internado: trata-se da invalidação pessoal através da tutela institucional. Uma de suas características fundamentais seriam as barreiras físicas (muros, grades) e sociais que se levantam contra as trocas ou transações com o exterior e o apagamento de qualquer traço de individualidade. Afirma-se uma forma de poder claramente assimétrica, na qual a equipe, liderada pelo médico, porta a verdade sobre o doente mental e a chave sobre seu destino.

<sup>2</sup> E outros sinônimos tais como transtorno mental que vêm sendo utilizado de maneira privilegiada nos dias atuais em compêndios internacionais de classificação da loucura.

de certos sintomas. A “mordalha química” permitiu a saída de vários “loucos” do manicômio, mantendo em grande medida, no entanto, seu silenciamento. A percepção da loucura tornou-se um reconhecimento da “doença”, levando inclusive a um transbordamento da mesma para o cotidiano das pessoas, em um processo denominado por alguns autores (RODRIGUES, 2003; MALUF; TORNQUIST, 2010) como “medicalização da existência”.

A partir da década de 1980, os avanços científicos, que começaram na década de 50, eclodiram. Surgiram a descrição de novos receptores do sistema nervoso central, o mapeamento da atividade elétrica cerebral, os exames com ressonância nuclear magnética, entre outros, permitindo que a Psiquiatria Biológica se aproximasse cada vez mais da Clínica Médica (VECHI, 2004). A oferta de psicofármacos mais modernos e eficazes e a publicação da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III) culminaram no crescente abandono da psicoterapia. A Psiquiatria chegava, então, ao seu rigoroso modelo científico, baseado em moldes positivistas (RODRIGUES, 2003).

Pelo fato de proporcionarem respostas mais rapidamente, os medicamentos psicoativos conquistaram a preferência. Quadros nosológicos passaram a ser definidos com base nas respostas clínicas às substâncias que eram testadas, como, por exemplo, as pesquisas realizadas com imipramina, que levaram à caracterização do diagnóstico do Transtorno de Pânico. A partir de então, iniciou-se o movimento de descrição mais refinada das entidades nosológicas, numa tentativa de solucionar o diagnóstico preciso, o maior desafio da Psiquiatria.

Seguindo tal objetivo, o DSM-III absteve-se das questões etiológicas e limitou-se a descrever o fenômeno de forma supostamente “ateórica” (RODRIGUES, 2003). Excluiu quase todos os termos que se aproximavam da teoria psicanalítica e aderiu ao conceito de transtorno mental: “Sua proposta é tornar-se um sistema de referência, norteador do pensamento nosológico em Psiquiatria, tendo como princípio básico a fidelidade diagnóstica” (RODRIGUES, 2003, p. 14). Por meio do diagnóstico “certo”, o clínico apenas deveria decidir qual o melhor tratamento, e este, muitas vezes, resumia-se à medicação. A classificação do

DSM-III abandonou a singularidade humana em busca de uma generalização, consolidando a ideia de doença mental como uma entidade natural, algo pelo qual o indivíduo é acometido, é portador<sup>3</sup>. Ao caráter subjetivo ligado ao sintoma e, portanto, à experiência individual, não foi atribuída importância. O perigo de tal panorama residia no fato de se encarar características da personalidade e experiências existenciais como quadros patológicos (doenças), passíveis de tratamento medicamentoso. As reações humanas frente aos acontecimentos da vida, como as tristezas, o mau-humor e a alegria “exacerbada”, por exemplo, foram julgadas por uma pretensa noção de normal e patológico.

Segundo SZASZ (1980), há um engodo na Psiquiatria quando esta considera sintomas mentais como sinais de doença cerebral. Para ele, o objetivo da Psiquiatria seria uma farsa, pois a doença mental não pode ser entendida do mesmo jeito que uma doença física, havendo uma clara distinção entre uma doença do cérebro, ou seja, um defeito neurológico, e problemas existenciais. Estes seriam causados por necessidades pessoais conflitivas, aspirações sociais, valores, entre outros. O autor aponta, assim, a ideologia presente na afirmação da saúde mental como um ideal, a partir do qual os “doentes” são julgados pelo próprio psiquiatra, através de uma suposição exata e objetiva, mas ao mesmo tempo prescritiva e moral. Szasz (1980) sublinha que a doença mental se estabelece a partir de um desvio de comportamento de certos padrões psicossociais, éticos e legais. Assim, qualquer coisa que fuja ao padrão é considerada como fora do normal, e o sujeito passa a ser visto como louco. Trata-se, portanto, mais de um julgamento moral do que de um diagnóstico biológico. O autor questiona, dessa forma, o conceito de doença mental e ressalta que sua definição é de base não médica, enquanto sua terapêutica é buscada em bases médicas. “Doença mental é metáfora” (SZASZ, 1980, p. 113), aponta. Isto não quer dizer que a infelicidade pessoal e o comportamento socialmente desviado não existam, mas sim que são categorizados como doença por nossa própria conta.

Bezerra Junior (2009) relata que há hoje o *boom* das neurociências: NeuroTeologia, NeuroEconomia, NeuroÉtica, entre outras. Procura-se

---

<sup>3</sup> A loucura, compreendida pelo viés da “doença mental”, privilegia um modelo ontológico, isto é, reificação da própria loucura. Ver Laplantine (2010).

uma explicação neurológica para todos os fenômenos, em um reducionismo que tenta incluir aí também os fenômenos psíquicos. Com base na compreensão neuroquímica desses fenômenos, a Psiquiatria Biológica cria novos diagnósticos de transtornos mentais, que serão “solucionados” com a descoberta de novas medicações.

O medicamento aparece e se firma, portanto, como uma solução, tanto para quem o prescreve, quanto para aquele que o consome (BARROS, 1983). LEFÈVRE (1983) ressalta que o medicamento funciona como símbolo de saúde, como algo que a representa. Saúde é entendida, aqui, no contexto de uma sociedade capitalista, como uma mercadoria que, na forma de um objeto concreto, o medicamento, pode ser comprada e consumida. Schenkel (1991) declara que existe um nível de ação inespecífico do medicamento, que diz respeito a uma função simbólica. Na função simbólica do medicamento encontram-se tanto o efeito placebo (MARTINS, 2007) quanto o empoderamento do médico (BARROS, 1983).

O médico, possuidor de um saber científico, é quem está apto a desvendar um duplo mistério: a “verdadeira” doença que aflige o paciente, entre as várias possibilidades, e o medicamento “adequado” para combatê-la. Ou seja, ainda que se atribua importância às funções farmacodinâmicas do medicamento, a prescrição adequada realça o prestígio do médico e seu poder sobre o paciente. Em detrimento da anamnese e do diagnóstico, a prescrição passa, assim, a ser percebida por médicos e pacientes como o momento mais importante da consulta (BARROS, 1983)<sup>4</sup>.

Conclui-se que o medicamento, além de simbolizar a saúde e o poder do médico, funciona como um fortalecedor desse poder, contribuindo para o abandono de uma visão multifatorial da loucura e para a reificação do conceito desta como doença mental.

Face a esses dados, o presente trabalho teve como objetivo levantar as concepções de loucura e cura na prática dos psiquiatras, por meio

---

<sup>4</sup>O médico passa, então, a ser o alvo da propaganda da indústria farmacêutica, pois, por meio de estratégias propagandistas bem elaboradas, a indústria farmacêutica incentiva o consumo e aumenta seus lucros (BARROS, 1983; RODRIGUES, 2003). No que tange à indicação e aos efeitos colaterais, Van der Geest (1984) alerta que, dependendo do país onde o produto é comercializado, a bula é alterada. Além disso, utiliza-se linguagem técnica na descrição dos efeitos colaterais, que são minimizados, ao passo que os efeitos terapêuticos e as indicações são ampliados e descritos de forma acessível ao leigo.

da observação de suas consultas de evolução, em um serviço de internação de um hospital psiquiátrico público.

### 3 MÉTODO

O trabalho de campo realizou-se entre os meses de setembro e novembro de 2009. Ao todo, foram observadas 88 consultas de evolução, realizadas por 4 psiquiatras do hospital, 2 homens e 2 mulheres. As entrevistas tiveram uma duração média de 1 minuto e a mais extensa durou 3 minutos em função de o médico necessitar parar a entrevista para realizar paralelamente uma outra atividade. As consultas foram transcritas pelos observadores no momento de sua ocorrência. As entrevistas de evolução foram submetidas a uma análise quantitativa e qualitativa. Primeiramente, fez-se uma análise de conteúdo (BARDIN, 1977), na qual se buscou categorizar eixos temáticos que apareceram no conjunto das entrevistas. Depois procedeu-se a uma quantificação frequencial destes eixos de duas maneiras diferentes: a) nas entrevistas (em quantas entrevistas apareciam); b) no total do conjunto das intervenções de todas as entrevistas (as entrevistas tratadas como um todo).

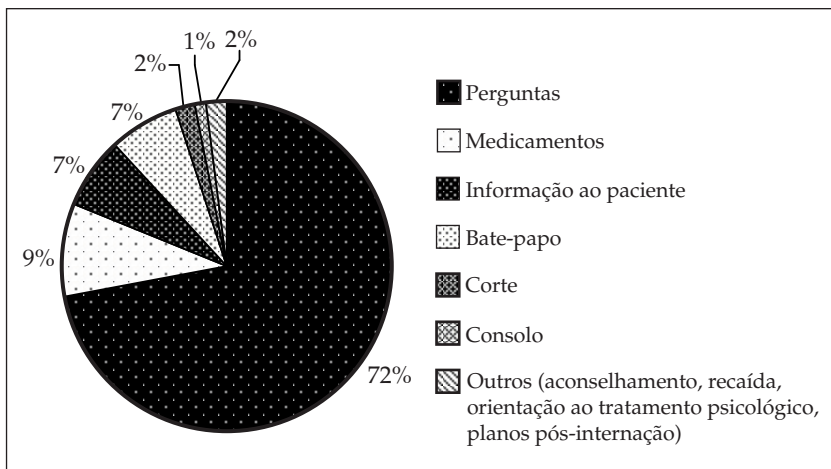
### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando tratadas em conjunto, foram obtidas 323 intervenções nas 88 entrevistas observadas. Nas intervenções, encontraram-se as seguintes categorias: perguntas (71%); medicamentos (9%); informação ao paciente (7%); bate-papo (7%); corte (2,3%); aconselhamento (1,4%); consolo (1%); orientação ao tratamento psicológico (0,5%); recaída (0,5%), planos pós-internação (0,3%). No Gráfico 1, são apresentadas as categorias e suas frequências no conjunto total das entrevistas.

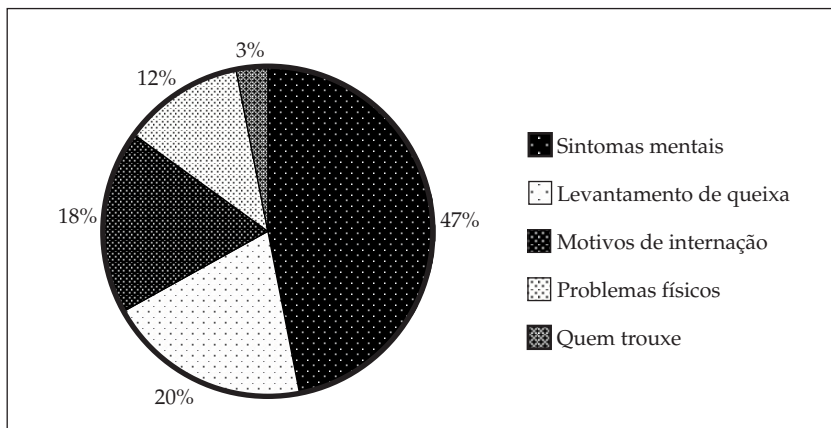
A categoria “perguntas” (71%) refere-se a todo ato de fala direto, no qual o psiquiatra buscava obter uma resposta ou um dado sobre o paciente. As subcategorias e suas respectivas frequências, encontradas nessa categoria, são mostradas no Gráfico 2.



No levantamento de queixa (subcategoria de perguntas), o médico procurava obter, do paciente, informações acerca de como ele estava se sentindo e se havia alguma queixa específica (trazida pelo próprio paciente) de sofrimento mental ou físico (exemplo: “Como você está?”; “Tudo bem?”).



**Gráfico 1** - Categorias do número total de intervenções.



**Gráfico 2** - Percentagem das subcategorias de perguntas.

Na subcategoria motivo de internação, tentava-se levantar o conhecimento do próprio paciente sobre as razões pelas quais ele havia sido internado, tal como nos seguintes exemplos: “E você veio fazer o que aqui, Ana?”; “O que houve que você está aqui?”; “Por que você veio para cá?”.

Na subcategoria problemas físicos, pretendia-se, sobretudo, encontrar alterações fisiológicas (75,86% das perguntas), sendo elas sobre dormir, comer, urinar – “Você já teve infecção urinária alguma vez?”; “Está dormindo bem?”. Também apareceram questões sobre a possibilidade de gravidez e de dependência química/abstinência.

Na subcategoria sintomas mentais, atentava-se para sintomas: delírio (19% das perguntas, tais como “Você acredita que alguém quer te fazer mal?”; “Você acredita que vai ficar milionário?”); alucinação auditiva (18% das perguntas, “Você escuta vozes?”; “Você escuta alguma voz te xingando, mandando fazer coisas?”); desorientação temporal (16,2% das perguntas, “Que dia é hoje? De que mês? De que ano?”); e desorientação espacial (14,4% das perguntas, “Onde você está?” “Aqui é um hospital, uma igreja ou um shopping?”). As perguntas sobre a sociabilidade e a rede social do paciente apresentaram uma frequência de 13,4%. As demais categorias foram: autonomia (4%), autocrítica (4%), ideação suicida (3%) e identidade (1%).

A categoria medicamentos (9%) refere-se às intervenções cujos objetivos eram conhecer a história medicamentosa do paciente, sua relação com os remédios atuais, efeitos colaterais sentidos e, por fim, orientá-lo em relação ao tratamento medicamentoso. Dessas intervenções, 64,28% disseram respeito ao levantamento das medicações que o paciente estava tomando no momento e à avaliação de sua adequação.

Em informação ao paciente (7%), enquadram-se as intervenções de *feedback* acerca de seu estado, tais como “Olha, você já está melhorando, mas tem que ficar um pouquinho mais aqui”; “Você está bem melhor. Melhorou desde o dia que chegou. Mas vai precisar de um pouquinho mais de remédio”.

A categoria bate-papo (7%) diz respeito às falas realizadas no intuito de estabelecer algum tipo de contato com o paciente, tendo caráter mais informal (exemplo: “Mas você fala e não fala como mineira”).

Na categoria corte (2,3%), encontram-se as intervenções cujo objetivo era finalizar a entrevista, como “Então tá, agora eu preciso ver outro paciente”; “Tá bom, obrigado”. Nem sempre esses cortes eram realizados como desfecho de uma conversa, mas, muitas vezes, de maneira abrupta, cortando efetivamente a fala do paciente, como observa-se na entrevista a seguir.

O psiquiatra perguntou: “Como você tá?”. O paciente respondeu: “Tô querendo ir embora. Tô passando bem...”. Psiquiatra: “Tá dormindo bem à noite?”. Paciente: “Tô passando... tô dormindo... bem à noite. Agora esses enjoo desse pessoal... que vem rolando... essa gente aí... toda hora que vem esse velho. Ele é enjoado demais” (falando de outro paciente). Psiquiatra: “Ele tá pegando no seu pé?”. Paciente: “Ele é enjoado demais!”. Psiquiatra: “Mas por que você veio pra cá? Você se lembra?”. Paciente: “Eu vim foi amarrado. Eu não sei o que eles tavam querendo fazer comigo”. Psiquiatra: “Eles quem?”. Paciente: “Eles que me pegaram lá e me enforcaram debaixo do tanque”. Psiquiatra: “Isso vai melhorar tá, Lúcio” (nome fictício). Paciente: “Eu quero voltar agora. Eu tenho dinheiro. Eu cheguei com R\$200,00 e eles pegaram meu dinheiro. Falaram: deixa aqui que depois a gente te devolve. Eu queria meu dinheiro para comprar um pacote de fumo”. Psiquiatra: “Então tá. Agora vai que preciso ver outro paciente”. Paciente: “Todo mundo me humilhando! Porque eles não entrega o meu dinheiro?”. Psiquiatra: “Nós terminamos a consulta, tá?”.

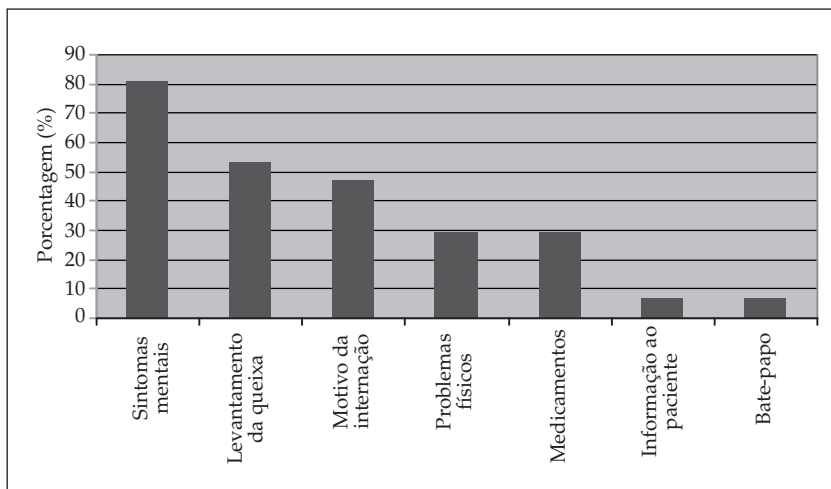
A categoria aconselhamento (1,4%) refere-se às intervenções que visavam orientar o comportamento do paciente em relação a seu “estado” ou internação, bem como ao uso dos medicamentos. Podem-se tomar como exemplo as seguintes falas médicas: “É uma pequena obrigação. É para você não ficar internada”; “Mas é para o seu bem, Paulo”; “Mas você tem que ficar bem”.

Já as categorias consolo (1%), recaída (0,3%) e planos pós-internação (0,3%) tiveram frequência bastante inexpressiva e referem-se respectivamente: à tentativa de pacificar o paciente em relação a seu

estado e tratamento; a averiguar se houve recaída; a investigar possíveis planos do paciente ao deixar a internação.

Em relação à orientação ao tratamento psicológico, a frequência também foi insignificante (0,5%), mesmo em casos nos quais o paciente recebeu alta e poderia se beneficiar deste tipo de atendimento. Este dado aponta para uma desqualificação de outras formas de tratamento e para a eleição quase exclusiva da intervenção medicamentosa.

Em termos frequenciais (frequência das categorias pelo número de entrevistas), pode-se observar, no Gráfico 3, que a subcategoria sintomas mentais foi a que teve maior frequência no conjunto das evoluções observadas, isto é, as perguntas cujo objetivo era levantar tais sintomas surgiram em 80,68% das entrevistas. Levantamento de queixa (subcategoria) estava presente em 53,00% das entrevistas; motivos da internação (subcategoria) em 47,00%; a subcategoria problemas físicos em 29,54%; a categoria medicamentos em 29,54%; e informações ao paciente e bate-papo em 7,00%. As outras categorias/subcategorias tiveram um percentual inexpressivo. Pode-se observar, no Gráfico 3, a diferença dessas percentagens frequenciais.



**Gráfico 3** - Frequência de aparecimento das categorias nas entrevistas.

Apesar de as perguntas sobre os sintomas mentais serem as que mais se apresentaram em termos de frequência no total das entrevistas (em 80,68% delas), apenas 47% do total das perguntas foram relacionadas a eles. E, na totalidade das intervenções, as perguntas sobre os sintomas mentais ocuparam apenas 33% das mesmas. Pode-se perceber, por meio desses dados, que há uma valorização do sintoma mental nas entrevistas de evolução, mas o mesmo é tratado de forma objetiva, em um sistema de classificação binário (presença/não presença), sem um aprofundamento acerca de seu sentido simbólico e do sofrimento subjetivo do paciente. Isto fica evidente na presença maciça de perguntas sobre sintomas mentais em quase todas as entrevistas e no pouco tempo dispensado na investigação de tais sintomas. Trata-se de constatar sua existência, mais do que a qualificação do sujeito que o produz. Ou seja, o sintoma é tratado sob o viés da lógica indicial da Medicina, como signo imediato, sem levar em consideração o processo de *semiosis* do paciente. Valoriza-se o predicado e não o sujeito da enunciação, como no exemplo da entrevista a seguir.

O psiquiatra perguntou: “Como você está?”. O paciente respondeu: “Bem”. Psiquiatra: “Você sabe que dia é hoje? O mês e o ano?”. Paciente: “16 de outubro de 2009”. Psiquiatra: “Você sabe onde você está?”. Paciente: “Aqui é o sanatório”. Psiquiatra: “Você escuta alguma voz que só você escuta?”. Paciente: “Só o barulho que vai explodir mesmo”. Psiquiatra: “A gente tem uma voz que só a gente escuta. Uma voz que xinga, que manda fazer coisas... Você anda ouvindo essa voz?”. Paciente: “Não”. Psiquiatra: “Tem alguém querendo te fazer mal?”. Paciente: “Tem. Meu marido”. Psiquiatra: “Você tá bem melhor. Melhorou desde o dia que chegou. Mas vai precisar um pouquinho mais de remédio. Então, vai tranquila” (não recebeu alta).

Em outra pesquisa, realizada com os pacientes internos, na ala feminina, observou-se o quanto problemas amorosos, sobretudo conjugais, eram recorrentes entre as mulheres (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011). No entanto, ficou evidente nesta entrevista o quanto uma resposta positiva à pergunta “Tem alguém querendo te fazer mal?” levava a pensar rápida e inadvertidamente em um sintoma delirante.

Percebeu-se a importância dada pelos médicos à busca exclusiva de sinais e sintomas, procedendo, na escuta do paciente, como um clínico geral ao entrevistar alguém com suspeita de diabetes ou qualquer problema físico. Uma resposta positiva ou “errada” a qualquer uma dessas perguntas sobre os sintomas mentais levava o médico a dispensar o paciente, solicitando a sua permanência no hospital, com os mesmos medicamentos ou com medicamentos novos. Desse modo, o sujeito não é qualificado, mas sim a suposta “doença” que ele possui. Trata-se de ter, em detrimento do ser: não há espaço verdadeiro de escuta desses sujeitos, toda palavra é traduzida para uma linguagem técnica dos sintomas, passíveis de serem enquadrados no esquema de entrevista psiquiátrica do teste Mini-mental<sup>5</sup>. Ainda assim, o critério para alta não se mostrou claro, como podemos evidenciar na seguinte entrevista:

O psiquiatra perguntou: “Tudo bem, Leonardo?” (nome fictício). O paciente respondeu: “Tudo bem, tudo bem, tudo bem”. O psiquiatra fez uma nova pergunta: “Dormiu bem à noite?”. À qual o paciente respondeu: “Dormiu bem à noite”. O psiquiatra concluiu: “É só esperar para ir embora hoje!” (recebeu alta).

A alta desse paciente, que apresentava ecolalia, foi justificada pelo médico desta forma: “Quando a gente percebe que o paciente não vai melhorar mais que isso, pra que institucionalizar?”. No entanto, uma outra paciente não teve a mesma sorte. A curta consulta resumiu-se da maneira a seguir. O psiquiatra perguntou: “Maria (nome fictício), você vê alguma coisa? Gente que já morreu? Vê o futuro?”. A paciente respondeu: “Não, não”. O psiquiatra então concluiu: “Você já está bem melhor, mas ainda precisa um pouquinho mais de remédio” (não recebeu alta).

Quando perguntada acerca dos critérios pelos quais optava ou não pela alta, uma médica afirmou:

Eu me preocupo com o discurso, se ele lembra por que veio pra cá, o comportamento, se vai continuar o tratamento, se tá dormindo

---

<sup>5</sup> Teste utilizado em entrevistas psiquiátricas com pacientes, cuja finalidade é realizar um levantamento de sinais e sintomas (verificar alterações de funções mentais), para enquadramento nos transtornos descritos no DSM e no CID.

bem. Quando o paciente volta um pouco a uma normalidade. É essa coisa subjetiva. Tem médico que dá várias altas por dia. Eu sou mais criteriosa.

No entanto, não conseguiu explicitar que coisa subjetiva era essa, ou com que critério de normalidade trabalhava. Outro psiquiatra, quando indagado sobre os critérios para a alta, respondeu: “O mínimo que a gente pode fazer é suspender os sintomas psicóticos”. Os demais também não explicitaram os critérios para alta. Nesse obscurantismo científico, coloca-se em xeque o próprio poder e fazer da prática psiquiátrica. Em primeiro lugar, por tratar de maneira inadequada, com uma lógica semiológica indicial, sintomas que são de ordem simbólica e, portanto, mediada. Em segundo lugar, por confundir um diagnóstico psiquiátrico com um diagnóstico médico. Como bem apontou Szasz (1980), o diagnóstico psiquiátrico trata-se de um julgamento moral cuja definição é de base não médica, enquanto sua terapêutica é buscada em bases médicas.

A falta de critérios era percebida pelos próprios pacientes, como se observa na reclamação de um deles em uma das entrevistas de evolução: “Eu tenho que ficar bem como? O que eu tenho que falar? Se o cara conversa demais tá mal, se conversa de menos tá mal”.

O que está em xeque, portanto, nas entrevistas psiquiátricas, segundo Szasz (1980) e Goffman (1987), é a existência do paciente, cabendo ao médico a chave de seu encarceramento. Sua palavra, sobretudo em uma instituição totalitária, é revestida de um saber-poder que cria destinos: possibilidade de ir e vir, diagnóstico que estigmatiza, consumo de remédios. Ele acaba por portar a voz final que concede ou não, sem critério claro neste caso, a “liberdade” do paciente.

Esse “poder” era ressentido pelos pacientes e verifica-se na forma como um deles referiu-se ao psiquiatra: “Abaixo de Deus, eu tenho o senhor como médico”, em uma postura de submissão. A palavra do médico era, assim, em alguns casos, revestida de um saber-poder, que a tornava mítica, indubitável: “Se a médica falar pra eu tomar o remédio, eu vou tomar. Porque o que ela manda é pro meu bem. Se ela mandou, tem que tomar”.

Outros pacientes, no entanto, em conversas informais, apresentaram uma postura de contestação (mas sem poder exibi-la, explicitá-la ao médico, para não perderem a chance de obterem a alta): “O psiquiatra é onipotente, acha que só o remédio resolve”; “Vou lá no psiqui-mata”.

A superficialidade das entrevistas, bem como seu exíguo tempo, sobretudo quando se trata de sintomas cuja mediação simbólica faz-se fundamental, foi justificado por um dos médicos, na seguinte fala: “Não dá para dar um diagnóstico muito preciso. Deveria haver uma anamnese, entrevista com a família. Mas não dá tempo. É muito paciente”. No entanto, o plantão de cada médico era de 12 horas. Para outros, o diagnóstico não era percebido em si como um ato importante, pois face ao estado do paciente, o que importava era “silenciá-lo”, ou como apontamos anteriormente, suprimir os sintomas, principalmente aqueles que incomodam: “O diagnóstico é menos importante. O que importa é sedar o paciente”; “Falar em cura é complicado, mas o medicamento é importantíssimo”.

Mesmo no caso de prescrição de medicamentos, pouco ou nada era explicado ao paciente sobre o remédio, sua necessidade e seus efeitos. Para alguns médicos, essas explicações só tornariam o paciente um caso ainda mais difícil de tratar: “O paciente, quando sabe o que tem, começa a perguntar demais. Ele lê a bula e fica assustado”.

A prescrição de medicamentos, observada nesta prática, reforça o empoderamento da categoria médica, pois, ao silenciar os sintomas, supõe-se que o sujeito está curado. Ou seja, afirma-se ainda mais a ideia da loucura como doença mental e o poder do medicamento em curá-la (supressão dos sintomas). O asilamento com muros se invisibiliza, tomando nova forma de poder: a contenção da mordança química.

Em resumo, a principal finalidade dos psiquiatras observados era, apenas, fazer o levantamento da existência de sinais e sintomas em sua classificação sindrômica. A prescrição do medicamento apareceu como única e exclusiva forma de tratamento, representando a possibilidade de supressão desses sintomas. Para uma doença mental, reificação da loucura e supressão de seus aspectos sociais,



o medicamento figurava a reificação da saúde e a possibilidade de reinserção social do sujeito. Ao invés da contenção física, método bastante utilizado em épocas anteriores, pratica-se agora a contenção química que é, inclusive, aclamada por alguns pacientes.

## 5 CONCLUSÕES

Há campos do adoecimento que são muito mais biológicos e, portanto, mais universais. Por outro lado, existem outros que são permeáveis pela experiência individual, como o campo da Psiquiatria. A Psiquiatria Biológica, hegemônica atualmente, tende a pensar a loucura como doença mental, como algo que se passa apenas no interior do cérebro do indivíduo. O psiquiatra não se atenta para o sentido do discurso do paciente, priorizando tão somente sinais e sintomas, em um funcionamento semiológico tipicamente indicial e uma lógica binária onde o que se perscruta é apenas a presença/ausência do sintoma. Nesse sentido, o medicamento desponta como a possibilidade privilegiada e quase exclusiva de tratamento.

Em um momento no qual a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização encontra-se tão em voga, faz-se premente sublinhar a necessidade de ascender aos níveis intersubjetivo e cultural, nos quais o paciente se encontra, e não somente diagnosticar e dar remédio. Para tanto, deve haver, também, uma visão mais pluralista do que é a loucura, do que é a vida subjetiva do sujeito e do que é o tratamento. Como aponta Bezerra Junior (2009), na visão pluralista há o entendimento de que nenhum dos conhecimentos, seja a Psicanálise ou a Psiquiatria Biológica, por exemplo, pode pretender esgotar o tema. O pluralismo aceita o reducionismo metodológico, ou seja, o uso dos termos referentes à abordagem, contudo recusa o reducionismo ontológico. Assim, se os ângulos são multiplicados, cresce a chance de ajudar pessoas, de propor tratamentos mais multifacetados. Trata-se da necessidade de resgatar o que na loucura desponta enquanto especificidade humana: a existência e o sofrimento.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, J.A.C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 17, n. 17, p. 377-386, 1983.
- BEZERRA JUNIOR, B. *Pirando no século XXI: os processos de subjetivação atuais e as novas formas de sofrimento*. [Vídeo]. Disponível <<http://www.cpfcultura.com.br/2009/05/15/pirando-no-seculo-xxi-benilton-bezerra-jr-os-processos-da-subjetivacao-atuais-e-as-novas-formas-de-sofrimento/>>. Acesso em 24 set. 2009.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- \_\_\_\_\_. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983.
- MACHADO, S.B. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 12, n. 2, p. 217-228, 2009.
- MALUF, S.W.; TORNQUIST, C.S. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARTINS, F. *Psicopathologia II: Semiologia clínica: investigação teórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Placebo: Eficácia e desqualificação na clínica cotidiana. *Brasília Médica*, v. 44, n. 2, p. 112-121, 2007.

MASIERO, A.L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciência, Saúde*, v. 10, n. 2, p. 549-572, 2003.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

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

SCHENKEL, E.P. *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre: UFRGS, 1991.

SZASZ, T.S. *Ideologia e doença mental: ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

VAN DER GEEST, S. Anthropology and Pharmaceuticals in developing Countries. *Medical Anthropol Quarterly*, v. 15, n. 3, p. 59-62, 1984.

VECHI, L.G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004.

ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys*, v. 20-21, 2011. Disponível em <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>. Acesso em 13 abr. 2012.

## *Psychiatric Progress Interviews: between the "Mental Illness" and the Medicalization*

### **Abstract**

The present study aimed to investigate the implicit conceptions related to insanity and its treatment in the questions conducted by psychiatrists in the progress visits. The fieldwork was performed in the hospitalization sector of a public psychiatric hospital. A total of 88 visits conducted by 4 psychiatrists of the hospital – 2 men and 2 women - were observed. The data indicate the presence of a reified notion of insanity as a mental illness, whose actual traces would be the mental symptoms listed in the major psychiatric books, DSM and ICD, as well as a belief in the healing as a suppression of such symptoms. The drug appeared as the main solution, and its prescription as the preferential treatment method.

### **Keywords:**

Mental illness; psychiatrists; progressvisits; psychiatricpatients; insanity.

*Artigo recebido em: 21/11/2011*

*Aprovado para publicação em: 20/12/2011*