



Editorial

Editorial / Editorial

Poder e Psiquiatria: velhas questões, novos desafios

Power and Psychiatry: old questions, new challenges

Em Dezembro de 2003, a revista *British Medical Journal* (BMJ) publicou um artigo de Thomas Szasz, intitulado, *The psychiatric protection order for the "battered mental patient"* que, no essencial, defendia a necessidade da criação de um dispositivo legal para proteger os doentes psiquiátricos contra aquilo que Szasz designa por "intervencções psiquiátricas coercivas". Ao longo do artigo, este velho combatente contra a psiquiatria, tece um conjunto de considerações comparando os doentes que são tratados contra a sua vontade às mulheres batidas que, até há bem pouco tempo não tinham protecção, ou mesmo às crianças do tempo de Dickens que não eram protegidas do abuso a que eram sujeitas pelos seus pais.

No essencial, este artigo aceite para publicação pelo Editor do *BMJ*, sustenta que é negado a muitos doentes psiquiátricos o direito de recusarem um tratamento que não desejam, sendo o "desejo dos psiquiatras" reconhecido pela lei apenas quando os doentes o usam para autorizarem o tratamento, mas não o reconhece quando esses mesmos doentes pretendem rejeitar a possibilidade de tratamento. Por isso, o autor conclui que, à semelhança dos dispositivos legais que protegem as mulheres abusadas pelos seus maridos, também os doentes psiquiátricos deveriam ter um tratamento legal semelhante, mas neste caso "protegendo-os" dos tratamentos psiquiátricos coercivos.

Na sequência da publicação a revista em causa recebeu um número recorde de comunicações dos seus leitores manifestando-se relativamente ao conteúdo do mesmo. Fizemos a análise dessas comunicações (114 no espaço de 1 mês) e constatamos que 68% dos leitores se manifestavam a favor do conteúdo do artigo, 26% contra e 6% não apresentavam opinião favorável nem desfavorável. Cerca de 99% das comunicações eram oriundas de leitores anglo-saxónicos (sobretudo ingleses e americanos) e 1% distribuíam-se por leitores de outras nacionalidades.

Dos leitores que se manifestavam favoravelmente, a grande maioria (57%) era constituída por indivíduos alheios à medicina e à psiquiatria, muitos deles envolvidos em actividades paralelas à psiquiatria (como terapias várias pela expressão artística); 15% eram médicos não psiquiatras e 15% eram doentes da psiquiatria, enquanto que 9% eram psiquiatras e 4% advogados. Dos leitores que se manifestavam contra o artigo 44% eram psiquiatras, 33% eram indivíduos alheios à medicina e à psiquiatria, 13% doentes da psiquiatria e 10% médicos não psiquiatras. Para além da curiosidade relativa às posições dos leitores do *BMJ* sobre esta questão levantada pelo artigo de Szasz, o tipo de argumentos que foram sendo arquivados nas 114 mensagens recebidas pelos editores traduzem, de uma certa forma, a representação social da psiquiatria, pelo menos no mundo anglo-saxónico.

Procedemos também a uma análise categorial das mensagens e chegamos a estes resultados:

(1) as categorias mais representadas nos **psiquiatras a favor** das posições de Szasz foram a defesa pessoal das posições defendidas pelo autor (33%) e o ataque à psiquiatria moderna (33%), enquanto que nos **psiquiatras contra** as posições de Szasz foram a defesa da psiquiatria (60%)





e o ataque às ligações de Szasz à antipsiquiatria (20%);

(2) as categorias mais representadas nos indivíduos **alheios à psiquiatria e à medicina que defendiam as posições de Szasz** eram o ataque à psiquiatria (60%), o equilíbrio do poder entre os psiquiatras e os doentes (20%) e a defesa dos direitos dos doentes (18%), enquanto que os indivíduos que estavam **contra as posições de Szasz** faziam-no defendendo a prática psiquiátrica actual (70%).

Através deste pequeno exercício a propósito de um artigo polémico verificamos que a psiquiatria continua a ser uma disciplina médica que faz emergir um discurso social muito contraditório, espalhado entre os que a defendem intransigentemente e os que a atacam ao ponto de proporem a sua extinção. Dito desta forma, alguns leitores pensarão que estamos aqui a tratar não da psiquiatria enquanto especialidade médica, mas da representação social da psiquiatria e, nessa medida, a falar mais das reacções exteriores à psiquiatria do que, propriamente, dos aspectos técnico-científicos que sustentam esta especialidade. Mas não é bem assim, meu caro leitor. É verdade que foi relançado um velho repto à psiquiatria: a questão do seu “poder”, socialmente legitimado, de tratar doentes mesmo contra a vontade destes. Mas também é verdade que a propósito desse repto emergiu um novo discurso, liderado por alguns neurologistas, segundo o qual a psiquiatria enquanto especialidade não tinha razão de existir.

Na verdade, um grupo de neurologistas radicais sustenta, no essencial, que a neurologia deveria ocupar-se do diagnóstico e tratamento das doenças mentais graves, dada a alta sofisticação tecnológica que actualmente apresenta. Essa posição é sustentada no facto de as formas mais graves de doença mental estarem a ser cada vez mais reconhecidas como doenças com base cerebral e a neurologia ser o ramo da medicina que se ocupa com o estudo, diagnóstico e tratamento das doenças do sistema nervoso.

Para quê existem duas especialidades da medicina para tratarem as doenças do cérebro? – interrogam-se os neurologistas defensores da aniquilação da psiquiatria enquanto especialidade médica. Quanto às outras formas menos graves das doenças mentais, poderiam ficar a cargo da medicina interna e da clínica geral, acrescentam.

Deste modo continuam esses neurologistas: *o tratamento das doenças mentais dividir-se-ia entre a medicina familiar e a neurologia, não havendo necessidade para a existência da psiquiatria. Poderia ser dissolvida e o “seu controlo do comportamento” ser de vez eliminado.*

Portanto, meu caro leitor, estamos perante um duplo desafio que, muito embora surja de fora da psiquiatria, tem implicações importantes na sua organização enquanto disciplina social e enquanto especialidade médica. Dito de outro modo, estamos perante um desafio que se desenha em dois grandes eixos: o do “poder” da psiquiatria e o da sua existência enquanto especialidade médica.

Analisemos cada um desses eixos do repto agora lançado.

1. O poder da psiquiatria

Quem tenha tido alguma preocupação com a história da psiquiatria terá com certeza verificado que ela foi sempre acusada não de ter pouco poder, mas antes, de ter muito.

Com efeito, a instituição da psiquiatria cresceu muito durante a emergência e a consolidação da era industrial, no séc. XIX. A sua função era cuidar dos anormais e dos que apresentavam um comportamento bizarro os quais, sem quebrarem a lei, não se conformavam aos quesitos da nova ordem social e económica. A associação da psiquiatria à medicina coloria esta função política do controlo social com a objectividade e a neutralidade da ciência. O modelo médico da doença mental serviu sempre para obscurecer os processos sociais que produzem e definem a desviância, através da localização dos problemas na biologia de cada um. Esta ofuscação



conduziu à perpetuação da ordem estabelecida pondo de lado o desafio implícito no comportamento desviante e, desse modo, criando uma fonte de criticismo e de oposição. Algumas das críticas mais incisivas à psiquiatria foram escritas nos últimos 30 anos, pela pena de Szasz, o qual no essencial sustentava que a sociedade lidava com alguns tipos de indesejáveis fechando-os ou medicando-os. Com uma linguagem mais poética, Laing, em Inglaterra, sustentava que a experiência psicótica do mundo não é necessariamente uma doença, podendo antes ser uma variante do normal.

Este tipo de críticas consubstanciou no recente artigo de Szasz sobre a necessidade de protecção dos doentes contra o que ele chama de “tratamento involuntário dos doentes”. O facto de os psiquiatras estarem autorizados a forçarem um internamento ou um tratamento a pessoas contra a sua vontade revela que os psiquiatras possuem um poder sancionado pelo estado. Já em 1913, Karl Jaspers reconhecia a importância única deste elemento da prática psiquiátrica. Dizia o autor: “o internamento hospitalar muitas vezes ocorre contra a vontade do doente e, em consequência, o psiquiatra encontra-se numa relação com o doente de natureza diferente da de outros médicos. Tenta tornar esta diferença tão negligenciável quanto possível, enfatizando deliberadamente a sua abordagem puramente médica, muito embora o doente, em muitos casos, esteja convencido que está bem e resiste a estes esforços médicos” (Jaspers, 1913, trad. portuguesa).

Este tipo de ataques à psiquiatria foi energeticamente rebatido dentro da psiquiatria por aqueles que entendiam que esses argumentos não passavam de uma perspectiva extremamente romantizada da doença mental. Pena foi que esse tipo de argumentos não tivesse tido outra forma de rebate e discussão que possibilitasse abrir caminho para uma clara discussão sobre o *poder do médico* (consubstanciado na atribuição mágica do seu poder de curar) e de que modo os aspectos particulares da doença mental configura o *poder do psiquiatra*. Escasseiam reflexões bem fundamentadas sobre as questões ligadas ao diagnóstico psiquiátrico e à natureza da doença mental que servissem de esclarecimento a posições antagónicas muitas vezes montadas sobre crenças irracionais quanto à psiquiatria.

Durante o séc. XX, um ataque feroz à psiquiatria condenou esta falsa caracterização médica dos problemas da vida e as medidas repressivas mascaradas como tratamento psiquiátrico. Ao mesmo tempo, uma tecnologia mais sofisticada permitiu à psiquiatria não apenas acalmar a tempestade, mas também reforçar a sua petição para a jurisdição da “doença mental”. Em consequência, aumentaram as oportunidades para o controlo social e para a supressão dos dissidentes.

A revolução farmacológica dos anos 50 e 60, com a correlativa produção de um conjunto de fármacos, permitiram à psiquiatria mover-se mais próximo do paradigma da medicina física de administrar curas específicas para condições específicas. Também com início nesse período, os cuidados psiquiátricos foram fisicamente deslocados dos asilos para os hospitais gerais, em maior proximidade com a restante comunidade médica. Com o advento da investigação do cérebro, a partir dos últimos 10 anos do séc. XX, a psiquiatria passou a ser mais “respeitada” enquanto especialidade médica. De facto, o esforço para localizar biologicamente as origens da doença mental foi e tem sido revitalizado através da introdução de novas tecnologias para estudo do cérebro e pelo desenvolvimento da genética molecular e do projecto do genoma humano. Mesmo com a falta de consistência dos resultados, a quantidade de recursos devotados para esta investigação tem trazido maior credibilidade ao modelo médico das doenças mentais. No entanto, essa credibilidade é suficiente para assegurar uma prática isenta de críticas do teor das que estão aqui em questão? Aparentemente sê-lo-á se as doenças mentais se configurarem como entidades clínicas que obedeçam à lógica das designadas doenças físicas. Isto é, a avaliar pelo depoimento de muitos dos leitores do BMJ, o mau exercício do poder psiquiátrico decorre





do facto de esta especialidade médica não ter critérios de diagnóstico baseados em pressupostos lesionais (no sentido amplo do termo), podendo por isso especular-se que muitos “doentes” assim designados pelos psiquiatras não passam de pessoas com comportamentos que são variantes do normal, mesmo com aspecto mais ou menos bizarro.

A acreditar nesta crítica, impõe-se a seguinte interrogação: poderá a psiquiatria definir a doença mental com o mesmo tipo de critérios que as suas congéneres especialidades médicas? Ora é precisamente aqui que se encaixa o segundo eixo do repto que atrás enunciei: *a psiquiatria no quadro das especialidades médicas*.

2. *A psiquiatria no quadro das especialidades médicas*

A principal questão levantada neste domínio prende-se com a questão do diagnóstico de doença mental. O diagnóstico em psiquiatria é de natureza completamente diferente do de outras especialidades médicas nas quais perturbações assintomáticas ou acidentais são frequentemente descobertas, como acontece, por exemplo, aquando da descoberta de um tumor maligno num exame de rotina da próstata. Ora, usar um marcador biológico para definir uma doença mental significaria que desejaríamos aceitar a definição baseada numa anormalidade acidental encontrada, por exemplo, numa neuroimagem, mesmo que o sujeito nunca tivesse manifestado quaisquer sintomas. Dito de modo simples, será lógico definir uma pessoa equilibrada como sendo depressiva baseando-se apenas numa anomalia do seu funcionamento cerebral? É verdade que poderemos criar novas categorias diagnósticas baseadas nos achados cerebrais, mas estas categorias deixarão de estar ligadas aos conceitos de mental e, por isso, não podem ser consideradas doenças mentais.

É certo que algumas autoridades mundiais da psiquiatria afirmam precisamente o contrário. É o caso de Andreasen que refere “*a psiquiatria agora reconhece que as doenças mentais graves são doenças no mesmo sentido que o cancro ou a hipertensão arterial o são. As doenças mentais são doenças que afectam o cérebro que é um órgão do corpo tal como o coração ou o estômago. As pessoas que sofrem de doenças mentais sofrem de um cérebro doente ou lesado e não de falta de vontade, de mau carácter ou deficiente desenvolvimento*” (Andreasen, 1984).

Este discurso revela uma confusão criada pela necessidade legítima de ultrapassar o dualismo cartesiano entre a mente e o espírito, confusão que leva a considerar as doenças da mente como doenças do cérebro. Essa confusão reside no facto de os modelos biomédicos não considerarem que os aspectos psicológicos e sociais são, como os estados biológicos, também eles estados materiais, representando apenas modos discursivos diferentes para abordagem da organização da mente. Assim como a realidade física não pode ser explicada senão em parte pela física, requerendo uma clarificação da química, também a biologia não pode completamente explicar a mente e requer o discurso social e psicológico.

Mas uma outra consequência desta confusão biologizante é atribuir primazia absoluta aos factores biológicos para a definição de doença mental. Dicotomizar os sintomas mentais em “doença” e “não doença” não significa que os factores não biológicos sejam menos importantes do que os biológicos ou que a biologia tenha uma superioridade explicativa sobre outras formas de compreensão da mente e dos seus problemas. Pelo contrário, significa uma falha grave sobre a compreensão da natureza dos sintomas mentais. Ora, dado que este tipo de sintomas envolvem comportamentos e comunicações verbais isto é, compreensões culturais, as doenças psiquiátricas nunca poderão ser transmutadas para entidades anatómicas ou fisiológicas do mesmo modo que as doenças físicas o são.

Ou seja, a psicopatologia não pode ser nunca dissociada do contexto social. Ora, essa não dissociação ou não descontextualização não está assegurada pelos modelos psicopatológicos



de cunho essencialmente biológico. Exemplifiquemos. Um tipo frequente de descontextualização ocorre quando os concomitantes sociais de uma doença são atribuídos aos dados subjacentes dessa mesma doença, como é o caso das pessoas sem-abrigo com esquizofrenia, nas quais a qualidade de sem-abrigo é primariamente atribuída à sua desorganização mental e não à falta de residências disponíveis ou a baixos rendimentos (Cohen e Thompson, 1992).

É a natureza mais profunda do comportamento que está em jogo. Está bem documentada, actualmente, a influência dos factores ambientais e sociais no funcionamento neuronal, nas conexões sinápticas, na transcrição genética, no tamanho ventricular e nos neurotransmissores. Por isso, teremos de nos interrogar sobre o modo como os estilos de vida das pessoas influencia a sua exposição ao neurodesenvolvimento, ao cérebro ou aos factores de risco stressantes? Sem compreender o contexto que leva ao risco, a responsabilidade para aliviar esse risco fica apenas no domínio individual e nada é feito para alterar os factores mais fundamentais que colocam as pessoas em risco dos riscos (Link e Phelan, 1995).

Por isso, torna-se necessário complementar ou corrigir os postulados do paradigma biológico da psiquiatria utilizando variáveis sociais mais sofisticadas e mais subtis, situando a investigação num contexto social, desenvolvendo novos pontos de partida que desafiem os nossos modos habituais de pensar a psicopatologia, usando abordagens qualitativas, tentando avaliar a experiência quotidiana, considerando a saúde mental positivamente, examinando a prevenção a partir da perspectiva das causas sociais fundamentais e reconhecendo, de modo mais explícito, o papel dos valores na investigação e na prática clínica.

Esta exigência é tão mais premente quanto só agora a psiquiatria transcultural começa a ganhar alguma proeminência, tendo recebido alguma atenção no DSM-IV, muito embora ainda se trate de uma forma muito incipiente de inquirir rigorosamente as dimensões sociais desta disciplina. Eis como perspectivado o desafio que nos tempos actuais é lançado à nossa especialidade médica. Sendo certo que a recente e legítima preocupação de a psiquiatria em ganhar legitimidade biológica constitui uma adaptação à evolução da sofisticação tecnológica e da revolução modélica advinda dos novos modelos genéticos do comportamento, também é certo que essa preocupação não está isenta de riscos. Não só no domínio estrito das diferentes especialidades médicas, mas sobretudo no domínio da clínica, deixando para trás uma visão humana e de conjunto do doente, a qual ainda continua a ser o *Santo Graal* da nossa abordagem.

Por isso, parece-me que a prevenção desses riscos passará por um treino mais aprofundado não só na perspectiva clínica da “profissão na sua totalidade”, mas também na natureza e na história dos postulados filosóficos e sociais que a sustentam. Não quero com isto dizer que devemos retroceder ou sequer diminuir o investimento nos adquiridos e nas pesquisas mais recentes da psiquiatria no domínio da sustentação cerebral de muitas entidades clínicas, mas que ao mesmo tempo se deve manter um respeito saudável pelo grande privilégio, sustentado pela sociedade, que reside no facto de a psiquiatria se poder pronunciar sobre certos modos da experiência e do comportamento serem ou não “doenças”.

Sendo assim, ao enfatizar os requisitos profissionais para os futuros psiquiatras, devemos fazê-lo, simultaneamente, no sentido da aquisição de um maior conhecimento da estrutura e do funcionamento do cérebro e no sentido de um melhor conhecimento das profundas interacções entre os factores de natureza social e psicológica com essa subestrutura biológica.

Não nos podemos esquecer que a psiquiatria é o único domínio dentro da medicina académica que analisa a interacção entre os determinantes psicossociais e biológicos do comportamento. Daí que os únicos profissionais que poderão apresentar uma compreensão alargada, simultaneamente biológica e psicossocial dos determinantes do comportamento humano sejam os psiquiatras.





Referências

Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia Geral* (trad. de Samuel Penna Reis). São Paulo: Atheneu.

Andreasen, N. (1984). *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. New York: Harper & Row.

Cohen, C. e Thompson, K. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry*, 149:816-823.

Link, A. e Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(special issue):80-94.

João Marques-Teixeira