

Departamento de Sociologia

**A prescrição de antidepressivos e calmantes: um estudo de caso sobre
ideologias terapêuticas na prática clínica de Médicos de Família e
Psiquiatras**

Joana Isabel Rocha Zózimo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Sociologia da Saúde e da Doença

Orientadora:
Doutora Noémia da Glória Mendes Lopes, Professora Associada,
Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas Moniz

Novembro, 2011

“Le discours de la santé est donc le lieu par lequel transigent les exigences sociales.”

(St-Hilaire, 2009:8)

Agradecimentos

Chega o momento de agradecer e com ele as inseguranças naturais quanto à medição das palavras com que naturalmente pretendo retribuir os contributos, de tantos, para a realização desta dissertação. Deste modo inicio, arriscando-me, claro está, a qualquer falha ou omissão. No fundo, continuando o processo de aprendizagem e de descoberta que iniciei no momento em que ingressei neste curso de Mestrado.

Devo agradecer em primeiro lugar à minha orientadora, a Professora Doutora Noémia Mendes Lopes, não apenas porque tradicionalmente se começa por agradecer aos orientadores, mas sobretudo porque a sua orientação técnica e científica foi ao mesmo tempo atenta, paciente, conhecedora da realidade que eu procurava conhecer, mas igualmente ampla para que eu pudesse percorrer o meu próprio caminho, cometendo os meus erros e encontrando assim a minha própria *tese*. Assim, sem as suas direcções e sem as reflexões que fizemos em conjunto, este (longo) percurso não teria sido possível.

Em segundo lugar quero agradecer a todos os professores da 1ª edição do Mestrado de Sociologia da Saúde e da Doença do ISCTE, em especial à sua (e em muitos momentos nossa) mentora, a Professora Doutora Graça Carapinheiro, pela motivação e entusiasmo continuados que imprimem à Sociologia em geral, e à área da Saúde em particular.

Um agradecimento muito especial para a Ana Moscoso e para a Nídia Zózimo, pela ajuda incansável, e a todos – em especial os meus entrevistados - que com a sua disponibilidade me permitiram completar o meu trabalho de campo. Obrigada aos meus colegas do SOCIUS-ISEG e do CIES-ISCTE pelo debate, pelas sugestões e pelo auxílio.

Estaria a ser injusta se não referisse que a minha família e os meus amigos são a força motriz da minha vida, tanto pessoal quanto profissional, sendo neles que muitas vezes encontrei a paz, a curiosidade e a energia para continuar este e tantos outros percursos. É o momento então de escrever, como digo tantas vezes, o quanto reconheço o carinho de todos eles. Obrigada mãe pela força inspiradora, pelos debates informados, ricos, e nem sempre em acordo com a minha perspectiva sobre o *meu* objecto de estudo. Obrigada pai pela constante relativização do mundo e das suas dificuldades. Obrigada aos dois pelos exemplos que são e por me terem ensinado a ver o mundo de forma interessada e livre. Obrigada avó Zézinha e avó Felismina pelo amor e pela singularidade. Obrigada Fernando pelos ensinamentos de rigor e de estratégia, e pelo afecto. Obrigada Catarina e Cisco pelo exemplo; Inês e Hugo pela diferença, Pedro pelo afecto e coragem; Sassi, Sandra e Luís pela jovialidade. Obrigada Rita e Gabi pelo futuro que prometem.

Obrigada Inês e Tânia, pela enorme amizade e o constante e firme apoio. Obrigada Mário, Rodrigo e Diogo pela confiança e a boa insolência. Obrigada Mariana pela companhia e pelo muito frequente pragmatismo. Obrigada Lara, não só pela ajuda na revisão do texto final, mas sobretudo pela tranquilidade e enorme capacidade de escuta. Obrigada Tiago, pelos úteis contributos para a minha reflexão teórica e analítica, e pela amizade que desenvolvemos ao longo destes anos. Obrigada Carmen e Leonor, pela cumplicidade e pela entejuda de longa data. Obrigada Cláudio também pela amizade, pelas discussões acesas e estimulantes. Obrigada André e Dani pelo interesse e constante atenção. Obrigada Rodrigo pela amizade, pela confiança e pela música. Obrigada Patrícia pela eterna partilha.

Obrigada, enfim, a todos que directa ou indirectamente, pela positiva ou pela negativa, contribuíram para este processo de aprendizagem, para este caminho de crescimento.

Resumo

A depressão é apontada como uma das principais causas de adoecimento nas sociedades ocidentais, prevendo-se que, em 2020, constitua a principal causa de morbidade nos países desenvolvidos. O aumento da incidência desta patologia é acompanhado pela larga prescrição de psicofármacos em todo o mundo, sendo que em Portugal foram o 2º subgrupo farmacoterapêutico com maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2009. Levantam-se então questões prementes em termos de saúde pública, da prestação de cuidados de saúde e da sustentabilidade do SNS.

Assim, realizou-se um estudo de caso, com recurso a entrevistas em profundidade, da prescrição de antidepressivos e calmantes na prática clínica de médicos de família e psiquiatras, especialidades que assistem este tipo de condições e de cujos discursos emergirá uma narrativa social sobre o modo como as sociedades contemporâneas gerem o sofrimento mental comum e sobre o lugar que os médicos ocupam neste processo de gestão.

É a nossa tese de que estaremos perante uma expansão do fenómeno da medicalização às dimensões psicológicas do indivíduo, através da farmacologização de situações de sofrimento mental que antes não constituíam objecto de gestão médica - como a tristeza ou o nervosismo. Esta psicommedicalização do indivíduo prender-se-á com a manutenção de ideologias terapêuticas centradas na biologização e normalização do comportamento individual, culminando no desenvolvimento da farmacologia como principal meio de gestão e tratamento da doença. Esta matriz cultural coloca igualmente um grande enfoque na prevenção e controle da doença, o que legitimará a medicalização e farmacologização destas situações “de fronteira” sob pena de que evoluam para estados verdadeiramente patológicos, e justificando o papel emergente dos médicos de família na manutenção da saúde mental e a incrementação do papel tradicional dos psiquiatras enquanto especialistas dedicados à doença mental.

Palavras-chave: psicofármacos, psicommedicalização, psicofarmacologização, depressão, ansiedade, ideologias médicas, ideologias terapêuticas, médicos de família, psiquiatras

Abstract

Depression is one of the major causes of illness in western societies and it is expected that, by the year 2020, it will be the leading cause of disease in the developed world.

The growth of depression rates has been followed by the widespread prescription of psychopharmacs, at a global scale, while in Portugal they represented in 2009 the 2nd pharmaceutical drug type with greater burden for the National Health Service (NHS) in terms of expenditure. These facts raise important issues regarding public health, the health care delivery system, and the sustainability of the NHS.

Therefore, we have designed a case study, using in-depth-interviews, on the prescription of antidepressants and tranquilizers in the medical practice of general practitioners and psychiatrists, the medical specialties that attend to this type of conditions. We thus sustain that we can find, in their discourses, a social narrative of how contemporary societies manage mental suffering as well as the role of doctors in that process.

It is our thesis that we are looking at the expansion of the medicalization process to the psychological dimensions of the individual, made possible through the pharmaceuticalization of issues of mental suffering that were not previously not subject to medical intervention, such as sadness or stress. As a consequence, this psycomedicalization of the common citizen would be connected to the therapeutical ideologies of biologization and normalization of the individual behaviour, which which has led to the assumption of pharmacotherapy as the prevailing strategy of managing and treating these diseases. This cultural pattern also favours the prevention and control of diseases, allowing therefore the medicalization and pharmaceuticalization of these *uncertain* conditions to prevent them from worsening. This justifies the emerging role of general practitioners in maintaining mental health, and the social reproduction of the traditional role of psychiatrists in managing mental illness.

Keywords: psychopharmacs, psycomedicalization, psychopharmaceuticalization, depression, anxiety, medical ideologies, therapeutical ideologies, General Practitioners, Psychiatrists

Índice

Agradecimentos

<i>Introdução</i>	1
1. Enquadramento teórico	3
1.1 <i>Do objecto e da sua problemática</i>	3
1.2 <i>Farmacologização e psicofarmacologização</i>	4
1.3 <i>Psiquiatria, Medicina Geral e Familiar e a expansão da psicomédicalização</i>	11
2. Modelo de análise e metodologia	16
2.1. <i>Das dimensões de análise e das hipóteses de investigação</i>	16
2.2. <i>A amostra e as técnicas de recolha e tratamento da informação</i>	18
3. Análise e interpretação dos dados	22
3.1. <i>Perfil do doente: da padronização à individualização discursiva</i>	22
3.2. <i>Etiologia da doença e sintomas de diagnóstico: as formas de psicomédicalização</i>	27
3.3. <i>Ideologias terapêuticas quanto à prescrição de antidepressivos e calmantes: as formas de psicofarmacologização</i>	34
3.4. <i>Percepções recíprocas quanto à divisão do trabalho médico entre Médicos de Família e Médicos Psiquiatras na gestão da saúde mental</i>	42
Conclusões	49
Bibliografia e fontes de informação empírica	53
Anexos	58
<i>Anexo A – Caracterização sociodemográfica da população entrevistada</i>	59
<i>Anexo B – Guião da Entrevista</i>	61
<i>Anexo C – Grelha de análise de conteúdo</i>	63
Curriculum Vitae	64

Introdução

A presente dissertação inscreve-se no quadro teórico da Sociologia da Saúde e da Doença, procurando mobilizar a reflexão feita nesta área sobre os aspectos da medicalização e da farmacologização da vida quotidiana, de modo a compreender quais as ideologias médicas que assistem à prescrição de medicamentos antidepressivos e calmantes. Tendo em conta a reestruturação em curso, no nosso país, a respeito dos serviços de saúde mental, esta poderia ser abordada de uma perspectiva sistémica quanto aos impactos da prescrição alargada destes medicamentos, e os custos a ela associados, na sustentabilidade de um sistema público de prestação de cuidados de saúde. Poderia ainda ser abordada pelo lado das expectativas que os pacientes constroem no que toca ao consumo de medicamentos e de que modo interpretam esta experiência terapêutica. No entanto, dado a posição de charneira dos médicos, enquanto agentes da prescrição destes medicamentos, e a inexistência de um estudo semelhante em Portugal, optou-se por analisar as lógicas inerentes à sua prática clínica, através dos discursos por estes produzidos sobre as suas práticas de prescrição.

Este projecto de investigação surge assim de um questionamento sobre as razões sociológicas subjacentes à prescrição alargada de medicamentos psicotrópicos, especialmente de anti-depressivos e de calmantes.

As estatísticas oficiais mais recentes conferem particular expressividade a este fenómeno. Segundo o Infarmed, nas Estatísticas do Medicamento de 2009, 21,51% dos encargos do Serviço Nacional de Saúde foram com medicamentos para o Sistema Nervoso Central, dos quais o subgrupo farmacoterapêutico mais vendido foi o dos Psicofármacos. Estes constituem ainda o 2º subgrupo farmacoterapêutico com mais embalagens vendidas, logo a seguir aos Anti-Hipertensores (310.117.953 euros, e 22.081.505 embalagens), com 18.912.810 embalagens vendidas em 2009 e um gasto correspondente a 202.756.030 euros. Nas estatísticas por substância activa, de entre as 100 substâncias com maior número de embalagens vendidas, a 4ª é o Alprazolam, benzodiazepina vulgarmente conhecida como Xanax; em 9º, 17º e 21º lugares encontram-se mais três benzodiazepinas (Lorazepam, Bromazepam e Diazepam¹ respectivamente); em 23º aparece ainda o Zolpidem, comprimido para dormir, ainda que seja um hipnótico não benzodiazepínico; e em 41º a Fluoxetina, o muito conhecido antidepressivo Prozac.

¹ Mais conhecida pelo seu nome comercial: Valium.

Esta tendência parece ter algum eco em termos mundiais, embora seja difícil encontrar dados estatísticos tão detalhados como os do Infarmed, tanto a nível europeu como a nível mundial. Segundo o estudo encomendado pela Comissão Europeia, *Competitiveness of the EU Market and Industry for Pharmaceuticals*², os medicamentos para o Sistema Nervoso estiveram entre os 3 grupos farmacoterapêuticos (em conjunto com os Cardiovasculares e para o Aparelho digestivo) com os quais os Estados gastaram mais dinheiro no ano de 2008, sendo o grupo farmacoterapêutico com maior despesa nos EUA, o segundo maior na Europa, e o quarto em África, na Ásia e Australásia³ (regiões apresentadas em conjunto) onde os medicamentos anti-infecciosos têm maior expressão. Embora não seja possível aceder a estatísticas agregadas em função dos subgrupos farmacoterapêutico de modo a compreender o peso dos Psicofármacos no conjunto desta despesa, ou no número de embalagens dispensadas - melhor indicador da quantidade de medicamentos dispensados uma vez que os encargos financeiros estão directamente relacionados com o preço de cada embalagem, não deixa de poder ser notado o encargo que este grupo farmacoterapêutico assume nos Sistemas de Saúde um pouco por todo o mundo, de resto como já foi amplamente documentado (Collin, 2006; Rose 2007).

Analisando o Livro Verde da Saúde Mental, produzido em 2005 pela Comissão Europeia, percebe-se a importância que as doenças mentais vão assumindo no panorama epidemiológico europeu. Estima-se que mais de 27% dos europeus adultos experienciem pelo menos uma forma de doença mental em alguma fase da sua vida, e que as formas mais comuns de doença mental na UE são os síndromes ansiosos e a depressão. Prevê-se ainda que no ano 2020, a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos, sendo que actualmente, ocorrem cerca de 58.000 suicídios/ano na União Europeia, o que ultrapassa o número anual de vítimas mortais de acidentes de viação, homicídio ou HIV/SIDA.

Neste sentido, justifica-se questionar o consumo de psicofármacos, nomeadamente aqueles que são mais prescritos, os ansiolíticos ou benzodiazepinas e os antidepressivos – centrando esse questionamento exactamente no acto da prescrição dos mesmos, compreendendo o papel preponderante que os médicos assumem nesse processo. É possível

² Relatório final 2009, vol. II, pág. 55, quadro 3.5, é utilizado o sistema de classificação da OMS (ATC - Anatomical Therapeutic Chemical)

³ Termo utilizado no relatório, em questão, para designar a região que inclui a Austrália, a Nova Zelândia, a Nova Guiné e algumas ilhas menores da parte oriental da Indonésia. Não sendo consensual, outra designação comumente utilizada é Oceânia.

encontrar uma vasta literatura sobre os consumidores destes psicofármacos, mas pouca reflexão sociológica foi feita sobre o papel dos actores sociais que prescrevem estes medicamentos – os médicos. Evidentemente que a *medicalização* e a *farmacologização* são conceitos amplamente discutidos na literatura sociológica, no entanto, embora existam alguns trabalhos na área dos estudos do género sobre as ideologias médicas que subjazem à maior prescrição destes medicamentos às mulheres, é ainda raro encontrar estudos que centrem o seu objecto teórico nas ideologias terapêuticas que assistem à prescrição de antidepressivos e calmantes. Porque são prescritos? Viveremos numa sociedade psiquicamente doente? Serão todos os *consumidores destes medicamentos* doentes mentais de facto, ou estarão as experiências de tristeza e de *stress* a ser largamente patologizadas de tal modo que o tratamento do sofrimento mental, tradicionalmente subordinado a uma especialidade médica, parece ter saído para o domínio público, tornando-se uma das grandes preocupações e um dos grandes encargos em termos de Saúde Pública?

O objectivo deste trabalho de investigação é então perceber a prescrição de medicamentos antidepressivos e calmantes na prática clínica de médicos psiquiatras e médicos de família, uma vez que é no trabalho destas especialidades que tais classes de medicamentos assumem maior importância. No fundo trata-se de compreender quais as ideologias médicas que poderão explicar o aumento no consumo destes medicamentos, se considerarmos que as razões que levam um médico a prescrever uma qualquer terapia poderão não se prender somente com a apresentação de sintomas ou queixas por parte dos pacientes, mas também com as ideologias que subjazem ao modo de gerir estes sintomas.

Este trabalho divide-se em duas partes, uma teórica e outra empírica: na primeira parte, inclui-se um primeiro capítulo de problematização e referenciação teóricas, onde se delimitam as bases teóricas mobilizadas para compreender este fenómeno; um segundo capítulo onde são apresentadas as nossas opções metodológicas e o modelo de análise proposto para reflectir esta realidade. Na segunda parte, composta pelo terceiro capítulo, analisam-se e interpretam-se os dados recolhidos, finalizando-se com as principais conclusões e sugestões para futuras investigações. Seguem-se posteriormente as referências bibliográficas e os anexos.

1. Enquadramento teórico

1.1. Do objecto e da sua problemática

O objecto empírico a que se refere esta dissertação é a prescrição de antidepressivos e calmantes na prática clínica de médicos de família e psiquiatras. Este objecto remete

teoricamente para as ideologias terapêuticas que suportam esta prescrição, no sentido de compreender o efeito da medicalização das dimensões psicológicas do sujeito no aumento da prescrição de medicamentos antidepressivos e calmantes. É nosso fim estudá-lo pela perspectiva dos médicos, assumindo-o como um processo característico das sociedades contemporâneas industrializadas em que o regime médico assume especial relevância. Deste modo, pretendemos reflectir sobre as ideologias terapêuticas que dão significado à prescrição de medicamentos antidepressivos e calmantes por parte dos médicos, especialmente no que toca à crença na terapêutica medicamentosa enquanto modo de solucionar este tipo de situações, no quadro de uma leitura biomédica.

É assim que se pretende apreender as consequências da expansão desta medicalização nas práticas profissionais das duas especialidades com maior proeminência nesta prescrição - médicos psiquiatras e médicos de família - e nas distinções que os seus diferentes objectivos de prescrição constituem no tipo de trabalho médico que fazem.

Para tal importa conhecer os perfis de prescrição de médicos de clínica geral e familiar e médicos psiquiatras, quanto às diferentes utilidades que atribuem a estes medicamentos, aos tipos de situações patológicas a que se referem, e ao tipo de pacientes que consultam; perceber como os médicos contornam a incerteza do diagnóstico do sofrimento mental e como os medicamentos podem intervir como modo de normalização da própria doença; e como a divisão do trabalho médico no domínio da depressão e da ansiedade poderá consistir na atribuição aos médicos de família da responsabilidade de tratamento das “doenças psiquiátricas menos graves”, e na manutenção da responsabilidade dos médicos psiquiatras pela gestão das “doenças psiquiátricas mais graves”. Nesta divisão do trabalho poder-se-á assistir, por conseguinte, à delegação aos médicos de família daquilo que são consideradas dimensões de *melhoria* de um sujeito quanto a dimensões psicológicas mais “fracas”, e à manutenção do poder do psiquiatra sobre a “doença psiquiátrica” propriamente dita.

1.2. Farmacologização e psicofarmacologização

O conceito de *farmacologização* pode ser definido não só como o processo através do qual diversos aspectos da condição humana são reconduzidos em condições que podem ser tratadas ou melhoradas farmacologicamente (Williams *et al.*, 2008), mas também como o estabelecimento da necessidade de as tratar farmacologicamente, isto é “the process by which social, behavioural or bodily conditions are treated or deemed to be in need of treatment, with medical drugs by doctors or patients.” (Abraham, 2010: 604).

Dentro da Sociologia da Saúde, inscreve-se este processo de farmacologização noutra processo mais abrangente de medicalização das sociedades contemporâneas, uma vez que historicamente *é através da expansão da medicalização que se dissemina o medicamento, dando lugar à farmacologização* (Lopes, 2010: 22). No entanto, assiste-se contemporaneamente ao surgimento de novas dimensões da saúde, em que a farmacologização permite e precede a expansão da medicalização, propondo novos *produtos* que não correspondem ainda a nenhuma denominação médica ou não estão ainda inscritos nas dinâmicas da medicalização (Conrad, 2007, discutido por Lopes, 2010: 22), como foi o caso da medicação para a hormona do crescimento e para a hiperactividade, condições que há alguns anos atrás não estavam, como actualmente, sob alçada da Medicina. Esta constatação reflecte a importância que o medicamento adquiriu, tornando-se num ícone da modernidade terapêutica (Lopes, 2010: 20) e revolucionando o âmbito de acção da medicina e a eficiência da mesma,

o medicamento e a progressiva adesão social de que rapidamente se tornou alvo constituem e simbolizam a confiança formal na ciência, ao mesmo tempo que expressam a sedimentação, no plano das representações sociais e do discurso dominante, de um corte com as soluções terapêuticas do passado. (Lopes, 2010: 21)

Uma das faces mais visíveis da farmacologização das nossas sociedades, é o aumento da prescrição e do consumo de psicofármacos, documentado por diversos autores desde a Sociologia até à própria Medicina (Anthierens *et al*, 2007; Bendtsen *et al*, 1999; Álvarez *et al*, 2002; Ferrazza *et al*, 2010, Nordon e Hübner, 2009). É neste sentido que se poderá falar numa psicofarmacologização das sociedades contemporâneas como uma vertente da anteriormente descrita farmacologização, e como modo de exprimir a importância que os psicofármacos têm assumido como modo de tratamento do sofrimento mental. Campos (2008: 129) utiliza este conceito no sentido de que “(...) diante da crescente psicofarmacologização das queixas e improdutividades dos sujeitos na atualidade, torna-se complicado pensar que o saber psiquiátrico não mantém o seu status de soberania dentro da saúde mental.”, assumindo também que se assiste a um avanço da medicina sobre novas formas de sofrimento.

Deste modo, é objectivo deste trabalho compreender o modo como as noções de *medicalização da sociedade* (Zola, 1975; DeSwann, 1990; Conrad, 2007), definida como os processos através dos quais aspectos da vida que antes não se encontravam sob a jurisdição da medicina acabam por ser constituídos e geridos como problemas médicos (Clarke *et al.*, 2003: 161), e de *farmacologização da sociedade* (Lopes 2003, Abraham 2010, Williams *et al*, 2008)

se conjugam no domínio da prescrição de antidepressivos e calmantes, mais concretamente na prática clínica de médicos das especialidades que mais os prescrevem – a psiquiatria e a medicina geral e familiar. Deste modo, encaramos a prescrição de antidepressivos e calmantes como uma forma de incrementação do poder médico e portanto de reprodução de um processo mais amplo de medicalização das sociedades ocidentais industrializadas.

Estes conceitos consistem numa importante ferramenta de análise das sociedades contemporâneas, industrializadas e ocidentais, não só quanto ao papel da Medicina, como agência privilegiada de definição e tratamento da doença, mas também no que concerne à importância que os peritos e a ciência assumem na criação de narrativas sobre o nosso mundo, substituindo em áreas fundamentais da vida moderna, as agências de socialização e de controlo social tradicionais, como a família, o trabalho, ou a igreja (Otero, 2006: 73).

A psicofarmacologização é assim encarada como o incremento da importância do medicamento enquanto meio de tratamento do sofrimento psicológico, tal como encaramos a psicomedicalização como uma extensão da importância médica na explicação e gestão desse mesmo sofrimento. Assim, pretendemos dar significado ao papel que os medicamentos adquiriram no trabalho médico, mas também nas representações sociais dos pacientes que tratam. Este processo de constituição dos problemas psicológicos enquanto matéria médica reflecte-se assim no imaginário cultural, levando o indivíduo comum a incluir essas categorias médicas no modo como encara o seu sofrimento psicológico, assim como a constituição do psicofármaco como instrumento de pacificação desse sofrimento se reflecte no direito, incorporado pelos pacientes, ao tratamento farmacológico. Consequentemente, os processos de psicomedicalização e de psicofarmacologização reconhecem-se igualmente numa pressão para a prescrição exercida pelos utentes sobre os médicos. Florescem, deste modo, vertentes da psicofarmacologização através do consumo leigo destes medicamentos, e da psicomedicalização no aumento do recurso aos médicos com o objectivo de estes controlarem e orientarem a resolução de dificuldades psicossociais. Estas novas vertentes consubstanciam-se tanto em grupos de pressão formados por pacientes, engendrados numa lógica de *lobby* (Clamote, 2010), com o objectivo de ter acesso a determinados tratamentos, como na pressão exercida pelas indústrias farmacêuticas sobre os médicos (Conrad, 2007), e dos meios de comunicação sobre as opções políticas no âmbito da saúde, nomeadamente na despesa com os medicamentos.

Williams *et al.* descrevem então como a farmacologização da vida quotidiana se domesticou e entrou no quotidiano do actor social comum, “(...) as pharmaceuticals come to be seen by consumers as ‘magic bullets’ for a range of everyday daily life problems.” (2008:

816), transformando-o assim não só num consumidor de cuidados médicos tradicionais, mas também num consumidor de fármacos. É também desta forma que se explica que a farmacologização seja além de um processo característico da instituição médica, um processo que extravasou esse domínio e que traduz “[the] widespread use and uptake of pharmaceuticals for diverse purposes which extend far beyond the realms of medicine or the strictly medical.” (Williams *et al.*, 2008: 816).

Os primeiros psicofármacos, surgidos nos anos ’50 do século XX, constituíram uma revolução no tratamento das doenças mentais e permitiram igualmente o estabelecimento da Psiquiatria como uma especialidade médica, com uma prática clínica orientada para doenças cuja base era bioquímica e, por tal, controláveis bioquimicamente. Foram em grande medida estes fármacos que permitiram à Psiquiatria libertar-se da tradição psicoterapêutica que dominara o pensamento e as intervenções psiquiátricas nos primeiros 50 anos do século XX, e centrar-se na biologia da doença e na procura dos factores neurológicos que se escondem por detrás dos sintomas psiquiátricos.

No entanto, também para a compreensão do fenómeno de psicofarmacologização é essencial explorar a prévia influência das intervenções psicológicas no estabelecimento da concepção do Homem como um indivíduo-sujeito, autor das suas acções e com um mundo psicológico particular (St-Hilaire, 2009; Collin *et al.*, 2006; Rose, 2007). Esta escola de pensamento sobre a saúde mental, cuja figura central foi Freud, centrava-se no paciente e na procura do sentido dos sintomas psiquiátricos, acreditando que estes eram, mais do que sintomas, a única forma do doente comunicar. Deste modo, é com o contributo das teorias psicológicas que se opera uma demarcação cientificamente legitimada daqueles que são os comportamentos normais e anormais do indivíduo e que, segundo Foucault (discutido por St-Hilaire, 2009: 5), o poder disciplinário se inscreve na própria psique do mesmo.

Este indivíduo normal, é um “sujeito-função” (St-Hilaire, 2009) que se designa na primeira pessoa do singular, um “eu” singular “(...) auteur de ses propres actions, de ses pensées, de son langage, capable de faire des choix en regard de son existence (...)” (St-Hilaire, 2009: 5). Operamos então com a ideia de um indivíduo racional, sujeito reflexivo e *normativamente* consciente das implicações de um comportamento não adequado. Este processo de *psicologização* do sujeito (Rose 2007, Collin *et al.* 2006) permite a medicalização desse mesmo domínio psicológico, no desenvolvimento de intervenções técnicas cujo objectivo profissional é agir sobre indivíduos psicologicamente *anormais* para os moldar e reconduzir à normalidade. Mobiliza-se uma *linguagem da ansiedade, da depressão, do trauma, da introversão e da extroversão* (Rose, 2007: 188) que aponta para os diversos

problemas que podem interferir na vivência de uma identidade psicológica normal e para os quais as diversas intervenções “psi” (psicologia, psicoterapia, psiquiatria) procuram uma resolução eficaz, encontrando-a finalmente nos psicofármacos.

De facto, até aos meados do século XX, as ferramentas médicas de que os médicos psiquiatras dispunham para tratar e minimizar o sofrimento dos “alienados” eram praticamente inexistentes, conduziam a melhorias tímidas e muitas vezes tinham resultados incapacitantes para os pacientes (como a Terapia Electroconvulsiva ou a cirurgia psiquiátrica). Daí que a descoberta da clorpromazina⁴ em 1950, a primeira molécula com efeitos antipsicóticos, seja assinalada como o primeiro grande avanço na assistência psiquiátrica, pois consistia um tratamento menos agressivo para o paciente e permitiu uma melhoria considerável no prognóstico da doença.

Esta revolução no tratamento operou uma revolução ideológica dentro da Psiquiatria, dando lugar a uma viragem de perspectiva quanto aos seus pacientes, indivíduos que são vistos agora como *neurochemical selves* (Rose, 2007), indivíduos somáticos, cujos pensamentos, desejos, emoções e comportamentos são influenciados e até comandados pela sua biologia/neurologia, isto é, como “(...) people who increasingly come to understand ourselves, speak about ourselves, and act upon ourselves – and others – as beings shaped by our biology.” (Rose, 2007: 188)

Esta tendência para identificar o cérebro, ou seja o corpo, como o lugar da psique não se circunscreve à Psiquiatria, mas constitui, na perspectiva de Foucault (2007), de Rose (2007), e de St-Hilaire (2009), uma forma institucionalizada e historicamente situada de relação do indivíduo consigo mesmo. Extravasando as fronteiras do Regime Médico (ou reproduzindo os seus desígnios), aprendemos a ver-nos como individualidades situadas num corpo que deve ser controlado e vigiado, sob pena de adoecermos, incorporando assim um poder autoritário que, segundo Foucault consiste na conquista total e exaustiva do corpo, “C’est une prise du corps e non pas du produit [le travail] et c’est une prise du temps dans sa totalité et non pas du service [le temps du travail].” (Foucault, 2003: 48, citado por St-Hilaire, 2009: 5).

O indivíduo psicologizado é assim um indivíduo normalizado e normalizável que incorpora a necessidade de ser física e psicologicamente normal, servindo-se da Medicina e, neste caso, da Psiquiatria e dos psicofármacos como meio de normalização e tratamento, uma vez que foram estes os recursos que o seu meio social, historicamente situado, lhe proporcionou. Por conseguinte, a psicofarmacologização torna-se numa extensão das formas

⁴ Nome comercial, em Portugal: Largactil.

de controlo do desvio social, naquilo que é a patologização de aspectos depressivos e ansiosos do comportamento do indivíduo, demonstrada pela prática de o medicar com moléculas químicas que actuem no centro da sua mente e personalidade: o seu cérebro. Deste modo, permite-se à Medicina restabelecer uma noção de verdade relacionada com a necessidade de normalização,

l'histoire des disciplines «psy» (...) c'est l'histoire d'une manière de réguler les autres et soi-même à la lumière d'un certain régime de vérité. Les disciplines «psy», donc, seraient liées de près à la «gouvernementalité» telle que l'entend par Foucault, c'est-à-dire les stratégies et les tactiques pour conduire la conduite (St-Hilaire, 2009: 6)

Vários autores (Collin *et al.*, 2006; St-Hilaire, 2009; Rose, 2007; Ferrazza *et al.*, 2010, DeSwann, 1990) referem a função de controlo social da Medicina e, especialmente da Psiquiatria, a especialidade médica que mais claramente tem como objectivo o controlo do comportamento dos indivíduos, uma vez que o tipo de diagnóstico que faz é baseado em sintomas que se manifestam no comportamento dos pacientes e nas relações sociais patológicas que estabelecem. A Psiquiatria torna-se veículo desse mesmo discurso médico e, tendo em conta a relação já documentada entre a Medicina e as estruturas sociais (ver Zola, 1975; Carapinheiro, 1986; DeSwann, 1990), torna-se veículo de um mandato social de normalização e manutenção das mesmas estruturas. Importa no entanto reafirmar que esta extensão da acção da Medicina a áreas da vida social que não são tradicionalmente biomédicas e que por vezes são mesmo descritas como não-médicas, decorre tanto *do potencial da medicina quanto do desejo da sociedade de que a medicina use esse potencial*. (Zola, 1975: 182). Decorre, portanto, também de necessidades culturais fundadas na crença na ciência e num poder durante muito tempo incontestado destes peritos/especialistas. A medicalização da sociedade é, por essa razão, um fenómeno estrutural das sociedades modernas, uma vez que é reproduzido tanto pelos peritos quanto pelos indivíduos sobre os quais actuam, ou pelas opções delineadas a nível político.

Já Featherstone (1993) descrevera o ambiente social em que se desenvolveram as necessidades sociais de manutenção de uma boa performatividade social e de hábitos sociais saudáveis. Mecanismos como a publicidade e a expansão do capitalismo explicam o investimento individual sobre o corpo, não apenas como uma exigência do *regime médico* (DeSwann, 1990), mas também de uma comunidade cultural, a ocidental, no seu todo. Deste modo, permitiu-se a criação de necessidades deste tipo que se tornaram o domínio da

medicina por conquista da mesma, mas também por um processo cultural mais alargado que continua a expandir-se através de uma cultura de consumo de diversos bens, incluindo os de saúde, uma vez que se baseia numa concepção do corpo “self-preservationist (...) which encourages the individual to adopt instrumental strategies to combat deterioration and decay (...) and combines it with the notion that the body is a vehicle of pleasure and self-expression.” (Featherstone, 1993: 170), ou seja oposta às experiências de tristeza e de ansiedade.

Porém, em áreas em que a incerteza médica é mais acentuada, a crença na ciência e na medicina pode ser mais facilmente posta em causa, daí que haja um esforço constante da Medicina para basear a sua prática em evidência e casuística científicas (para uma discussão mais aprofundada deste tema ver Raposo, 2010), esforço esse que ainda mais notoriamente se encontra no domínio da Psiquiatria. De facto, a incerteza do diagnóstico das doenças mentais é frequentemente sublinhada (Zola, 1975; DeSwann, 1990; Collin *et al.*, 2006; St-Hilaire, 2009) e substanciada na dificuldade de justificação do mesmo mediante marcadores biológicos. Esta crítica do diagnóstico psiquiátrico acentua o facto de este se construir em bases estatísticas e, mesmo por vezes, através da prescrição de psicofármacos com o objectivo de observar os seus efeitos sobre os sintomas descritos pelos pacientes.

Toma-se assim como objecto desta dissertação a prática clínica dos médicos e não o sentido que os consumidores dão à utilização destes medicamentos. De facto, a prescrição de psicofármacos pode ser perspectivada de várias formas, mas urge compreender quais as ideologias médicas que assistem à utilização destas opções terapêuticas. Torna-se necessário compreender também em que contornos a prescrição destas classes de medicamentos (antidepressivos e calmantes) extravasou a prática clínica de médicos psiquiatras e assumiu uma especial relevância na prática clínica de médicos de família.

De facto, um estudo efectuado no Infarmed em 2005⁵, demonstra que são os Médicos de Clínica Geral e Familiar que mais prescrevem benzodiazepinas, apresentando este facto como um caso de perigo para a saúde pública devido ao potencial aditivo desta classe de tranquilizantes e dos sintomas de privação provocados pela descontinuação do tratamento. De que modo e por que razões a prescrição deste calmante se tornou de tal forma relevante na prática clínica dos Médicos de Clínica Geral e Familiar? Poderá tratar-se de uma estratégia

⁵ Furtado, Cláudia, e Teixeira, Inês (2005), *Evolução da Utilização das Benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1999 e 2003*, Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde - Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde, Infarmed, disponível online.

profissional de valorização da sua especialização médica, ou antes da assunção de um novo papel no contexto de um novo campo de necessidades de assistência médica?

Embora não possam ser ignoradas as restrições estruturais impostas pelo Serviço Nacional de Saúde à utilização de outros tipos de intervenção não farmacológicas, assim como a possível indisponibilidade dos pacientes para as privilegiar, é do nosso interesse centrar esta investigação no discurso de médicos de família e de médicos psiquiatras, procurando demonstrar como categorias como a biologização do sofrimento mental; a tendência para a patologização/medicalização de determinadas demonstrações comportamentais que oferecem incertezas no diagnóstico; o discurso da melhoria dos pacientes em termos de uma noção de plasticidade do sujeito e portanto na veiculação de um discurso, vigente na nossa sociedade, da melhoria individual contínua, poderão provar-se determinantes na decisão de medicar um paciente com antidepressivos e calmantes. Também se considera útil compreender quais as diferenças e semelhanças que se poderão encontrar no discurso de ambas as especialidades e se no fundo concorrem as duas em termos de campo profissional, ou se existe uma demarcação de áreas de acção da sua prática clínica, como seria de esperar, tendo em conta os diferentes objectivos terapêuticos por que se orientam, estando uma tradicionalmente ligada à Saúde Pública, e a outra às especificidades da Doença Mental.

1.3. Psiquiatria, Medicina Geral e Familiar e a expansão da psicomédicalização

Sublinha-nos Otero (2006), que diferentes doenças constituem diferentes desafios para a medicina e, por conseguinte, o alargamento da prescrição de medicamentos para a mente poderá exprimir um alargamento da noção de doença mental psiquiátrica, acabando por torná-la demasiado ampla para caber apenas no “registo psiquiátrico”. Ainda o mesmo autor, referindo-se às estatísticas do medicamento canadianas (cujos resultados não estão muito distantes dos portugueses), e às estatísticas de diagnóstico de doenças, elabora sobre como a *nervosidade actual se tornou num mal comum* dando pistas para a possibilidade de estarmos a assistir a uma alteração na estrutura de distribuição do trabalho médico, uma vez que o aumento (ou a *explosão*, nas palavras do autor) da procura de saúde mental e sobretudo a sua “generalização” a aspectos não-biológicos/médicos contribuiu para que os médicos de medicina geral e familiar assumissem uma grande parte do trabalho de tratamento destas novas situações que recaem cada vez mais no âmbito da Medicina: a tristeza e a ansiedade.

Apelidando-a de “*la grande nervosité*” (Otero, 2006: 71), demonstra assim como uma das causas principais de adoecimento e de incapacidade nas sociedades contemporâneas é a depressão, tendência comum aos países industrializados do ocidente e que tem vindo

tendencialmente a agravar-se, de tal modo que vários autores se referem a uma “epidemia de problemas mentais” (Collin *et al.*, 2006; Ferrazza, 2010). Por essa razão, os médicos de clínica geral tornaram-se especialistas deste novo tipo de nervosidade, uma vez que esta se tornou um mal geral (Otero, 2006: 70), e assim os psiquiatras ocupar-se-ão das doenças mentais mais “específicas”, ou mais graves. Deste modo, ao falar-se da expansão da medicalização às dimensões psicológicas através da sua farmacologização, há que se falar também de um reposicionamento das especialidades médicas que gerem e produzem estes processos, ou seja na divisão do trabalho médico entre estas duas especialidades no que toca à gestão da medicalização e farmacologização do sofrimento mental. Deste modo, os médicos de família adquirem, como já mencionado, uma influência recente na gestão destas formas de sofrimento mais leve e mais comum através da prescrição de psicofármacos sobretudo para os síndromes depressivos e ansiosos, enquanto que os médicos psiquiatras reafirmam a sua *praxis* profissional em torno das doenças clássicas da psiquiatria como a esquizofrenia ou a perturbação maníaco-depressiva.

Outros autores, como Abraham (2010), Montagne (1992), Ferrazza (2010), afirmam que a crescente medicalização da condição humana é demonstrada pelo aumento da prescrição de antidepressivos e de calmantes, e referem como para além de esta ser uma demonstração de controlo social, será também a demonstração de uma necessidade social de busca pelo aperfeiçoamento individual e pela observação das regras de conduta *normais*. Assim, a normatividade social apresentar-se-á mascarada por uma normatividade biológica e será encarada como tal, tanto no discurso dos médicos como nas necessidades expressas pelos seus pacientes (Rose, 2010: 66):

Social norms – the norms of docility, legality, productivity, punctuality, civility and the like – were not a reflection of the normativity of a vital order and its struggle against death, but of the normativity of socio-political authorities and their attempts to maintain order and pursue their objectives of control.

Esta *nervosidade social* poderá ser representada adequadamente pela expressão de *mal de vivre*, enquanto dificuldade contemporânea de gestão dos modos de adaptação individual a uma teia social em que cada acção é escrutinada e avaliada em termos de qualidade e utilidade do próprio indivíduo. É uma hipótese analítica que, num ambiente social em que nos tornamos sujeitos reflexivos, auto-conscientes e auto-críticos e em que é veiculada a possibilidade de modelação da personalidade (à semelhança do corpo), como se de um sujeito plástico (ou seja moldável e domesticável) se tratasse, mais situações de inadaptação serão

colocadas debaixo da alçada da Medicina devido à sua capacidade técnica de operar sobre problemas pessoais com o uso de arsenais terapêuticos que controlam o nervosismo ou diminuem a tristeza provocadas pela vida quotidiana. Torna-se então, também, um desafio para a Medicina adaptar-se a estas novas necessidades contemporâneas e daí que, perante a impossibilidade da Psiquiatria de gerir todos as situações que se assumem actualmente como sofrimento mental, a Medicina Geral e Familiar se tenha constituído como a especialidade adequada para a coadjuvar, pelas suas características também generalistas e abrangentes:

Les généralistes sont devenus les spécialistes de la nouvelle «nervosité» (...) ou plutôt, la «nervosité» actuelle est devenue un mal général. Le mental échappe au seul registre psychiatrique, devenu trop étroit pour contenir l'explosion de la demande de «santé mentale» et les multiples formes de souffrance psychique, pour se loger plus aisément dans l'univers flou de la médecine générale. (Otero, 2006: 70-71)

Então, outras ferramentas analíticas deverão ser chamadas a complementar as explicações sociológicas sobre o aumento da prescrição de antidepressivos e calmantes – a da noção de *melhoria* do indivíduo e de *prevenção* da doença (Conrad 2007, e Collin 2007, discutidos por Lopes, 2010). Por um lado, o indivíduo racional descrito anteriormente, sujeito reflexivo e *normativamente* consciente das implicações de um comportamento não adequado, é igualmente socializado na necessidade e na importância de procurar a constante melhoria de si mesmo (Conrad, 2007), não obstante o facto de sofrer de uma doença ou não. Por outro, o discurso da *prevenção* (DeSwann, 1990), ao explorar as implicações e os contornos da medicalização da vida quotidiana, demonstra como a vida civilizada se molda segundo argumentos médicos ou presumivelmente médicos, mesmo em caso de não doença, tal como foi moldada pelos argumentos particulares do regime religioso, escolar ou militar, em outras épocas. Este autor, tal como Zola (1975), afirma que a extensão deste regime médico poderá ser mais abrangente porquanto mais incorporado nos costumes dos indivíduos que, enquanto *proto-patients*⁶, tendem a agir em conformidade com advertências antecipadas (“*early warnings*”) que constantemente recebemos da Medicina sobre o que é saudável e por isso “bom” (DeSwann, 1990: 60).

⁶ DeSwann (1990) utiliza o conceito de *proto-patients*, para exprimir a noção de que, nas sociedades contemporâneas, todos os indivíduos se encontram sob um regime médico, mesmo os que não estão verdadeiramente doentes. Assim, os *proto-patients* incorporam o regime médico, ainda que um mais leve do que aquele a que estão sujeitos os verdadeiros pacientes, no seu dia-a-dia moldando-o em conformidade com as categorias médicas de “saudável” e “adoecedor”. Numa lógica de prevenção, vigiam pessoalmente e levam assiduamente à consideração dos médicos potenciais sinais de doença, e encontram-se assim num limbo entre a saúde e a doença.

A influência deste regime médico observa-se na influência do discurso médico nos hábitos de higiene e de alimentação, no desenvolvimento de práticas desportivas, na preocupação com o meio ambiente, e na observância de campanhas preventivas que servem para controlar o estado de saúde e não de doença (Featherstone 1993; Collin *et al.*, 2006). Daí que enquanto indivíduos, nos comportemos como proto-pacientes, possíveis doentes persuadidos e dirigidos pelo discurso médico, procurando os serviços médicos mesmo antes de estarmos doentes e tentando cumprir as exigências médicas no nosso dia-a-dia, para cumprirmos a exigência social de sermos saudáveis.

Neste sentido, a saúde torna-se *activa* e não a simples manutenção do funcionamento dos nossos órgãos desde que nascemos, e implica uma responsabilização do indivíduo pelo investimento que faz na sua saúde, mas também na superação dos recursos naturais e biológicos com que nasceu. De facto, o discurso contemporâneo ultrapassa a tradicional promoção do bem-estar e da saúde e coloca a tónica nessa superação dos próprios limites naturais (Lopes, 2010: 23). Neste domínio, a psicofarmacologização poderá surgir como uma ferramenta de neutralização dos sentimentos de tristeza e de ansiedade característicos da condição humana cuja fruição, numa ideologia de performatividade individual e de hedonismo (ver Featherstone, 1993), se tornaram indesejáveis. Assim, o recurso a psicofármacos e à medicina enquanto guardiã da prescrição dos mesmos, não reflectirá apenas o controlo da doença e do patológico, mas surge igualmente como modo de capacitar o indivíduo com novas aptidões:

La psychologie, tout comme la chirurgie plastique, apparaît ici, comme une manière de plus de mettre en forme de la subjectivité, qui vise certes l’assujettissement et le contrôle, mais aussi et surtout en ce qui nous concerne, de lui donner de nouvelles capacités et ensuite de les maximiser. Il y a donc un revers positif à cette facette plus obscure du contrôle qui renvoie aux processus constitutifs de la subjectivité et processus de socialisation au sens large. (St-Hilaire, 2009: 7)

A concepção de saúde uma vez que se exprime silenciosamente, ao contrário da doença, é então mais susceptível de definições sociais (St-Hilaire, 2009), e é contemporaneamente definida em termos de bem-estar geral (beleza, sucesso, felicidade, etc.) e contínuo, o que, segundo Lopes (2010) justifica a cronicidade do consumo de medicamentos, uma vez que estes, e fazendo referência a Collin (2007), se constituem “no principal veículo da ideologia da prevenção” (Lopes, 2010: 22). Assim, *a extensão do domínio da saúde mental assume uma dinâmica de aculturação das massas a uma nova cultura sanitária* (Massé, Raymond, 2003,

recuperado por Otero, 2006: 74), dentro da qual se torna cada vez mais importante a prevenção de determinadas vulnerabilidades bio-psico-sociais, isto é de problemas sociais e comportamentais que são vistos como solucionáveis a partir de uma intervenção bioquímica. A saúde do corpo e da mente torna-se também *molecular*, pois o corpo é agora estudado ao microscópio (como no caso da maioria dos testes de diagnóstico ou de controlo da *saúde*) e intervencionado a essa mesma escala, através das moléculas presentes nos medicamentos. A saúde física e mental transforma-se, por fim, num recurso activo de que dispõem os indivíduos e que estes devem perseguir e cultivar.

Do mesmo modo, também as intervenções no “espírito” se processam a nível molecular, sendo disso prova as novas gerações de antidepressivos e calmantes, que actuam directamente no cérebro, redefinindo a depressão e a ansiedade como falhas nos neurotransmissores:

Les nouvelles générations de médicaments psychiatriques en sont la meilleure preuve, ils agissent directement sur le cerveau et font de ce fait, redéfinir la dépression et l’anxiété en termes de défaillance de neurotransmetteurs, alors qu’il n’y a pas si longtemps encore sous l’éclairage de la psychologie, la dépression était abordée, par exemple, par le biais de la théorie du deuil, comme la perte d’un objet d’attachement. (St-Hilaire, 2009: 7)

As emoções como a tristeza ou a ansiedade, tendo uma base neuroquímica, tornam-se então passíveis de intervenção e de correcção, o que poderá explicar o aumento da prescrição das moléculas químicas que as tratam, mas apenas em parte. Esta possível sobre-prescrição não se esgota no discurso da patologização da condição humana, mas reflectirá também uma possibilidade de “(...) modification de l’humeur, de l’émotion, de la cognition et de la volonté.” (St-Hilaire, 2009: 8). Assim, a prescrição de medicamentos que proporcionem “alegria” e “tranquilidade”, para além de demonstrarem uma pulsão para a medicalização e controlo de sintomas dúbios e para o aumento das categorias consideradas patológicas e anormais, exprimem e permitem igualmente uma moral de *melhoria das nossas capacidades e de um melhor ajustamento às exigências da vida a que aspiramos*. (St-Hilaire, 2009: 8). E na verdade, ao contrário do que poderíamos imaginar, estas intervenções farmacológicas não se destinam à recuperação, acentuação ou melhoria do indivíduo singular porquanto o ajudam a cumprir as suas expectativas, mas à recuperação, acentuação e melhoria do colectivo social, pois operam *de facto* uma normalização do indivíduo e uma domesticação do seu comportamento face às expectativas sociais:

(...) les thérapies mentales contemporaines (psychopharmacologiques ou pas) continuent de viser pour l'essentiel la partie sociale de l'individualité (...) et non une singularité subjective (...) hier comme aujourd'hui, dans l'immense majorité des cas, «ce dont le client/usager a besoin» se confond avec «ce dont l'environnement a besoin». (Otero, 2006: 86)

Por conseguinte, a procura de ajuda médica perante determinadas situações e a prescrição operada pelos médicos poderão tomar como base uma noção de *uso plástico dos antidepressivos* (St-Hilaire, 2009) que, à semelhança da cirurgia plástica, que altera condições físicas indesejadas, alteram condições mentais indesejadas como a tristeza ou a ansiedade. Ser uma pessoa feliz exige um trabalho individual que pode ser coadjuvado farmacologicamente, ou, sustentamos nós, na maioria das vezes, substituído por psicofármacos como os antidepressivos e os calmantes.

Como já foi referido, a noção de corpo com que lidamos é a de um corpo particular *lugar em que é projectada uma personalidade, uma biografia, um eu substancializado* (St-Hilaire, 2009: 7). Assim, a biomedicina e ciências contíguas, como a farmacêutica, constituem formas de transformar o sujeito através do seu corpo ou, mais especificamente, do seu cérebro.

2. Modelo de Análise e Metodologia

2.1. Das dimensões de análise e das hipóteses de investigação

O enquadramento teórico apresentado permitiu idear três dimensões preponderantes na análise do fenómeno social da prescrição de antidepressivos e calmantes, resumindo assim as linhas mestras que tecem a nossa compreensão sobre este fenómeno social.

A primeira dimensão procura identificar a relevância do processo de *medicalização da vida quotidiana*, na explicação do aumento da prescrição de medicamentos antidepressivos e calmantes por parte dos médicos. No fundo, trata-se de identificar os contornos da extensão desta medicalização ao domínio da doença psíquica, de tal modo que seja possível perceber se estaremos perante uma *psicommedicalização da vida quotidiana*. Procuramos então compreender a influência que a assistência médica, nas suas formas de determinar o que é normal e patológico e de construir narrativas sobre os sujeitos que assiste, assume na patologização de determinadas dimensões da vida que anteriormente eram consideradas normais, como a tristeza ou a ansiedade. Esta dimensão pretende reflectir as mudanças ocorridas no modo como se encara o indivíduo, mormente nos diferentes modos de avaliar a sua psique e o seu comportamento, e nos diferentes modos de determinar o que neles é normal

e patológico. Hipoteticamente, a prescrição destes medicamentos, uma vez que é tão alargada, poderá constituir uma área cinzenta de incerteza de diagnóstico e, por isso, mais propícia à apropriação e controlo por parte do discurso médico.

A segunda dimensão pretende apreender as diferentes *ideologias terapêuticas* que poderão estar subjacentes à prescrição destes medicamentos. É nossa hipótese que, no acto de prescrever, poderão estar presentes diferentes crenças quanto à eficácia destes medicamentos e de outros modos de tratamento do sofrimento psicológico que justifiquem a predilecção pelos primeiros, uma vez que em todas as dimensões da acção médica, o medicamento tem sido dado como o mais importante recurso terapêutico de que dispõem os médicos (Lopes, 2010; Whyte *et al.*, 2003). Também aqui poderão surgir diferenças ideológicas quanto às duas classes de medicamentos, antidepressivos e calmantes no que toca à crença na sua eficácia balanceada com a sua perigosidade. Ainda, numa área como a psiquiátrica, em que não existem instrumentos de diagnóstico que permitam identificar biometricamente os sintomas da depressão e da ansiedade, os medicamentos antidepressivos e calmantes podem surgir aqui num contexto de “prova clínica”, de confirmação do diagnóstico médico. Para além desta ideologia do medicamento, poderá existir uma ideologia de prevenção que justifique um activismo prescritivo por parte dos médicos. Num contexto de diminuição do tempo de consulta, justificado por lógicas de optimização da Prestação Pública de Cuidados de Saúde, de escassez de médicos generalistas e especializados por via da fraca e lenta renovação geracional dos mesmos, e de uma patologização de traços psicológicos, a prescrição de medicamentos poderá ser a estratégia mais eficaz encontrada pelos médicos para fazer face ao crescimento destas necessidades de saúde, prevenindo o agravamento dos primeiros sintomas através da prescrição.

A terceira dimensão pretende compreender como *a expansão dos discursos médicos e práticas farmacológicas actuam na divisão do trabalho médico na área da saúde mental*, nomeadamente na divisão de trabalho relativo ao tratamento do sofrimento mental entre Médicos Psiquiatras e Médicos de Clínica Geral e Familiar. Assim, pretende-se perceber qual a participação das duas especialidades no alargamento do domínio da psicomedicalização, e explorar possíveis diferenças entre estas duas especialidades no que toca aos significados da prescrição que efectuam. Embora a Psiquiatria seja a especialidade médica que historicamente se ocupou da doença mental, assiste-se, desde há largos anos, a uma crescente intervenção dos Médicos de Clínica Geral e Familiar na prescrição de medicamentos para a mente, deste modo, urge compreender as diferentes ideologias que ambas as especialidades assumem na determinação do diagnóstico e na prescrição da terapêutica a seguir, e de que modo a

expansão desta psicofarmacologização permitirá um reposicionamento destas especialidades em termos de divisão do trabalho médico.

Gostaria de notar que, evidentemente, poderíamos abranger na nossa análise a compreensão dos efeitos dos modelos profissionais e de profissionalização médicos que estão ancorados num sistema de saúde moldado no hospitalocentrismo, extravasando os limites teóricos da Sociologia da Saúde e socorrendo-nos de contributos da Sociologia das Profissões para enquadrar teórica e analiticamente um fenómeno de psicomedicalização que não só imprime alterações na divisão do trabalho entre médicos de família e psiquiatras, mas também é possibilitada pelos tipos específicos de organização da profissão médica e do Sistema Nacional de Saúde no nosso país. No entanto, é conscientemente que optamos por excluir esta perspectiva e por nos mantermos pelo domínio da Sociologia da Saúde, esperando que os dados recolhidos agora nos forneçam pistas empíricas para trabalhos futuros, de maior envergadura, que articulem estes dois quadrantes teóricos.

Estabelecem-se, deste modo, duas hipóteses de investigação que guiarão a análise dos dados empíricos:

1. O aumento da prescrição de medicamentos antidepressivos e calmantes exprime um aumento do processo de medicalização da sociedade, especificamente no domínio das dimensões psicológicas do indivíduo.
2. A expansão da medicalização encontra eco no reposicionamento profissional de médicos psiquiatras e médicos de família, com a entrada destes últimos no tratamento do sofrimento mental.

2.2. A amostra e as técnicas de recolha e tratamento da informação

O universo empírico deste trabalho limita-se à prática clínica de Médicos de Família e Médicos Psiquiatras, uma vez que uma das hipóteses analíticas remete exactamente para o reposicionamento profissional destas duas especialidades em torno da prescrição de medicamentos para a depressão e para a ansiedade.

A amostra seleccionada é composta por 10 médicos, sendo 5 deles Médicos de Família e 5 deles Médicos Psiquiatras⁷. Em termos de género, a amostra é relativamente equilibrada, compondo-se de 6 mulheres e 4 homens. Realizaram-se 12 entrevistas, entre Junho e Setembro, tendo sido apenas validadas e trabalhadas 10, uma vez que em duas das entrevistas apenas no seu decurso foi possível dar conta que os entrevistados não recaíam nos critérios de

⁷ Para informações mais detalhadas sobre a sociodemografia dos entrevistados ver Anexo A.

selecção estabelecidos. O guião da entrevista⁸ foi testado previamente em 2 entrevistas exploratórias, uma a um médico de família e outra a um médico psiquiatra, não incluídas na análise final, tendo servido apenas para o aperfeiçoamento do guião e para um primeiro contacto com a realidade em estudo.

Os critérios de selecção utilizados foram que todos os médicos tivessem nacionalidade portuguesa, trabalhassem ainda que não exclusivamente no Serviço Nacional de Saúde, e tivessem terminado a especialidade há pelo menos 10 anos e no máximo há 25 anos. Este critério surgiu da necessidade de manter alguma coerência na amostra de entrevistados, ou seja que não tivessem experiências profissionais demasiado divergentes, nomeadamente no que toca às diferenças de formação e de prestação de assistência médica introduzidas após a queda do Estado Novo, designadamente a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979. Deste modo, os médicos entrevistados deveriam ter terminado a especialidade entre 1986 e 2001.

O trabalho de campo foi realizado através da técnica de entrevista em profundidade, uma vez que esta nos permite recolher “(...) informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados” (Quivy e Campenhoudt, 2008: 192) e assim aceder directamente aos actores sociais em questão, suscitando neles discursos, mais ou menos direccionados, sobre a sua prática clínica, os contextos em que a exercem, as razões que a orientam e como se posicionam quanto à mesma enquanto indivíduo, mas também enquanto membro de uma especialidade particular dentro da medicina. Outra virtude desta técnica, relativamente a outras técnicas mais padronizadas como o questionário, consiste no facto de “(...) permitir incorporar na informação as circunstâncias situacionais e os processos que envolvem as reproduções produzidas pelos sujeitos.” (Lopes, 2003, discutida por Rodrigues, 2010: 270), dotando a análise dos fenómenos de uma maior riqueza ao permitir ao investigador uma análise de práticas e sujeitos em contexto.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio dos entrevistados e todas elas foram realizadas no gabinete dos médicos entrevistados, exceptuando uma que foi realizada num local público por dificuldade de conciliação de horários entre a investigadora e o entrevistado. As entrevistas têm um tempo médio de 46 minutos, num total de 7 horas e 7 minutos gravadas, tendo sido todas as 10 entrevistas transcritas integralmente. Os entrevistados foram seleccionados segundo o *método de bola neve*, sendo pedido a cada

⁸ Ver Anexo B

entrevistado que indicasse sempre que possível dois nomes de colegas das suas redes de contacto que se enquadrassem nos critérios de selecção.

A técnica da entrevista em profundidade adequa-se ao tipo de investigação que se pretendia realizar, um estudo de caso circunscrito com o objectivo de descobrir categorias analíticas que pudessem apoiar a reflexão teórica elaborada sobre a *psicomedicalização* e a *psicofarmacologização*. Este tipo de abordagem é especialmente útil quando se pretende estudar um fenómeno particular em que interaja um conjunto complexo de factores. Assim, optou-se por esta abordagem metodológica na assunção de que os discursos dos médicos, sobre a prescrição de antidepressivos e calmantes na sua prática clínica, constituem uma situação particular socialmente significativa em que seria possível fazer emergir uma narrativa social sobre o modo como as sociedades contemporâneas gerem o sofrimento mental e sobre o lugar que os médicos ocupam neste processo de gestão.

O estudo de caso é assim um método intensivo que permite,

(...) o exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade (...) de uma amostra particular, seleccionada de acordo com determinado objectivo (ou no máximo, de um certo número de unidades de amostragem), de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, tudo isto com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade. (Almeida e Pinto, 1990: 87)

Deste modo, a flexibilidade por que se pauta adequa-se ao carácter relativamente inexplorado deste fenómeno social, e a intensidade de análise que supõe adequa-se às múltiplas facetas a explorar do mesmo. Por outro lado, é um método que exige uma maior prudência do investigador quanto à sua interferência no processo de recolha de dados, neste caso a entrevista, uma vez que a interacção intimista que se estabelece entre observador e observado pode colocar por vezes em risco a postura de ruptura com o senso comum que se espera de uma investigação científica. Guerra (2006: 21-22) desdramatiza porém as críticas frequentes à falta de subjectividade a que estariam mais sujeitas as metodologias qualitativas, afirmando que, num contexto de investigação científica, se supõe a presença de sujeitos racionais que estabelecem claramente o objectivo da sua interacção: a recolha de informação “entre actores racionais capazes de relacionamento humano” (Guerra, 2006: 22).

Esta dissertação apoiou-se então em Metodologias do tipo qualitativo, ou seja em metodologias compreensivas ou indutivas que se socorrem “de quadros de referência weberianos (...)” (Guerra, 2006: 7) em que o actor social e os significados que confere à sua

acção têm um papel fundamental na inteligência da realidade social pelo investigador. Encararam-se, assim,

“(…) os acontecimentos da vida humana sob o ângulo da sua significação cultural [procurando encontrar os] sentidos sociais accionados pelos actores nos seus comportamentos, substituindo a explicação das causalidades pela compreensão dos sentidos da acção social.” (Guerra, 2006: 7-8)

Não há por isso qualquer intenção de generalização ou extrapolação dos dados recolhidos, operação de resto estranha às metodologias qualitativas. É nossa intenção, isso sim, fazer um levantamento exploratório da riqueza cultural que envolve a prescrição concreta de psicofármacos como os antidepressivos e os calmantes, testar as categorias e dimensões analíticas que emergiram da nossa reflexão teórica e corrigi-las, suprimi-las ou corroborá-las com a aproximação, ainda que breve, à realidade. Acreditamos portanto na necessidade expressa por Isabel Guerra (2006: 10) de desenvolver

(…) formas de investigação que procuram o sentido da acção colectiva, isto é, conhecer os sentidos e as racionalidades que fazem cada um agir e, por via disso, produzir a sociedade onde todos vivemos. [pois que] É o aprofundamento dessa racionalidade cultural que permitirá conhecer as formas de produção da sociedade e os contornos da mudança social.

A informação recolhida foi sujeita a uma análise de conteúdo categorial⁹, para a qual nos socorremos do software MAXQda, versão 10, para seleccionar e organizar os excertos das entrevistas que ilustravam as categorias de análise que procurávamos compreender.

A análise de conteúdo categorial é assim uma técnica de análise de dados que consiste no exame das narrativas dos entrevistados, com o objectivo de “(…) identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar” (Guerra, 2006: 80). O objectivo primeiro foi portanto a busca de unidades de texto cujo sentido consubstanciasse a reflexão teórica elaborada num momento anterior ainda que com um estatuto provisório, tendo em conta que uma das mais-valias dos tipos de metodologia e técnicas utilizados se prende com a possibilidade de se ser surpreendido pelos dados numa lógica de *descoberta*. em que, como enuncia Guerra (2006: 23), “(…) o investigador procura a formulação de conceitos, teorias ou modelos com base num conjunto de hipóteses que podem surgir que no decurso, quer no final da investigação.”. Procedeu-se

⁹ Para consultar a Grelha de Análise de Conteúdo, ver anexo C.

então à “detecção das unidades de texto e à sua distribuição pelas categorias pré-definidas” (Almeida e Pinto, 1990: 96), organizando quando possível os excertos das entrevistas em função da sistematização teórica elaborada previamente, e quando não possível sendo criadas novas categorias que permitissem dar conta do *sentidos não previstos* expressos no discurso dos entrevistados quanto às suas práticas de prescrição.

A análise de conteúdo guiou-se portanto por uma *procura social* (Ghiglione e Matalon, 2001: 179) de cariz hipotético indutivo, e num movimento consciente e recíproco entre teoria e dados. Partiu-se então do abstracto para interrogar o concreto, mas posteriormente do concreto para o abstracto, identificando analiticamente os principais temas do fenómeno, expressos no material recolhido, e reconduzindo-os numa matriz explicativa do mesmo fenómeno.

3. Análise e interpretação dos dados

3.1. Perfil do doente: da padronização à individualização discursiva

Quando questionados quanto à existência de um perfil de doente ao qual se prescrevam antidepressivos e calmantes, a reacção mais comum dos entrevistados é a de negação, o que vai no sentido do discurso individualista muito disseminado nas sociedades ocidentais de que cada indivíduo é diferente dos demais. Noutras palavras: *“tudo vai depender da situação efectiva, isto é tudo cada caso é um caso.”* (MF¹⁰, Mulher, Entrevistado 7). Esta postura dos entrevistados parece ir contra a tendência moderna da biomedicina para a *evidence based medicine*, ou seja para a tomada de decisões clínicas baseadas num conjunto de dados estatísticos e epidemiológicos, de técnicas de diagnóstico ou terapêuticas testadas e comprovadamente benéficas para o paciente. Evidentemente, neste prisma, cabe ao médico adequar esse manancial de informação abrangente ao indivíduo que tem à sua frente, no entanto um dos entrevistados aponta exactamente para a dificuldade de articulação da investigação científica, nomeadamente quanto aos factores genéticos da doença depressão e ansiedade, com a prática clínica:

“A verdade é que os factores biológicos nesse sentido, factores genéticos, vá lá, que influenciem a depressão e a ansiedade estão estudados a nível de investigação, não estão propriamente na clínica. Nós não pedimos aos doentes testes genéticos nem nada disso porque isso não está demonstrado que haja utilidade clínica, nem é muitas vezes repercutível entre vários estudos portanto é provável que exista, há alguns genes que estão

¹⁰ Por economia de espaço, referir-me-ei aos Médicos de Família como “MF” e aos Médicos Psiquiatras como “MP”, sempre que citar excertos das entrevistas realizadas

implicados nisso, mas não é uma coisa da prática clínica, que nós peçamos.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

Porém, quando interrogados em específico quanto a categorias como o *género*, é praticamente unânime que este gradiente continua a ser importante em termos de diagnóstico de depressão/ansiedade e da prescrição destes medicamentos:

“Pois se calhar, não sei, mas aqui é. A gente tem muito mais doentes mulheres com sintomatologia depressiva do que homens.” (MF, Homem, Entrevistado 6)

Assim, as mulheres continuam a constituir mais frequentemente objecto deste tipo de intervenção médica, o que se justificará pelos papéis sociais que um e outro género desempenham, como refere Rosenfield (1999: 348), “(...) because our social practices are fundamentally gendered, mental health and emotional troubles should also differ for men and women.”, mas também pelo modo como as representações sociais de um e outro género se reflectem também no tipo de diagnóstico que os médicos fazem, tendência já de resto documentada por Whyte *et al.*, 2003.

Os médicos entrevistados não são unânimes nas explicações dadas sobre este fenómeno, por um lado as mulheres estarão em maior contacto com os médicos por serem maiores consumidoras de saúde em geral, mas tal não acontece apenas quando são afligidas por sintomas depressivos ou ansiosos, mas também em relação a outras queixas. São estas que vão mais frequentemente a consultas e que mais facilmente comunicam ao médico as queixas que as afligem independentemente da patologia ou preocupação. Esta é também uma postura que confirma de certo modo o lugar clássico destinado às mulheres, imaginadas e representadas ao longo dos tempos como sendo emocionalmente mais frágeis e sensíveis. Os homens no contexto das sociedades ocidentais são representados, em oposição, como o lado forte, não lhes sendo culturalmente permitido, com a mesma facilidade, relatarem sentimentos de tristeza e de nervosismo, a não ser, como refere um entrevistado, através da irritabilidade e da agressividade, alguns sinais de ansiedade mais característicos do género masculino, como fora já documentado por Rosenfield, 1999. É também neste sentido que sobressai do discurso dos entrevistados que a depressão e ansiedade quando diagnosticadas nos homens são geralmente mais graves e mais difíceis de debelar do que nas mulheres:

“Isto está tudo ligado, e portanto nós continuamos a ter um bocadinho aquele paradigma do homem que não chora, do homem que é forte, o homem não tem depressões. Depois quando têm é para morrer, como se costuma dizer.” (MF, Mulher, Entrevistado 5)

“É, os homens normalmente quando pedem ajuda, normalmente é situações mais graves. Na depressão, depressão grave. Os homens normalmente recusam-se a admitir que estão deprimidos.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

Outro factor importante parece ser a *idade*, ou a etapa da vida em que o paciente está. Assim, as faixas etárias mais elevadas são apontadas como aquelas em que é mais propícia a depressão, sobretudo porque são populações mais votadas ao isolamento social. Porém surge aqui outra categoria, já estudada em termos sociológicos (ver Fernandes, 1997), que se sobrepõe consideravelmente à variável idade, ou seja, será o *isolamento social* que propicia a depressão independentemente da idade, como é mencionado pelo entrevistado 9 (MP¹¹, Homem) quando refere que *“Pessoas que vivam isoladas”* apresentam um maior grau de vulnerabilidade à depressão. Dentro do mesmo plano, outros entrevistados referem a necessidade de existirem *âncoras* na vida de cada pessoa como a família, a qualidade ou a solidez dos laços conjugais.

Deste modo, a importância dos factores etários parece revelar-se menor quando exploradas as justificações dos médicos: por um lado, pessoas em idade activa são referidas como sendo aquelas que desenvolvem mais frequentemente “depressões reactivas”, síndromes depressivos que surgem em reacção a factores externos como o desemprego ou o divórcio (ou seja, situações em que ocorrem quebras de laços sociais), por outro, mesmo quando se referem a um aumento de casos de crianças e jovens com sintomas depressivos e ansiosos, justificam este aumento com a incapacidade de os progenitores em acompanhar os filhos, na diminuição do limiar da frustração, no aumento da competitividade que se faz sentir logo entre os mais novos, na transmissão enfim de determinadas características patológicas dos pais aos filhos:

“(…) é muito vulgar nós termos jovens adolescentes (…) que têm, que não suportam uma contrariedade e que vão, têm um limiar de resistência à frustração muito baixinho [...] São os pais que têm de se tratar, não é, e muitas vezes a orientação da criança para o psicólogo, porque está com problemas na escola e porque rói as unhas até aos cotovelos” (MF, Mulher, Entrevistado 5)

¹¹ Por economia de espaço, referir-me-ei aos Médicos de Família como “MF” e aos Médicos Psiquiatras como “MP”, sempre que citar excertos das entrevistas realizadas

“(...) há coisas disfuncionais que é a própria família, a orgânica da família que vai criar isso.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

Assim, os factores etários parecem ser subsumidos pelas dificuldades financeiras, relacionais, e por processos mais alargados de construção da personalidade individual, como o abaixamento do limiar de frustração e o aumento da competitividade, características da nossa cultura, salientadas por Featherstone (1993). Também a discussão feita por St-Hilaire (2009) e Rose (2007) sobre a normatização das emoções e comportamentos humanos, estabelecida não só ao nível da Medicina, mas também enquanto como forma incorporada (e repetimos sócio e historicamente situada) de relação do indivíduo consigo mesmo.

Um entrevistado refere ainda a região de proveniência como sendo um factor importante, *“Em Portugal também o local de onde as pessoas são oriundas é importante.”* (MP, Mulher, Entrevistado 4), referindo-se à alta taxa de suicídio na região do Alentejo como sendo um factor de alarme perante um paciente vindo dessa área geográfica, pistas para a explicação da importância desta variável regional poderão ser encontradas, segundo Antunes (2010) na estrutura de classes das diferentes regiões.

Outra categoria referida pelos entrevistados são as condições socioeconómicas dos pacientes, ao assinalarem por exemplo as profissões que são consideradas de risco (como os controladores aéreos, os anestesistas ou os psiquiatras) uma vez que estão sujeitas a *“uma grande pressão”* (MP, Mulher, Entrevistado 4), mas sobretudo ao assinalarem a importância fundamental de ter um emprego. De facto, a característica principal apontada pelos entrevistados, no que toca ao aumento de um risco de vulnerabilidade à depressão e à ansiedade, refere-se ao desemprego e a consequentes problemas económicos:

“E depois hoje em dia está muito ligado às situações económicas, muito monetárias, que as pessoas ficam muito ansiosas.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

“A questão do emprego também... Desempregados têm maior risco de ter depressão, por exemplo.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

“E ultimamente tenho observado muitas situações, pronto, devido às dificuldades que sentimos todos e há muita gente nesta situação de não saber se vai manter o posto de trabalho, se não, portanto, muito a depressão reactiva ligada a esse factor.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

Esta acentuação remete para o anterior debate teórico sobre a importância do indivíduo se medir não só pela sua saúde física, mas também pela sua performatividade social que, no

nosso contexto social, se prende ainda muito fortemente à utilidade e prestígio do indivíduo em termos profissionais. Deste modo, os médicos entrevistados ao referirem o desemprego como um dos factores de vulnerabilidade mental reflectem de certo modo a importância conferida culturalmente ao trabalho enquanto construtor da identidade e redes sociais de cada sujeito (Fernandes, 1997), mas também enquanto garantia da sua capacidade de consumo e portanto do seu desenvolvimento e inclusão sociais enquanto indivíduo pertencente a uma sociedade marcadamente hedonista e consumista (Featherstone, 1993).

Deste modo, quando questionados directamente, torna-se difícil, para os entrevistados, estabelecer um perfil de doente que toma antidepressivos e/ou calmantes. O seu discurso oscila então entre a individualização de cada paciente e a padronização de determinadas características do conjunto de pacientes que costumam assistir. A ideologia de que “cada doente é um caso” percorre por conseguinte as entrevistas, embora apontem alguns traços que admitem alguma padronização ideológica de *perfis* de pessoas que mais facilmente desenvolvem depressão ou ansiedade.

Assim os médicos entrevistados mobilizam essencialmente categorias que legitimam diferenças em termos de diagnóstico e que requerem também uma diferente postura do médico. Por exemplo, uma maior prudência prescritiva quando se trata de um paciente em idade activa e em que, pela maior facilidade de comunicação e de compreensão, existe uma postura mais pedagógica do médico que por si só poderá permitir a não prescrição, ao invés de quando se trata de um paciente mais idoso por impossibilidade de “explicação” do diagnóstico, ser mais seguro prescrever um medicamento, demonstrando neste caso a maior facilidade com que se psicomedicaliza a terceira idade, já documentada em estudos como o de Collin *et al* (1999) e de Anthierens *et al.* (2007). As dificuldades de comunicação e também o facto de serem pessoas que muitas vezes já são medicadas com estes medicamentos, nomeadamente ansiolíticos, justificam assim um activismo médico e uma demissão no que toca à alteração do comportamento/situação do paciente mais idoso:

“Porque percebem mais. Os velhos não percebem. E porque nós nos velhos temos mais receio de não medicar porque o velho, como tem muito mais situações patológicas, nós temos de nos acautelar mais. Ao passo que na pessoa nova, vai sem medicação sempre com o sobreaviso: “Se mantiver qualquer coisa, dá-me um toque. Estou todos os dias aqui de manhã, já sabe.” E aí a pessoa também vai mais descansada e confiante. - “Se precisar de alguma coisa eu já sei.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

“Habituação e até a tal questão psicológica, quer dizer uma senhora que me chegue à consulta com 70 anos que faz um Lorenin para dormir há 30 ou 40 anos, quer dizer, não sou eu que numa ou duas consultas lhe vou conseguir reduzir aquilo, é impossível.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

Por último, os entrevistados referem uma categoria útil para compreender a próxima secção de análise de dados quando afirmam que um tipo de perfil de paciente é aquele que *tem antecedentes* familiares, ou seja alguma história familiar que por uma via genética ou ambiental produz uma maior vulnerabilidade destes pacientes ao desenvolvimento de patologias deste género. Essas pessoas com antecedentes familiares, em conjugação também com aquilo que alguns entrevistados descrevem como uma *personalidade nervosa ou depressiva*, são vistos como mais atreitos a este tipo de doenças:

“Esses, digo eu. Porque há os outros que às vezes têm um quadro agudo, digamos uma coisa reactiva um problema qualquer, mas que... depois há os outros doentes que muitas vezes têm uma personalidade depressiva e portanto que ao longo da vida vão tendo mais episódios porque reagem de uma forma...” (MF, Homem, Entrevistado 6)

“Evidentemente que pessoas que têm na história familiar, por exemplo, história de depressão são mais vulneráveis a, diante de certas circunstâncias, e tendo um determinado tipo de personalidade e diante certas circunstâncias são mais vulneráveis a desenvolver quadros depressivos do que outras.” (MP, Mulher, Entrevistado 4)

A importância desta categoria remete-nos para uma ideologia médica que patologiza a própria personalidade do paciente, como descrito por St-Hilaire (2009), convertendo-a em objecto de intervenção médica e justificando a prescrição de fármacos, visto que este tipo de pessoas estão mais vulneráveis a adoecer e a ter recaídas ao longo da sua vida, assumindo assim o medicamento a função de ajustar a personalidade destes pacientes e de prevenir eventuais recaídas, na lógica de prevenção descrita por Lopes (2010) e Otero (2006).

3.2. Etiologia da doença e sintomas de diagnóstico: as formas de psicomédicalização

Os médicos entrevistados, referem que os sintomas de depressão e de ansiedade surgem frequentemente aliados e oscilam entre uma maior preponderância de sintomas físicos, portanto numa óptica de somatização do sofrimento psicológico, e a preponderância de sintomas comportamentais. No caso da ansiedade (corpo a tremer, mãos a suar, taquicardia, boca seca) esta surge frequentemente no discurso dos entrevistados como sendo um sintoma de depressão e talvez por isso mesmo pareça ser subsumida no discurso sobre a depressão:

“(...) porque no fundo a ansiedade acaba por ser um sintoma, não é? É um sintoma de muitas doenças. De muitas, acaba por se associar a muitas doenças.” (MF, M, Entrevistado 6)

Por essa razão, por economia de espaço e para melhor compreensão do leitor, referir-se-á especificamente a ansiedade apenas em aspectos que constituam um estatuto diferente em relação à depressão.

Os sintomas de depressão, comportamentais, descritos pelos entrevistados são a inacção ou apatia, o não encontrar um significado para a sua própria vida, a falta de prazer em qualquer actividade - em especial naquelas em que o paciente normalmente sentiria prazer, choro fácil e frequente, incapacidade de trabalhar, intenção suicida, angústia, tristeza ou humor depressivo, culpabilidade, dificuldades de relacionamento com os outros (pessoas auto-centradas), desleixo consigo mesmo, com a sua apresentação e higiene pessoais, irritabilidade, hipersensibilidade, e labilidade emocional ou oscilação do humor. No caso dos sintomas físicos ou somáticos da depressão, é só depois de excluirmos todas as causas biológicas que os médicos assumem que aqueles sintomas poderão ter um fundo psicológico:

“Exactamente, múltiplas queixas e que depois aquilo tudo espremido é tudo da pinha. Mas que nos fazem andar ali a fazer exames atrás de exames, para conseguirmos despistar. Portanto, os sintomas são múltiplos.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

Estes sintomas físicos seriam a insónia e a hipersónia (ou seja sono em excesso), falta ou aumento de apetite, disfunção motora, inibição psicomotora, cansaço, diarreia, dor de cabeça, pensamento lentificado, impotência sexual no caso dos homens e frigidez no caso das mulheres, fácies apreensivo, nó na garganta (bolo histérico), e náuseas.

A descrição da lista de sintomas referidos pelos médicos remete-nos por um lado para o processo de *patologização das dimensões psicológicas* referido por Rose (2007) e para a discussão de St-Hilaire (2009) sobre os sintomas “comportamentais”, e, por outro lado, a noção de somatização dos sintomas remete-nos para a noção de *neurochemical self* de Rose (2007), discutida anteriormente no enquadramento teórico, quanto à perspectiva contemporânea do indivíduo cujas emoções e comportamentos estão radicados no seu cérebro e portanto na sua dimensão física. Assim, o discurso dos entrevistados sobre os sintomas que levam à prescrição de antidepressivos e calmantes coloca-nos no domínio da psicomedicalização, uma vez que o comportamento e estado psicológico dos pacientes são

passíveis de ser patologizados pela medicina, fugindo de outros domínios tradicionais como a moral e a ética religiosas (em que por exemplo, a intenção suicida seria encarada como imoral ou um acto de impiedade).

Alguns dos médicos entrevistados referem que a pessoa pode deprimir sem ter uma razão:

“Agora, uma pessoa pode-se deprimir sem ter nenhuma razão aparente. Pronto, isso também é muito importante ter presente, vai-se à procura, à procura, à procura. Não há assim ...” (MP, Mulher, Entrevistado 4)

A depressão e a ansiedade surgem assim, de modo inexplicável, mas aparentemente total porquanto a vasta descrição sintomatológica dos médicos remete para uma ideia *total* de doença, pois esta pode reflectir-se em todo o indivíduo sofredor, física e mentalmente, estabelecendo a ideologia de que existe uma ligação intrínseca entre a mente e o corpo do indivíduo (Rose, 2007). A depressão e a ansiedade não estão assim circunscritas ao seu cérebro, nem à sua psique, nem ao seu substrato físico, aliás, a extensa lista de sintomas confunde-nos mesmo quanto à essência destes sofrimentos mentais. Sendo o sintoma um sinal que indica uma doença, a diversidade de sintomas de depressão e de ansiedade suscita-nos também a questão de quão comuns são estes sintomas no dia-a-dia de qualquer indivíduo e da incerteza quanto ao *locus* da doença. Por um lado, alguns dos sintomas remetem-nos para conhecidas áreas de controlo da medicina – a higiene, a alimentação, a sexualidade -, por outro, remetem-nos também para uma noção de personalidade, enquanto entidade que anima um indivíduo e que normativamente se deseja feliz, com a aparência cuidada e com uma boa performatividade em termos sociais/relacionais, referidas por Featherstone (1993) como sendo as expectativas sociais que um indivíduo deve cumprir em termos de personalidade e de comportamento social nas sociedades contemporâneas ocidentais e industrializadas.

Assim, urge esclarecer o limiar entre doença, saúde, e fraca performatividade social, enquanto significados emergentes dos sintomas descritos pelos médicos entrevistados. Se na verdade os sintomas de depressão e de ansiedade podem estar em todo o lado – corpo e mente – e podem surgir sem ter razão, estamos a falar de tipos de sofrimento que fogem ao que é comum dentro da actividade médica e que, como tal, colocam maior incerteza aos médicos que com eles lidam.

De facto, a noção de personalidade presente no discurso de alguns médicos introduz ainda mais questões quanto à etiologia destes distúrbios. Pondo a tónica na capacidade de resiliência dos pacientes:

“Portanto, eu acho que depois, também, tem a ver um pouco com a resiliência e com as capacidades que cada pessoa tem e de si próprios, de ultrapassar.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

Os médicos entrevistados, acentuam igualmente esta noção de melhor ou pior desempenho social. Assim, há personalidades mais resistentes, que aguentam os embates da vida e há personalidades que “deprimem por qualquer razão”, que “não conseguem ultrapassar os problemas” e por isso precisam de ajuda médica. A ideia de “personalidade depressiva” perpassa o discurso de muitos dos entrevistados, mas quando questionados sobre a raiz dessa personalidade as vozes dividem-se entre ser fruto de uma vulnerabilidade genética ou uma aprendizagem social/comportamental. De todo o modo, os pacientes com este tipo de personalidade são vistos como tendo uma tendência para reagir depressivamente, por vezes como forma de vitimação e de modo a ganhar benefícios sobre os outros, muito na linha do que Parsons (1991) descreveu como um desvio ao “papel do doente” e de como Goffman (1986) descreveu o comportamento de algumas pessoas estigmatizadas:

“E sabe, eu acho que também se criou algum culto à volta destas pessoas. Eu acho que algumas também... Muito sinceramente, isto serve-lhes um bocadinho como defesa de muita coisa. Portanto, o serem muito nervosas ou serem ... eu não digo que as pessoas não o possam ser, mas, justifica-lhes alguns actos, algumas condutas, uma série de coisas e dá-lhes algum estatuto social...” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

Outras vezes, essa é a sua “maneira de ser”, o seu “modo de funcionar”, logo não há uma alteração patológica. A pessoa *é assim*, como se houvesse uma certa descrença em relação à melhoria de si mesma.

Perante tal profusão de sintomas depressivos e sendo muitos deles frequentes e naturais no ser humano, surge a questão de como é possível destringer a linha entre uma manifestação normal e uma manifestação patológica destes sintomas. A resposta dos médicos vai no sentido de avaliar o contexto, a durabilidade e a intensidade dos sintomas, distinguindo por exemplo uma tristeza de dois dias em reacção à morte de um parente, de uma tristeza de 3 meses por um episódio aparentemente menor. No entanto, é aqui também que estes afirmam a relativa dificuldade de diagnóstico deste tipo de síndromes, não obstante a referência às

classificações e quadros de diagnóstico que abalizam a sua prática clínica, uma vez que o diagnóstico é feito sobretudo a partir daquilo que é relatado pelos pacientes, uma vez que não dispõem de exames de diagnóstico da doença mental:

“É difícil de medir, quer dizer não há propriamente assim um... nós na clínica, na prática não usamos um instrumento para medir, mas tem também às vezes a ver com a forma como os doentes descrevem a sua experiência de tristeza, não é? E a própria intensidade muitas vezes tem a ver com a duração e se por exemplo é uma tristeza que acontece alguma coisa boa na vida da pessoa ou naquele dia e a pessoa consegue-se por exemplo alegrar com a boa notícia ou se por exemplo isso nem sequer é suficiente para a pessoa deixar de estar triste, também é muito diferente e tem a ver com a intensidade.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

“E não é nada visível, não é nada objectivo, às vezes. Às vezes, percebe. Isto é como ir um doente ao CATUS e nós às vezes ficamos na dúvida se nos está a passar a perna, percebe, mas depois nós não temos maneira. Imagine, você chega lá e diz “Estou com uma dor de cabeça muito grande.” Epá, você pode pôr um ar muito consternado e diz que tem uma dor de cabeça muito grande. Como é que eu vou dizer que a pessoa não tem? Percebe? Isto é na base do subjectivo. “ (MF, Mulher, Entrevistado 7).

Vários médicos relatam a existência de áreas cinzentas em que é mais difícil ou se demorará mais tempo a fazer a avaliação da situação clínica do paciente, mas é também neste momento da entrevista que eles mobilizam outras dimensões da sua ideologia sobre a depressão e a ansiedade quando estabelecem a distinção entre depressão *major* e depressão *minor*. A primeira é aquela que mais evidentemente comprova a sua *expertise* no que se refere ao diagnóstico, esta é a depressão grave, séria, tendencialmente incurável, em relação à qual poucas dúvidas se colocam no momento de diagnosticar e de prescrever uma vez que os sintomas são extremos tanto em termos de duração quanto em termos de intensidade, é também esta que mais frequentemente mobiliza uma ideologia biologizante da depressão e da ansiedade, é a depressão endógena, essencial:

“Agora depois tudo o resto é o que leva à origem da depressão, se é uma depressão essencial, portanto endógena ou se é... Há aquelas pessoas que por natureza são sempre pessoas muito deprimidas... E há outras que só deprimem reactivamente a uma situação qualquer.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

“Depois há os casos de pessoas também que eu considero que é um bocadinho genético, há pessoas que por exemplo na mesma família acontece a mãe, as filhas, sofrerem todos de depressão. Pronto, aí penso que existe uma base genética. Tenho alguns casos assim que

são típicos, e todos em tratamento e normalmente são casos graves.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

É portanto quando se referem à depressão *minor* que maior inconsistência parece haver no que toca ao acto médico de diagnóstico. É em referência a esta que vários entrevistados demonstram dificuldade em estabelecer a linha entre normal e patológico. Este tipo de depressão é visto como o mais comum e que se identifica quase com o estado de “nervosidade social” de que fala Otero (2006):

“Pergunta: Portanto, no fundo este mal-estar... Estava a imaginar, como disse que nota que há um aumento das pessoas por um lado consumirem mais e estarem mais...”

Resposta: Sim, mas de uma maneira geral são situações ligeiras. A maioria das situações.”
(MF, Homem, Entrevistado 10)

Esta depressão ligeira, menor, menos grave, é a que, justificam os entrevistados, ocorre por reacção ao ambiente de *stress* e de instabilidade que se vive actualmente na nossa sociedade. É, no fundo apresentada como uma reacção do indivíduo a um mundo adoecedor e a circunstâncias difíceis da vida. Trata-se então da transformação dessas mesmas reacções em situações medicamente tratáveis, ou seja, é a extensão da medicalização ao comportamento do indivíduo e à sua capacidade de responder às circunstâncias da sua própria vida. Como refere St-Hilaire (2009), a *saúde* enquanto conceito é mais facilmente permeável a definições sociais, dado que se define pela ausência de sintomas, ou seja, silenciosamente. Então, também esta depressão *minor* assume um estatuto de doença menor, ou de maior saúde quanto comparada com a depressão *major*, de tal modo que, por vezes, parece nem ser realmente definida como “doença” por não mobilizar a mesma atenção, a mesma especialização médica e a mesma resposta farmacológica, surgindo mais facilmente ligada a uma perspectiva sócio-ambiental da depressão.

Surgem assim dois níveis de doença, ou dois estatutos hierárquicos de doença quando se fala em depressão: uma grave e evidentemente patológica, outra ligeira e que oferece maior incerteza ao médico, mas que é perfeitamente justificada por aquilo que os entrevistados descrevem como sendo um ambiente social mais adoecedor. Quando questionados sobre o aumento da prescrição de antidepressivos e calmantes, justificam-na com a ideia de que poderá haver um menor limiar à dor e à frustração na nossa sociedade, mas que sobretudo,

“(...) há mais tensão e mais estímulos pró-depressivos” (MP, Mulher, Entrevistado 8)

“Nós hoje temos muita instabilidade social, imensa instabilidade social dá imensa inquietação nas pessoas.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

Além disso, sublinha uma médica, a noção de indivíduo, nas sociedades modernas, deixa-nos mais sozinhos perante o nosso destino e por isso perante um maior sentido de responsabilidade e uma maior consciência da importância dos nossos actos.

Assim, quanto à etiologia da depressão e da ansiedade, os médicos parecem reunir consenso quanto a uma visão mista da depressão e da ansiedade, atribuindo o desenvolvimento destas doenças, tanto a factores sociais e psicológicos, quanto a factores biológicos. Porém, estabelecem-na como uma doença com um fundo biológico e neurológico, mesmo quando as suas causas são sociais. Portanto, mesmo quando a depressão é evidentemente uma reacção a problemas como o desemprego, as repercussões são vistas como neurológicas, sendo aqui que se clarifica o sítio destas doenças como sendo o cérebro, os neurotransmissores, tal como problematizam St-Hilaire (2009) e Rose (2007):

“Portanto, é uma alteração, é uma doença orgânica com alterações bioquímicas que é preciso resolver tal, como matamos bactérias com antibióticos, precisamos de alterar e de modular aqueles neurotransmissores e isso é o que causa, como sabe, a situação depressiva.” (MF, Mulher, Entrevistado 5)

“Existem, existem. Isto dava-nos uma conversa sobre as etiologias destas doenças, e estas doenças nem são só doenças do meio, portanto, não só doenças em reacção ao meio...têm também, como todas as outras doenças médicas, alguma vulnerabilidade biológica. [...] A alma, ou a psi, isto não é uma auréola que nós andamos aqui...há uma sede física destas coisas.” (MP, Mulher, Entrevistado 8)

Assim, mesmo os sintomas comportamentais parecem ser convertidos a uma origem neurobiológica, transformando estas dimensões psicológicas do indivíduo numa entidade neuroquímica, uma vez que é para lá que confluem as consequências das suas acções, e é de lá que se gerem os seus comportamentos:

“Com certeza que tem impacto, pronto. Evidentemente, isso está estudado. Quer dizer, a importância do ambiente, nós estamos aqui a falar, estamos neste ambiente, se tivéssemos num outro tipo de ambiente, evidentemente, que isso tinha impacto na forma de como nós iríamos falar, E isso tem traduções neuroquímicas, quer dizer.” (MP, Mulher, Entrevistado 4)

Os entrevistados reconhecem a importância dos factores ambientais sociais, económicos e culturais, em termos de adoecimento dos seus pacientes, no entanto, situando a influência desses factores na descompensação química, estão a colocar a tónica no aspecto bioquímico dos mesmos e, por conseguinte, no tratamento bioquímico. Lançam assim as bases para a farmacologização destes distúrbios psicológicos, portanto para a psicofarmacologização, mesmo quando afirmam que as depressões provocadas por uma reacção ao ambiente são, em geral, mais facilmente tratáveis. Afirmam que frequentemente essas situações de sofrimento não necessitariam de tratamento farmacológico, mas de uma mudança de perspectiva do paciente em relação a essas dificuldades. Contudo, ao afirmarem que essas mesmas depressões *podem tornar-se muito graves quando se arrastam ou são mal diagnosticadas/tratadas* voltam a afirmar a necessidade de serem tratadas medicamente, incluindo-as novamente no universo médico.

Urge então compreender o porquê da prescrição alargada de antidepressivos e de calmantes, se a maioria das depressões são *minor*, ligeiras e, quando apanhadas a tempo, tratáveis dentro da relação terapêutica.

3.3. Ideologias terapêuticas quanto à prescrição de antidepressivos e calmantes: as formas de psicofarmacologização

A ideia geral que percorre o discurso dos médicos entrevistados é de que há um aumento da prescrição e do consumo de antidepressivos e calmantes. Dão várias justificações para esse aumento: melhoria nos diagnósticos, melhoria dos medicamentos, aumento dos quadros clínicos conjugado com uma maior consciência e conhecimento dos pacientes e dos médicos sobre estas questões “psicológicas”, aumento das situações de instabilidade e de desintegração social e económica, mas também porque para alguns médicos se tornou mais “fácil prescrever do que avaliar e conversar com o doente”. Nas palavras de uma médica,

“Eu acho que é mais fácil para as pessoas... Eu não sei se, é assim, eu não sei se é uma linha ténue ou não, eu acho é que isto demora tempo e implica alguma preocupação pelo doente e não é chegar ali, é muito mais fácil eu chegar ali e passar-lhe uma receita.” (MF, Mulher, Entrevistado 2,)

“Acho que sim, porque às vezes não se tem tempo para avaliar bem as situações. Não se tem tempo, não temos formação muitas vezes, e é mais fácil: toma lá um comprimido. E pronto.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

De facto, como foi já referido, o tempo de avaliação de cada doente é apontado por vários entrevistados como sendo um factor importante para explicar o aumento do tratamento da depressão e da ansiedade com psicofármacos. Também Anthierens *et al.* (2007) haviam já documentado a falta de tempo para avaliar a condição do doente como um factor que facilitaria a prescrição de benzodiazepinas.

Os médicos referem assim ter havido uma diminuição da disponibilidade do médico para ouvir, mas também um aumento da pressão dos doentes para a resolução destes problemas com medicação, uma vez que a alternativa não-farmacológica é mais morosa:

“Agora nalgumas semanas, digamos assim, uma crise que com a medicação pode durar umas semanas, antigamente sem medicações durava uns meses. “ (MP, Homem, Entrevistado 1)

“Demorava um bocado de mais tempo, e também muitas vezes as pessoas querem resultados imediatos, não é?” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

Deste modo, como afirma outro entrevistado, os medicamentos podem não ter alterado significativamente a doença, mas revolucionaram o modo como esta é vivida:

“(…) os medicamentos não modificaram a história natural da doença. Os medicamentos o que fizeram, foi que as crises fossem mais curtas e as remissões fossem maiores, mas não modificaram a arquitectura gráfica da doença.” (MP, Homem, Entrevistado 1)

Os médicos entrevistados fazem assim uma descrição de uma ideologia farmacológica inscrita tanto no seio da profissão médica quanto nas representações sociais dos pacientes que tratam, preconizando, por um lado, o sucesso da incorporação do regime médico e farmacológico como sendo a instância social de regulação e resolução deste tipo de dificuldades psicossociais (DeSwann, 1990; St-Hilaire, 2009), e, por outro, as expectativas sociais de imediatismo e rapidez em relação à resolução destas situações:

“Porque depois as pessoas querem “o para amanhã” e “o para amanhã” não existe em determinados medicamentos. Existe o para agora numa (...) dor ...” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

A importância de ouvir o doente, afirmada pelos entrevistados, remete para a importância que os entrevistados conferem, em maior ou menor grau, às terapias discursivas, especialmente à psicoterapia, considerando-as um modo eficaz de tratar as depressões menores e podendo mesmo, nesses casos, substituir a medicação:

“Agora, eu acho é que implica que a gente oiça o outro, porque uma coisa é a pessoa estar a fazer um luto, outra coisa é a pessoa estar numa fase de luto e já não conseguir sair dela, estar lá em baixo e não consegue sair dela e tem de ser ajudado a voltar para cima para fazer as outras fases do luto, imaginemos se estiver a passar uma fase de luto e há vários lutos, não é só o luto da morte de uma pessoa.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

“Exactamente, ou que são às vezes situações mais reactivas a uma coisa com um impacto grande na vida em que as pessoas entram naquele quadro de depressão, de reacção grande a qualquer factor, mas que no fundo não são pessoas propriamente depressivas e até que têm uma capacidade muitas vezes de gerir os problemas e de ultrapassar, aí se calhar esses doentes beneficiavam um bocado ou até maioritariamente com esse tipo de terapêuticas [psicológicas e/ou psicoterapêuticas]. “ (MF, Homem, Entrevistado 6)

No entanto, o facto de muito frequentemente mobilizarem a dificuldade de prescrever a psicoterapia aos pacientes pelo facto de esta não ser comparticipada e ser um bem escasso ou praticamente inexistente no contexto do Serviço Nacional de Saúde, faz entrever que a única alternativa de tratamento destas situações que eles consideram suficientemente importantes para requererem tratamento psicoterapêutico, é medicar. E aqui, ainda que refiram que os pacientes poderiam até beneficiar mais de outro tipo de terapêuticas, estão a confirmar a sua ideologia médica e psicofarmacológica ao indicarem que o medicamento, pelo menos, também funciona. São assim actores desta mesma tendência social, ainda que refiram estar em desacordo. Evidentemente, não queremos ignorar os efeitos sistémicos e organizacionais na prática clínica dos médicos, embora não seja esse o objecto desta dissertação, mas também não é possível assumir ingenuamente que estes efeitos são a única justificação para o facto de os médicos, tanto psiquiatras quanto de família, continuarem a prescrever medicamentos mesmo em situações que por vezes lhes ofereciam dúvidas, quanto mais não seja porque têm de dar uma resposta ao doente, o acto de prescrição torna-se assim numa forma de comunicar com o paciente, à imagem do que foi discutido por Whyte *et al.* (2003):

“Pois, há da parte do doente uma sensação de insuficiência, não é? É como ir ao médico e ele não medir a tensão. Portanto, ao prescrever um antidepressivo, um médico já está a fazer alguma coisa, não é?” (MP, Homem, Entrevistado 1)

Por outro lado, quando se referem à depressão *major*, os médicos são radicais quanto à centralidade do tratamento farmacológico, embora refiram em alguns casos que a melhor opção em termos terapêuticos será a conjugação das duas abordagens. Nesta conjugação,

porém, a psicoterapia tem um estatuto menor no discurso da maioria dos médicos. Assim se poderá concluir que tanto no tratamento da depressão *minor* quanto da depressão *major*, a opção terapêutica privilegiada é a farmacológica, remetendo-nos mais uma vez para o processo da psicofarmacologização enunciado anteriormente. Deste modo, os psicofármacos constituem, no discurso dos médicos entrevistados, o meio mais rápido e mais eficaz para o tratamento dos distúrbios psicológicos, e portanto o mais adequado.

“A psicoterapia, tem o seu lugar. Mas também acho, eu acho que não devo andar a passear depressões, ou seja, acho que não devo andar ... ali a enrolar, a achar que, coisas que está provado que não resolvem. Quer dizer, passear depressões, isso...” (MP, M, Entrevistado 4)

Isso é particularmente visível no que toca à ansiedade e à prescrição de ansiolíticos. Estes surgem, neste contexto, com uma menor perigosidade ou com um estatuto de quase-medicamento, um recurso farmacológico com menor importância do que os antidepressivos:

“...às vezes se uma pessoa, imagine, uma pessoa tem uma morte de um familiar, recente, há um mês, está muito dorida. E quanto muito, uma pessoa dá um tranquilizante para dormir, uns dias, para conseguir pelo menos dormir. Se há outros médicos? Admito que sim, que haja, não faço ideia.” (MP, Mulher, Entrevistado 3)

“Olhe dou-lhe um exemplo prático, real, que acontece todos os dias. Se alguém me chega... é a tal diferença entre reacção depressiva e doença depressiva... Se alguém me chega com um quadro que formalmente tem estes sintomas todos que eu lhe estive a dizer e me diz “o meu filho morreu há dois dias”, eventualmente eu sou capaz de dizer, ‘olhe se tiver um ansiolíticozinho em casa, tome em S.O.S’, mas isto não se chama uma depressão.” (MP, Mulher, Entrevistado 8).

É neste ponto que os calmantes assumem um valor diferente dos antidepressivos, mas expressamente preponderante na extensão da medicalização e da farmacologização das dimensões psicológicas do indivíduo. Surgem como recurso de primeira linha destes processos, reificando a ideologia terapêutica de que aqueles sintomas são significantes em termos médicos e constituem objecto de uma terapêutica farmacológica, comunicando assim também ao doente essa mesma necessidade de tratar medicamento os mesmos. Confirmam ainda a extensão desta medicalização através da prescrição de medicamentos quando reiteram o estatuto de doença da depressão e referem que, tal como noutras doenças como a diabetes ou a hipertensão, não se cura estes sintomas com a força de vontade, mas sim com psicofármacos. Aliás, utilizam frequentemente a comparação da depressão com doenças

físicas com marcadores biológicos específicos, como a pneumonia ou a diabetes, para confirmar o estatuto de doença da depressão:

“E portanto, quando a gente fala que é uma doença como ter diabetes e diz assim: “Então ouça lá, então agora a gente faz aqui o diagnóstico de diabetes e, mas não quer tomar medicamentos para as diabetes, diz que com a sua força de vontade vai controlar a doença. Diga-me o que é que lhe acontece?” (MF, Mulher, Entrevistado 5)

Os medicamentos ansiolíticos assumem assim um estatuto ambíguo no discurso dos entrevistados. Por um lado é sublinhado o seu potencial aditivo e a necessidade de haver uma prudência prescritiva no que toca aos calmantes:

“As diferenças são que as benzodiazepinas são (...) medicamentos em que a pessoa desenvolve uma certa habituação química, para além da psicológica, também há psicológica nalguns doentes, doentes que tomam medicamentos para dormir que muitas vezes depois não acreditam que conseguem dormir sem tomar o medicamento, mas também física obviamente.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

Por outro lado, é esta classe de medicamentos que assumidamente é mobilizada em primeiro lugar quando não se tem a certeza do diagnóstico de depressão e também quando se quer proporcionar rapidamente uma sensação de melhoria aos pacientes, uma vez que são medicamentos eficazes mesmo em toma única. Os antidepressivos, pelo contrário, são medicamentos com um tempo de acção mais lento e que necessitam de um “compromisso” por parte do paciente. A prescrição de antidepressivos parece surgir como uma assunção mais evidente da existência de uma doença, pois pressupõem um tratamento continuado e ponderado.

Os médicos referem ainda outras opções terapêuticas não farmacológicas como o desporto, as técnicas de relaxamento, o retomar de *hobbies* antigos, práticas que saibam que poderão promover a maior e melhor integração social dos pacientes, e o recurso às medicinas alternativas, mas sempre como coadjuvante à terapêutica farmacológica, confirmando esta tendência para a farmacologização. Esta não se esgota, porém, no domínio psicológico. De facto, demonstra ser um processo mais abrangente que estabelece o medicamento como principal meio terapêutico, reclamado tanto pelos médicos quanto pelos pacientes:

“As pessoas hoje em dia, não é, então com as crianças? Uma criança tem febre, antibiótico.” (MP, Mulher, Entrevistado 4)

No que se refere ainda à gestão da incerteza do diagnóstico da depressão e da ansiedade, os medicamentos também jogam um papel importante naquilo que um entrevistado denomina de “prova terapêutica”. Assim em situações de incerteza:

“Eu não digo que sejam prescritos em situações que não são relevantes, acho que nalgumas situações de fronteira, em que há algum tipo de disfunção, acho que é lícito muitas vezes fazer até uma prova terapêutica.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

O diagnóstico médico parece, portanto, confundir-se com a prescrição, uma vez que a eficácia do medicamento constitui prova suficiente do diagnóstico, quase como se ambos fossem sinónimos, sublinhando a importância da prescrição destes medicamentos na extensão do controlo da medicina sobre estas situações “de fronteira”.

A maioria dos entrevistados afirma usar de uma prudência prescritiva, embora reconhecendo que existam médicos que prescrevem este tipo de medicamentos de maneira mais frequente e imediata. Muitos deles referem que não iniciam uma terapêutica antidepressiva logo às primeiras queixas do paciente. Referem-se por conseguinte aos médicos que prescrevem mais activamente ou na terceira pessoa do plural ou no máximo na primeira pessoa do plural, distanciando-se assim de uma prática prescritiva que consideram abusiva ou exagerada:

“Eu acho que às vezes exageramos, não deixamos as pessoas, em algumas situações, fazer o luto das situações. E tem de se fazer o luto das situações, por muito que ele doa... E estar triste não é igual a estar deprimido. Eu acho que as duas coisas se confundem muito.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

É neste ponto que a importância da relação terapêutica surge enquanto categoria a demarcar a influência do médico na melhoria do paciente, naquilo que foi celebrado na literatura enquanto o estatuto mágico-simbólico da medicina por autores como Balint (1998) e Lindquist (2007). A maioria dos entrevistados refere que em certos casos, nos mais ligeiros, basta uma conversa com o paciente para ele melhorar e, embora alguns dos médicos tenham de facto formação psicoterapêutica, a maioria refere-se a esta conversa como sendo “uma espécie de psicoterapia” o que comprova que não o é. Assim o médico tem no contacto com o doente a oportunidade de lhe explicar o que é a doença e de o guiar quanto ao modo como

deve lidar com ela quer esta exija tratamento farmacológico, ou não (ou seja mesmo quando não é essencialmente médica):

“(...) muitas vezes são problemas passageiros que as pessoas às vezes exacerbam, não é? E então, tentamos fazer com que percebam que se calhar aquela situação não justifica aquela resposta tão exagerada, e que as coisas se calhar têm solução. Pronto, um bocadinho de psicoterapia. E pronto, e fazer a pessoa pensar também que pode ultrapassar ou assim, mas depois temos que ver a evolução e pronto decidir então se se justifica ou não tratamento.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

“Havia um velho psiquiatra, Barahona Fernandes, que era o director da Psiquatria quando apareceu a farmacologia, que dizia que tão importante como o medicamento era a mão que o dava. Eu acho que meio caminho de eficácia, meio ganho de eficácia farmacológica é: as pessoas não são estúpidas e percebem, desde que haja capacidade pedagógica para explicar isto às pessoas.” (MP, Mulher, Entrevistado 8)

Esta ênfase na importância da relação terapêutica enquanto meio de resolução do sofrimento dos pacientes funciona então tanto quando o médico pretende que o paciente faça uma terapêutica medicamentosa quanto quando não quer. A importância da relação terapêutica reflecte-se também no espaço que abre à negociação com o doente, no suscitar da sua adesão às opções terapêuticas apresentadas pelo médico. Neste contexto, os médicos reconhecem o direito dos pacientes à recusa do tratamento sugerido, expressam que são os pacientes que têm a responsabilidade de assumir o tratamento ou não, colocando-se o médico numa posição de informação e persuasão do paciente quanto à sua convicção terapêutica:

“Porque aí depois também entra um bocado a nossa experiência e a nossa, às vezes não é só a experiência, é o nosso ascendente sobre o doente. Porque se nós falarmos com eles, se eles tiverem confiança em nós, depois isto acaba por ser um bocadinho esse jogo, o doente vai mais tranquilo, vai mais confiante.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

No entanto, também aqui ressurgem a questão da falta de tempo para estabelecer uma relação terapêutica satisfatória com o paciente, o que poderá invalidar o poder desta mesma relação, redundando novamente na prescrição de medicamentos e anulando afinal o poder da relação terapêutica anteriormente mencionado:

“E muitas vezes o que pode acontecer realmente, quer os médicos de família, quer os médicos em geral, nós psiquiatras também, poderemos estar muito subcarregados, a pessoa

quer um, precisa de qualquer coisa e agarra-se numa caneta e prescreve-se, não é?” (MP, Mulher, Entrevistado 4)

“Exactamente. E saber: “Olhe Dra., eu acho que consigo, eu estou agora mal mas eu acho que só preciso da sua ajuda” ... Eu tenho doentes que me dizem que realmente foi muito bom ter cá vindo e falar ... “já saio daqui melhor”. Pode ser que daqui a oito dias volte lá exactamente na mesma, mas ... eu acho que as pessoas tem de, precisam de falar e nós de deixámos de ter tempo para falarmos com os doentes.” ((MF, Mulher, Entrevistado 2)

Os relatos quanto à cronicidade ou à pontualidade do consumo destes medicamentos não são muito esclarecedores quanto à importância desta categoria no âmbito da psicomedicalização e da psicofarmacologização.

Quando são questionados sobre as diferenças entre medicamentos tradicionais e recentes, surge a noção de que os antidepressivos mais recentes, tendo menos efeitos secundários, são mais facilmente prescritos, sendo os antidepressivos tradicionais utilizados praticamente apenas nas pessoas que têm uma depressão prolongada e resistente às moléculas que constituem os antidepressivos mais recentes. No que toca aos calmantes, pouca inovação houve, daí que os entrevistados refiram que continuam a utilizar os mais antigos. Assim, a melhor tolerância dos antidepressivos mais recentes é também uma justificação para sua maior prescrição:

“Eu não me lembro de há vinte anos atrás dar tantos... não é que dê muitos, mas medicar tanto como medico agora. Para já não havia tantas ferramentas, porque os que havia tinham muito mais efeitos secundários ... e pronto.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

As fontes de informação, sobre medicamentos, mais valorizadas pelos médicos entrevistados são as esperadas *a priori*: congressos, livros e revistas especializados em psicofarmacologia, a internet, as reuniões ou conversas informais com colegas, e a propaganda médica. O que surge de interessante neste contexto é o facto de os médicos de família relatarem que *aprendem com a prescrição dos psiquiatras*, ou seja que ao encaminharem um doente para a Psiquiatria, confirmam posteriormente a prescrição passada pelos colegas especialistas e confrontam-na com a que eles fariam ou eventualmente já fizeram:

“Mas nós por exemplo agora quando referenciamos os doentes é feito por um programa aqui no computador, e eles dão a resposta para cada doente. E então percebemos como é que estão a actuar.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

Referem igualmente reuniões que são feitas com alguma periodicidade por médicos de várias especialidades, não só psiquiatras, em que estes fazem uma formação aos colegas generalistas:

“(...) e depois nós temos muitas vezes reuniões com psiquiatras, e depois temos outra coisa, normalmente até nós vemos muito as próprias medicações dos psiquiatras.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

Assim se começa a delinear o estatuto entre as duas especialidades.

3.4. Percepções recíprocas quanto à divisão do trabalho médico entre Médicos de Família e Médicos Psiquiatras na gestão da saúde mental

Segundo o discurso dos médicos entrevistados, a principal diferença entre estas duas especialidades, no que concerne a depressão e a ansiedade, é o estágio em que o paciente se encontra quando vai a uma consulta de medicina geral e familiar ou a uma consulta de psiquiatria. Assim, retomando a distinção estabelecida anteriormente entre depressão *minor* e depressão *major*, os médicos entrevistados afirmam que os médicos de família afirmam ter maior contacto com pacientes com depressões mais ligeiras, as que denominam de depressão *minor*, enquanto que os médicos psiquiatras afirmam só prover às depressões mais graves, a depressão *major*. Esta divisão é afirmada tanto por médicos de família que assumem a gestão das depressões mais leves e atribuem o cuidado das depressões graves aos psiquiatras, quanto vice-versa.

Deste modo, também as suas abordagens da depressão e da ansiedade divergem, os médicos de família dizem mobilizar fármacos mais “leves” e não fazer associação de medicamentos, reconhecendo não se sentir à vontade nem possuir formação para mobilizar recursos farmacológicos mais “agressivos”:

“Portanto, eu acho que nós trabalhamos numa primeira linha com doentes que, teoricamente, não são os doentes mais graves, não é. Embora haja exceções, mas não são os doentes mais graves, também não nos habituamos a ter ferramentas tão potentes.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

“Mais generalista. Por exemplo, sei lá, ansiolíticos. Eu faço uma medicação mais generalista. Depois nos antidepressivos posso juntar um ou outro, mas já não mobilizo mais, porque a forma de manipular depois o juntar este e aquele e aqueloutro e aqueloutro, eu já não me sinto à vontade. Portanto isso é para eles. Nós temos um manancial de medicação e

eles depois têm um outro mais específico, movimentam muito melhor os tipos de medicamentos, as interações de uns com os outros, e até porque as situações que vão parar a eles são sempre mais graves.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

Os Médicos Psiquiatras, por sua vez, reclamam para si a doença depressiva mais grave, mais “perigosa” para os doentes que a desenvolvem e que pode apenas ser tratada e controlada farmacologicamente com recursos terapêuticos mais complexos. Este é o seu domínio profissional, divisão suportada também pelos discursos dos médicos de família:

“Eu habitualmente acho que os quadros graves, evidentemente, tocam noutras patologias, precisam de ser vistos por especialistas, não é?” (MP, Mulher, Entrevistado 4)

“E [os psiquiatras] mais facilmente fazem por exemplo associação entre os vários medicamentos e os Médicos de Família não, mas eu acho que também é uma coisa que faz algum sentido, tem a ver com aquilo que é a nossa prática clínica que é só medicar a doentes com problemas psiquiátricos, portanto acho que temos obviamente maior conhecimento, mais experiência e mais à vontade em manejar uma série de fármacos e às vezes em conjugar esses fármacos, que os MF não têm porque também não será se calhar a sua obrigação.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

“Eu acho é que nós não temos, porque não é nossa especialidade, formação suficiente e segurança suficiente para fazer o que eles fazem. Para já não temos tal conhecimento suficiente. Isso é para, porque isso, cada macaco no seu galho.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

Assim, as principais diferenças apontadas mutuamente entre médicos de família e médicos psiquiatras são as circunstâncias de prescrição e o tipo de dosagem ou associação de medicamentos feitos por uns e outros. Deste modo, os médicos de família prescrevem tendo como referência pacientes menos graves e utilizam por conseguinte menos recursos terapêuticos (normalmente um antidepressivo e um ansiolítico) e em doses menores; os médicos psiquiatras referem-se a doentes mais graves e por isso utilizam mais recursos terapêuticos (normalmente mais do que um tipo de antidepressivo, mais do que um ansiolítico, associando também estabilizadores de humor) e em doses maiores.

“Imagine. Um médico de família imagine, tem dois mil doentes ou tem mil e quinhentos. Se calhar tem dez com depressões graves... centenas... [com depressão ...] ...minor. Coisas pequeninas. E eles de facto, quando falam de depressão, muitas vezes estão-se a referir a esta grande maioria que para nós nem nos chegam. Portanto, o que nos chega são estes dez graves.” (MP, Mulher, Entrevistado 3)

“Eu penso que ... é como qualquer especialista e um médico de família, não é. Um especialista tende a fazer um diagnóstico mais rigoroso e sobretudo, ver situações que são menos frequentes, não é. Um clínico geral, por natureza está ... apetrechado para ver situações menos graves e mais frequentes.” (MP, Homem, Entrevistado 1)

Quanto ao tipo de diagnóstico efectuado por uma e outra especialidade, as diferenças que ressurgem do discurso dos entrevistados remetem para a noção de que o médico psiquiatra fará um diagnóstico mais específico, conseguindo discernir melhor do que os médicos de família determinadas situações mais raras e que podem ser confundidas com a depressão ou a ansiedade,

“Por exemplo há doentes que têm depressões em que o diagnóstico não pode ser propriamente só de depressão ou episódio depressivo. Pode ser outra doença, porque às vezes as pessoas interpretam como depressão outro tipo de doenças, por exemplo. Isso pode acontecer.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

“E não sei se às vezes são muito mais certos, mas pelo menos ... É assim, se calhar, eles também têm uns saberes, um saber diferente em determinada ... o que é que são os quadros clínicos, o que é que alguma coisa pode significar ... Eu continuo a achar que os psiquiatras, nestas situações, devem funcionar para as situações mais pesadas.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

Assim, os entrevistados (tanto os psiquiatras quanto os médicos de família) reconhecem um tipo de conhecimento mais especializado aos médicos psiquiatras, mas numa consideração geral os médicos psiquiatras concedem a legitimidade suficiente aos médicos de família para prescrever e diagnosticar os casos menos graves, enquanto os médicos de família reafirmam as suas competências técnicas afirmando que nas mesmas situações prescrevem e diagnosticam de uma forma semelhante, apelando a uma proximidade entre as duas especialidades. Esta constatação aponta para claros processos de delegação de trabalho padronizável encontrado nos referenciais teóricos da sociologia das profissões (ver Lopes, 2006). A diferença em relação ao que é relatado pelos médicos entrevistados é que, enquanto nessa reflexão, as demarcações são estabelecidas entre profissões e ocupações, o que este exemplo ilustra é uma demarcação de *expertise* no interior da profissão médica. Embora não constitua o objectivo principal desta investigação, demonstra, então, a utilidade de explorar estas lógicas profissionais no âmbito da Sociologia das Profissões, como anteriormente se tinha referido.

Os Psiquiatras, porém, parecem apelar mais para a diferenciação do diagnóstico mesmo nas situações mais leves, aquelas que consideram que os médicos de família terão capacidades para reconhecer. Parecemos estar então num campo de delegação do trabalho médico dos psiquiatras aos médicos de família,

“As semelhanças são essas, quando são casos ligeiros de uma maneira geral fazem o mesmo tipo de medicação.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

“Por outro lado acho que há situações que são tão comuns hoje em dia, nomeadamente a depressão e a ansiedade, que não podem ser só sequer tratadas por psiquiatras porque não existem psiquiatras suficientes para isso, nem será eventualmente necessário que sejam vistos numa consulta de especialidade. E a maioria dos Médicos de Família hoje em dia está habilitado a tratá-los.” (MP, Homem, Entrevistado 9)

Uma médica psiquiatra sublinha ainda mais as diferenças do diagnóstico referindo que os médicos de família utilizam classificações da doença diferentes que se prendem intrinsecamente ao tipo de doentes que assistem:

“Eu penso que são. Sobretudo porque, recentemente, houve um colega de medicina familiar que fez aqui uma apresentação e ficámos até a perceber que eles têm mesmo classificações diagnósticas diferentes das nossas. E aí percebi, de facto, quando falamos, falamos de coisas diferentes. Porque eles têm as classificações até quase depressões muito leves. Que para nós quase não existem.” (MP, Mulher, Entrevistado 3)

Portanto, no caso dos médicos psiquiatras, as *depressões muito leves* quase nem existem em termos de classificação da doença. De um modo muito claro, estas são do domínio dos médicos de família.

A ênfase no conhecimento e formação de uns e outros especialistas não é de relevar, uma vez que justifica esta divisão de trabalho entre as duas especialidades. Naturalmente, a Medicina Geral e Familiar tendo menos competências especializadas do que a Psiquiatria só poderia ficar encarregue do tipo de doença “menos complexa e menos grave”, aquela que com determinados contornos pode nem ser encarada como uma doença propriamente dita. Assiste-se assim a uma delegação do trabalho da Psiquiatria à Medicina Familiar enquanto a primeira incrementa o seu conhecimento mais especializado e retém o tipo de trabalho mais complexo, e, por isso, mais valorizado.

“Sim. E aos próprios conhecimentos do médico em questão. Porque eles têm um conhecimento muito mais aprofundado da parte psicológica e psiquiátrica que nós não temos. Porque a nossa função não é essa, a nossa função é no fundo tratar aquilo que de uma maneira mais geral abrange o doente, depois as especificidades de cada já faz parte dos especialistas.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

“...São, até porque repare...Quando as pessoas vão a uma consulta de especialidade, está-se muito mais virado para essa especialidade, quer a análise seja a psiquiatria, a gastro, ou...E portanto está-se muito mais orientado para essa especialidade. A avaliação é muito mais dirigida, as perguntas são muito mais incisivas, a procura de sintomas e sinais é muito mais direcionada e desse ponto de vista, claro que é diferente.” (MP, Mulher, Entrevistado 8)

E é esta posição de detentores de um conhecimento mais especializado que permite aos médicos psiquiatras afirmarem que são os médicos de família os responsáveis por este aumento prescritivo de antidepressivos e calmantes. Assim, a expansão da medicalização destas dimensões psicológicas estará a cargo dos Médicos de Família, pois são estes que lidam com a maioria dos casos de sofrimento psicológico. O aumento da prescrição destes medicamentos seria a sua responsabilidade, uma vez que são eles que assistem a maioria da população com sofrimento mental.

“Isto são impressões, não tenho dados...mas de certa maneira, já falámos nisso há bocadinho...há uma maior labilidade prescritora na clínica geral do que na psiquiatria.” (MP, Mulher, Entrevistado 8)

“Sim, eu acho que os médicos de família prescrevem muito mais antidepressivos que nós e muito mais benzodiazepinas que nós.” (MP, Mulher, Entrevistado 3)

Ainda os médicos psiquiatras referem outra situação que consideram mais grave que é a de, acompanhando este hiper-diagnóstico, estar também uma hipo-medicação, ou seja, os médicos de família diagnosticam muito mas prescrevem doses sub-terapêuticas.

“Aquilo que eu às vezes vejo que poderia ser diferente é que eu acho que às vezes por exemplo os Médicos de Família são um bocadinho conservadores nas doses de medicamentos que dão, nomeadamente antidepressivos. Acho que às vezes dão antidepressivos em doses muito baixas e depois os doentes não melhoram, já tinha aflorado esta questão, e não é que o doente não responda ao medicamento, o doente está a fazer o medicamento numa dose insuficiente para tratar. ” (MP, Homem, Entrevistado 9)

“E depois há outra coisa, e isso é uma enormíssima diferença, a terapêutica “tiro aos pássaros”. O que é isto? Meio disto, meio daquilo, meio de outra coisa...dez comprimidos todos meios...isso é uma coisa que não vê, ou se vê é raro, por que há um certo medo do uso da dose terapêutica, mas depois há muito mais risco pelas interações medicamentosas do meio mais meio mais meio...E às vezes aparecem pessoas medicadas com 5 antidepressivos, 3 benzodiazepinas...pronto. Isso é de facto uma profunda e frequente diferença...a hipodose com a hipermedicação.” (MP, Mulher, Entrevistado 8)

Pela sua parte, os Médicos de Família não pretendem interferir na área de *expertise* dos médicos psiquiatras, reconhecendo evidentemente o saber mais aprofundado que têm sobre a matéria, mas reclamam para si o facto de prestarem uma assistência contínua, de conhecerem os seus pacientes e de, por essa razão, conseguirem avaliar de maneira mais clara a situação em que estes se encontram. A relação prolongada que estabelecem com os “seus” pacientes é evidentemente valorizada pelos Médicos de Família, sublinhando a sua importância no acompanhamento do doente que afirmam ser diferente em relação ao feito pelos psiquiatras. Refere uma entrevistada que ambas as especialidades têm a mesma ferramenta de diagnóstico: a consulta, no entanto os doentes que vêm à sua consulta são os mesmos doentes há 20 anos, por isso conhece-os bem, melhor do que os Psiquiatras conhecem os seus doentes, perdendo, estes últimos, o valor terapêutico da relação médico-paciente, descrita no capítulo anterior.

“Porque um psiquiatra não tem grandes, um psiquiatra a sua arma, assim como para nós é a consulta, para eles é a consulta também. A grande ferramenta é a consulta. E aqui, para eles o diagnóstico é pela narrativa do doente.” (MF, Mulher, Entrevistado 5)

“Portanto, eu acho que, então às vezes os tempos de consulta são tão curtos e, lembra-me em Santa Maria de ver entrar doentes para gabinetes de psiquiatria e vê-los sair, estavam lá aquele quarto de hora, não me parece que num quarto de hora um psiquiatra fale com tempo com a pessoa. Entre passar medicação, ver, perguntar. É assim, eu acho que as pessoas precisam de ter tempo para falar. E eu acho que se perdeu a possibilidade de se dar tempo às pessoas para falar.” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

“Depende dos médicos de Psiquiatria e depende dos Médicos de Clínica Geral. Porque é assim, há médicos de Psiquiatria com quem os doentes não criam empatia, tal qual como não criam alguns com um médico de família, e neste foro a empatia é muito importante. Portanto, eles às vezes não querem ir ao médico psiquiatra, ou doutra especialidade, porque acha que o médico não lhe ligou nenhuma, por exemplo.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

Por outro lado, afirmam igualmente o seu conhecimento mais alargado sobre todas as áreas da medicina, chegando mesmo a afirmar que alguns psiquiatras só sabem prescrever, e

do mesmo modo que afirmam o maior conhecimento dos psiquiatras em termos farmacológicos, também se referem às suas práticas de prescrição de modo temerário. Assim, a prática prescritiva dos médicos psiquiatras pauta-se pela associação de diferentes medicamentos e pelas maiores quantidades que prescrevem:

“Portanto, nós quando enviamos para a Psiquiatria, eles mobilizam, movimentam as medicações de uma forma para já com mais prática, depois sem terem tanto medo, porque nós temos... E depois eles instituem medicações muito mais pesadas porque para já a situação é muito mais pesada e depois não têm problema nenhum. Do estilo, nós temos algum receio dos efeitos que possam acontecer, agora eles estão tão práticos a maleabilizar aquilo que juntam ali dois ou três ou quatro sem problema nenhum. [...] Porque depois é assim, ao passo que nós temos um conhecimento alargado de todas as especialidades e temos um leque de medicação para cada especialidade, para cada situação, eles não, portanto eles são só focalizados ali, só sabem aquilo e não sabem mais nada. São raros aqueles que conseguem fazer outras coisas, nem querem fazer.” (MF, Mulher, Entrevistado 7)

“Embora também a sensação e a experiência que eu tenho a nível de alguns psiquiatras é que ...pouco mais fazem, às vezes, do que fazem a medicação [prescreverem].” (MF, Mulher, Entrevistado 2)

“Sim, e normalmente nestas situações ligeiras eles também rapidamente devolvem o doente.” (MF, Homem, Entrevistado 10)

Concluindo, este síndrome mais leve, esta “tristisse”, como referiu uma entrevistada, que não chega a ser de facto tristeza, tratável com terapêuticas farmacológicas mais leves e por vezes até “apenas” com terapias não farmacológicas, apresentada como uma doença “menor” e mais “social”, representará a “nervosidade social” (Otero, 2006) que, escapando do domínio da Psiquiatria pela sua frequência, se instala no trabalho médico dos Médicos de Família. No entanto, pelo facto de esta por vezes não constituir de facto uma doença no discurso dos entrevistados, a prática clínica dos Médicos de Família parece exprimir a expansão desta psicomedicalização, sobretudo na vertente de “melhoria” descrita por Conrad (2007). Isto é, não se tratando de uma doença em termos absolutos, esta “tristisse”, esta *depressão comum* é descrita como uma dificuldade de adaptação dos pacientes, de interacção com o meio envolvente, deste modo, ao prescrever um antidepressivo ou um calmante, o médico está a ajudar o paciente a melhorar a sua performance social, ultrapassando as suas limitações performativas pessoais.

“Tem que haver, obviamente. Para já, a abordagem da depressão raramente é feita pelo psiquiatra. A depressão comum, o doente vai ao médico de família não vai ao psiquiatra.”
(MF, Mulher, Entrevistado 5)

No entanto, retomando mais uma vez o trabalho de Otero (2006), esta intervenção médica consiste numa reconversão do comportamento do indivíduo às expectativas de normalidade das sociedades contemporâneas e não na cura de um indivíduo com uma personalidade e essências particulares, cujo sofrimento mental não lhe permite a expressão dessa mesma singularidade.

Concluindo, o paciente, objecto desta psicomedicalização e psicofarmacologização, é, isso sim, normalizado e moldado às expectativas colectivas de felicidade e bem-estar e, por conseguinte, de saúde. Em última análise, a “tristesse” descrita pela entrevistada nº 5 representa uma inadaptação do indivíduo não a um meio-ambiente mais *stressante*, acelerado, competitivo ou solitário, mas uma inadaptação do indivíduo às expectativas que este meio ambiente tem em relação à sua performance social que se pressupõe pautada pela actividade, felicidade, responsabilidade e racionalidade.

Conclusões

Tendo em conta o tipo de ideologias terapêuticas expressas pelos médicos entrevistados, conclui-se que a medicação continua a ser a pedra de toque da gestão terapêutica do sofrimento mental, não sendo possível substituí-la por outras terapias não medicamentosas, exceptuando em casos muito particulares, normalmente menos graves. A prescrição de antidepressivos e de calmantes sublinha então a ideologia médica de que a depressão e a ansiedade são doenças com uma base física, química e neurológica. A medicação surge então como uma forma de “biologizar” a saúde mental, tornando-o numa doença *como as outras*, não obstante os médicos entrevistados sublinhem, em momentos, a incerteza quanto aos factores biológicos que a despoletam. De facto, como demonstrado, mesmo nas situações em que o diagnóstico oferece maior dificuldade, os medicamentos antidepressivos e calmantes surgem como forma de provar o diagnóstico médico, servindo exemplarmente como meio de expansão da medicalização mesmo em situações “de fronteira”.

Em termos de prática prescritiva, os medicamentos ansiolíticos parecem ser a primeira linha deste processo de psicomedicalização, uma vez que são o recurso mobilizado em primeiro lugar quando o paciente exprime uma queixa em termos de sofrimento psicológico. É o fármaco que se adequa, no discurso dos médicos entrevistados, a situações de urgência em que o sofrimento do paciente se agudiza, mesmo que este sofrimento ainda não se tenha

constituído verdadeiramente numa doença, medicamento falando. Assim, novamente, a prescrição inclui o paciente numa lógica de farmacologização, uma vez que comunica ao doente que o meio de dirimir o seu problema é o medicamento. E sendo o medicamento um recurso médico, apenas acessível nestes casos por prescrição médica, está também a incluir o paciente numa lógica de medicalização, comunicando-lhe que o seu problema está dentro da alçada da medicina.

Quanto ao perfil do doente, ao qual prescrevem antidepressivos e calmantes, os médicos oscilam entre uma postura de padronização e de individualização do paciente para justificar a patologização das suas dificuldades psicossociais. Deste modo, ao mesmo tempo que professam a individualidade dos pacientes e a crença de que “cada caso é um caso”, referem no seu discurso a importância de variáveis como o género, a idade, a inclusão social, a região, e as condições sócio-económicas, para descrever o tipo de pacientes que são alvo deste tipo de solução terapêutica. Assim, o que parece ser mais significativo, na leitura do seu discurso, é que os médicos entrevistados mobilizam essencialmente estas categorias para legitimar diferenças em termos de diagnóstico e uma diferente prática prescritiva do médico, como no caso da velhice. De facto, como se conclui posteriormente, o discurso médico que sublinha a originalidade de cada indivíduo cai por terra quando se percebe que este tipo de intervenção médica serve à adequação do indivíduo ao padrão de normalidade, e não à sua recondução a uma individualidade própria.

No que concerne às especialidades estudadas, a psicomedicalização parece consubstanciar-se na prática dos médicos de família uma vez que são estes que assistem a maioria da população, os casos mais frequentes, ficando os casos mais complexos e raros restringidos à acção dos psiquiatras, remetendo assim para formas de hierarquização de *expertise* entre as duas especialidades médicas. No entanto, embora sejam os médicos de família quem aparentemente executa esta psicomedicalização, pelo facto de ser ao cargo destes que ficam os casos mais leves de depressão¹², a verdade é que esta medicalização é corroborada e delegada pelos Médicos Psiquiatras. Por conseguinte, pese embora que estes últimos responsabilizem os médicos de família pela prescrição destes medicamentos em situações clinicamente *não relevantes*, quando afirmam que as depressões *lights* são o domínio dos médicos de família e que estes na generalidade têm as competências necessárias para as diagnosticar, estão a por um lado legitimar, enquanto médicos especialistas, esses

¹² Aqueles que poderão ser identificados com a vertente da medicalização designada, por Conrad (2007), como *melhoria*.

mesmos diagnósticos e consequente farmacologização, e por outro lado a desresponsabilizar-se por essa prática.

Deste modo, a psicomedicalização operada pela psicofarmacologização parece ser uma tendência corroborada por ambas as especialidades, embora uma seja apontada como maior responsabilidade pela sua *mise en place*. A psicomedicalização surge assim igualmente em duas vertentes, uma objectivamente patologizante do sofrimento psicológico e que recai sob a alçada dos médicos psiquiatras, reproduzindo o seu papel tradicional de controlo da doença mental; e outra vertente que se prende com o serviço que os médicos de família prestam em termos de saúde pública, numa lógica de prossecução de uma melhor performance social da população.

Again, we see here, in the guise of this wakefulness-promoting drug, the now familiar if not commonplace rehearsal of concern over the blurring or shifting boundaries between treatment and enhancement, and the broader articulation of cultural anxieties about a move 24/7 society in which sleep becomes increasingly optional if not obsolete. (Williams *et al.*, 2008: 815)

Por outro lado, a expansão da medicalização encontra eco no reposicionamento profissional de médicos psiquiatras e médicos de família, com a entrada destes últimos no tratamento do sofrimento mental e pela demissão dos primeiros das suas responsabilidades em relação a estes sofrimentos menores quando são os que melhor formação e experiência têm para diagnosticar e tratar qualquer questão relacionada com o foro mental.

Julgamos que seria útil, no futuro, a investigação mais aprofundada sobre esta demarcação do trabalho médico dos psiquiatras e dos clínicos gerais, no âmbito da saúde mental, uma vez que parecem existir pistas para a movimentação de processos de reposicionamento destas duas especialidades em torno deste campo profissional. A prescrição dos antidepressivos e dos calmantes na prática clínica destas especialidades extravasa assim o domínio da Sociologia da Saúde e ganharia em recolher contributos da Sociologia das Profissões.

Finalmente, consideramos ter possibilitado uma interpretação mais aprofundada sobre as ideologias terapêuticas subjacentes à prescrição deste tipo de psicofármacos que, pela sua dimensão no conjunto de medicamentos prescritos em Portugal e no resto do mundo, dá frequentemente pretexto a debates não só sobre o tipo de encargos que constitui no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, mas também sobre o seu significado e consequências em termos de Saúde Pública e da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Assim, não obstante o carácter circunscrito desta investigação, julgamos ter contribuído para a compreensão do fenómeno da prescrição de antidepressivos e calmantes, ao confirmar-se a utilidade da matriz teórica proposta. O seu alcance analítico deveria igualmente ser objecto de um aprofundamento futuro, em projecto de investigação de maior envergadura, que pudesse dar uma maior consistência empírica à adequação que as categorias estudadas demonstraram, neste trabalho de investigação, na explicação das ideologias terapêuticas de Médicos de Família e Psiquiatras.

Bibliografia e fontes de informação empírica

- Abraham, John (2010), “Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions”, *Sociology*, 44 (4), pp 603-622
- Almeida, J. Ferreira e J. Madureira Pinto (1990), *A investigação nas Ciências Sociais*, Editorial Presença, Lisboa, 4ª edição
- Álvarez, T. Fernández, *et al.* (2002), “Factores que influyen en la prescripción de benzodíacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria”, *Atencion Primaria*, 30 (5), pp. 297-303
- Antunes, Ricardo (2010), “Classes sociais e a desigualdade na saúde”, CIES e-working paper N.º 85/2010 (online)
Disponível em: <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP85Antunes.pdf>
- Balint, Michael (1998), *O Médico, o seu Doente e a Doença*, Lisboa, Climepsi Editores
- Bendtsen, Preben *et al.* (1999), “Prescribing benzodiazepines - a critical incident study of a physician dilemma”, *Social Science & Medicine*, 49, pp. 459-467
- Campos, Fernanda (2008), *Trabalhadores de Saúde Mental: incoerências, conflitos e alternativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira*, Dissertação de Doutoramento em Enfermagem Psiquiátrica, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (online)
Disponível em:
<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22131%2Ftde-19122008-153245%2Fpublico%2FFernandaNogueiraCampos.pdf&ei=4KWyTtepBYu18QON-cCaBQ&usq=AFQjCNGmItECg6a9DkcJjGSjGEnmhPjWPQ>
- Carapinheiro, Graça (1986), “A saúde no contexto da sociologia”, *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1, pp. 9-22.
- Carapinheiro, Graça (2005), “Do bio-poder ao poder médico”, *Revista Estudos do Século XX – Ciência, Saúde e Poder*, 5, pp. 383-398.
- Clamote, Telmo (2010), *Associações de Doentes e Protagonismo Leigo na Regulação Social da Saúde*. Tese de Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Clarke, Adele E., *et al.* (2003), “Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness and U.S. Biomedicine”, *American Sociological Review*, 68 (2), pp. 161-194

- Collin, Johanne; Nicole Damestoy; e Raymond Lalande (1999), “La construction d’une rationalité: les médecins face à la prescription des psychotropes aux personnes âgées”, *Science Sociales et Santé*, 17 (2), pp. 31-57
- Collin, Johanne; Marcelo Otero; e Laurence Monnais (org.) (2006), *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine – regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de L’Université du Québec
- Conrad, Peter (2007), *The medicalization of society*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press
- Deswain, Abraham (1990), “Expansion and Limitation of Medical Regime”, em *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare*, London, Routledge.
- Featherstone, M., (1993), “The Body in Consumer Culture”, em Michael Featherstone, Mike Hepworth, e Bryan S Turner (eds.) *The Body: Social Process and Cultural Theory*, London, Sage, pp.170-196
- Fernandes, A.A. (1997); *Velhice e Sociedade*, Oeiras, Celta
- Ferrazza, Daniele de Andrade, et al. (2010), “A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental”, *Revista Paidéia*, 20 (47), pp. 381-390
- Foucault, M. (2007), *El poder psiquiatrico*, Buenos Aires, Fondo de cultura económica
- Freidson, Eliot (1984), *La Profession Médicale*, Paris, Payot.
- Goffman, Erving (1986), *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, New York, Touchstone
- Guerra, Isabel C. (2006) *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*, Lisboa, Príncipe
- Ghiglione, Rodolphe, e Benjamin Matalon, (2001), *O Inquérito – teoria e prática*, Oeiras, Celta Editora
- Lindquist, Galina (2007), “Beyond Meaning: Globalization and the Icons of Power”, *Anthropology & Medicine*, 14 (3), pp. 307 – 320
- Lopes, Noémia Mendes (2003), *Automedicação: práticas e racionalidades sociais*, Dissertação de Doutorado em Sociologia, IUL-ISCTE.
- Lopes, Noémia Mendes (2006), "Tecnologias da Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp.107-134.

- Lopes, Noémia Mendes (org.) (2010), *Medicamentos e Pluralismo terapêutico: Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Lisboa, Edições Afrontamento
- Montagne, Michael (1992), "The promotion of medications for personal and social problems", *The journal of drug issues*, 22 (2), pp. 389-405
- Neresini, Federico (org.) (2003), *Sociologia della salute*, Roma, Carocci editore
- Nordon, David Gonçalves, e Carlos von Krakauer Hübner (2009), "Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais", *Diagnóstico e Tratamento*, 14 (2), pp. 66-9.
- Otero, Marcelo (2006), "Nervosité d'inadaptation: une folie sociale nécessaire?", em Johanne Collin, Marcelo Otero, e Laurence Monnais (orgs.) (2006), *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine – regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de L'Université du Québec, pp. 67-88
- Parsons, Talcott (1991), *The social system*, London, Routledge
- Quivy, Raymond, e Luc Van Campenhoudt (2008), *Manual de investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva
- Raposo, Hélder (2010), "Os imperativos da padronização no contexto das práticas médicas: pistas para um breve ensaio teórico", e-cadernos CES, (online), 10, pp. 91-109
Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos10/4%20-%20Helder%20Raposo.pdf>
- Rodrigues, Carla (2010), "Consumos terapêuticos: notas e reflexões metodológicas", em Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Edições Afrontamento, pp. 267-282
- Rose, Nikolas (2007), *The Politics of life itself – Biomedicine, Power, and subjectivity in the twenty-first century*, New Jersey, Princeton University Press
- Rose, Nikolas (2010), "Normality and pathology in a biomedical age", em B. Carter and N. Charles (eds.), *Nature, Society and Environmental Crisis*, Wiley-Blackwell, pp. 66-8
- Rosenfield, Sarah (1999) "Gender and Mental Health: Do women have more psycho pathology, men more, or both the same (and why)?", em V. Horwitz e Teresa C. Scheid (eds), *Handbook for the study of mental health – Social contexts, theories and systems*, New York, Cambridge University Press, pp. 348-360

Silva, L. Ferreira (2004), *Sócio-Antropologia da Saúde - Sociedade, Cultura e Saúde Doença*, Lisboa, Universidade Aberta

Sontag, Susan (1998), *A Doença como Metáfora e a Sida e as suas Metáforas*, Lisboa, Quetzal Editores

Stacey, M. e H. Homans (1978), “The Sociology of Health and Illness: its present state, future prospects and potential for health research”, *Sociology*, 12, pp. 281-307

St-Hilaire, Pierre Luc (2009), “De l’usage plastique des antidépresseurs : un révélateur des figures de l’individu contemporain”, *Esprit Critique, Revue Internationale de sociologie et de sciences sociales*, (online) 12 (01)

Disponível em : <http://194.214.232.113/Dossiers/article.asp?t03code=118&varticle=esp1201article12&vrep=1201>

Turner, Bryan S. (1987), “Medical Sociology”, *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage, pp.1-17

Whyte, S., S. Van der Geest, e A Hardon (2003), *Social lives of medicines*, Cambridge University press

Williams, S.J., J. Gabe e P. Davis (2008), “The Sociology of Pharmaceuticals: progress and prospects”, *Sociology of Health and Illness*, 30 (6), pp. 813-824

Williams, S.J., C. Seale, S. Boden, P. Lowe e D. Lynn (2009) ‘Waking up to Sleepiness’, em S. Williams, J. Gabe e P. Davis (eds.), *Pharmaceuticals and Society*, Chichester, Wiley-Blackwell, pp. 25–40.

Zola, Irving Kenneth (1975), “Medicine as an Institution of Social Control”, em Caroline Cox e Adrienne Mead (eds.), *A Sociology of Medical Practice*, Londres, Collier-Macmillan.

Fontes de informação empírica:

Comissão das Comunidades Europeias (2005), *Livro verde da Saúde Mental*, (online)
Disponível em: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf

ECORYS - Research and Consulting for the European Comission (2009), *Competitiveness of the EU Market and Industry for Pharmaceuticals*, Final Report, Vol. II, Roterdão, (online)
Disponível em: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/vol_2_markets_innovation_regulation_en.pdf

Furtado, Cláudia, e Inês Teixeira (2005), “Evolução da Utilização das Benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1999 e 2003”, Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde - Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde, Infarmed, (online)

Disponível

em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Estudo-BZD.pdf

ANEXOS

Anexo A - Caracterização sociodemográfica dos entrevistados:

Médicos de Família:

Entrevistado 2	
Anos de exercício da especialidade	24
Idade	55
Sexo	Feminino
Entrevistado 5	
Anos de exercício da especialidade	21
Idade	52
Sexo	Feminino
Entrevistado 6	
Anos de exercício da especialidade	22
Idade	53
Sexo	Masculino
Entrevistado 7	
Anos de exercício da especialidade	21
Idade	58
Sexo	Feminino
Entrevistado 10	
Anos de exercício da especialidade	16
Idade	56
Sexo	Masculino

Médicos Psiquiatras:

Entrevistado 1	
Anos de exercício da especialidade	25
Idade	52
Sexo	Masculino
Entrevistado 3	
Anos de exercício da especialidade	15
Idade	49
Sexo	Feminino
Entrevistado 4	

Anos de exercício da especialidade	21
Idade	53
Sexo	Feminino
Entrevistado 8	
Anos de exercício da especialidade	16
Idade	47
Sexo	Feminino
Entrevistado 9	
Anos de exercício da especialidade	10
Idade	38
Sexo	Masculino

Anexo B - Guião da Entrevista:

Grupo A - Ideologias terapêuticas

1. Perfil do doente a quem prescreve medicamentos calmantes ou antidepressivos

1.1. Considera, da sua experiência profissional, que se está a consumir cada vez mais calmantes e antidepressivos?

1.2. Da sua experiência clínica, existem alguns perfis tipo de pacientes aos quais prescreve calmantes ou antidepressivos?

1.3. Quais são os tipos de queixas/sintomas associados à prescrição destes medicamentos?

1.4. No final de uma consulta (em que o paciente expressa queixas como as que definiu como adequadas à prescrição de medicamentos antidepressivos/calmantes), já aconteceu não prescrever nenhum medicamento? Porquê?

1.5. Então é frequente os médicos prescreverem este tipo de medicamentos em situações que não são clinicamente relevantes? Em que situações?

1.6. Já lhe aconteceu, por exemplo, os pacientes virem à consulta já com a ideia de que deveriam tomar um antidepressivo ou um calmante e expressarem-lhe esta opinião? Ou em geral, os seus pacientes costumam demonstrar resistência quando lhes prescreve uma terapêutica medicamentosa? Em que condições é que isto acontece?

2. Trajectória terapêutica

2.1. Numa situação de prescrição de antidepressivos ou calmantes, qual é normalmente o número de consultas (em média) desde que o paciente expressa algumas queixas ou sintomas e a prescrição de medicamentos calmantes ou antidepressivos?

2.2. Costuma aconselhar outras práticas não medicamentosas, em conjunto com os medicamentos que prescreve? E qual o efeito disto? Pensa que podem vir a substituir os medicamentos?

2.3. O consumo destes medicamentos tende a ser crónico ou pontual?

2.3.1. Na sua experiência clínica, os pacientes a quem prescreve este tipo de medicamentos costumam tomá-los de uma forma crónica?

3. Ideologia do medicamento

3.1. Costuma optar por medicamentos antidepressivos ou calmantes mais recentes, ou julga que os antidepressivos ou calmantes “tradicionais” são mais eficazes?

3.1.1. Se sim/Se não, porquê?

3.2. Sobretudo em relação aos medicamentos novos, mas também em relação aos mais antigos, que fontes de informação mais valoriza para se informar/actualizar sobre estes medicamentos?

B- Estratégias e Lógicas de posicionamento profissional dentro da profissão médica

4.1. Na sua opinião, existe uma tendência para os Médicos de Família e os Médicos Psiquiatras prescreverem tipos de medicamentos diferentes?

4.1.1. E pensa que as circunstâncias de prescrição são diferentes?

4.1.2. E quanto ao acompanhamento do doente, a marcação da consulta seguinte?

4.2. O que é que distingue um diagnóstico de um Médico Psiquiatra do diagnóstico de um Médico de Família face às situações que descreveu? Ou não há grande diferença?

4.3. Como se posiciona quanto ao facto de estes medicamentos serem prescritos por outras especialidades médicas?

4.3.1. Acha que faz sentido, a prescrição destes medicamentos ser aberta a qualquer especialidade? Ou pensa que devia estar restringida aos Médicos de Família e Médicos Psiquiatras?

4.4. Se um paciente seu vier com uma prescrição de um Médico Psiquiatra/Médico de Família, na qual não se reconhece, altera a prescrição?

Anexo C - Grelha de análise de conteúdo:

<i>Dimensões</i>	<i>Categorias</i>
Medicalização das dimensões psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> - psicologização do indivíduo - neurobiologização do indivíduo - patologização de condições humanas anteriormente vistas como normais - naturalização de condições humanas pois são vistas como normais - perspectiva mista de condições humanas anteriormente vistas como normais - etiologia da depressão/ansiedade: biologização - etiologia da depressão/ansiedade: perspectiva sócio-ambiental - etiologia da depressão/ansiedade: perspectiva mista - responsabilização do indivíduo pela sua saúde - desresponsabilização do indivíduo pela sua saúde - mandato social para a saúde e boa performance social/comportamental
Ideologias terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> - ativismo prescritivo - prudência prescritiva - resistência prescritiva - psicofarmacologização - desfarmacologização - uso plástico dos antidepressivos (medicamento como modo mais acessível de atenuar uma falta de performance social) - cronicidade do tratamento/diagnóstico - melhoria tecnológica dos psicofármacos
Consequências da expansão da medicalização no trabalho das especialidades estudadas	<ul style="list-style-type: none"> - aumento dos casos de depressão/ansiedade escapam aos limites da psiquiatria, tornando essencial o trabalho da medicina geral e familiar - circunstâncias de prescrição diferentes - padrões de prescrição diferentes - padrões de divisão interna do trabalho entre médicos de família e psiquiatras - Relação terapêutica/accompanhamento do doente diferente

Curriculum Vitae

Informação pessoal

Apelido/ Nomes próprios	Zózimo, Joana Isabel Rocha		
Morada	Rua Manuel Soares Guedes, número 13, 3ªA 1170-206 Lisboa Portugal		
Telefone(s)	+351 21 096 23 56	Telemóvel	+351 91 716 53 50
Endereço de correio electrónico	joana.zozimo@gmail.com		
Nacionalidade	Portuguesa	BI	12650049
Data de nascimento	23 de Outubro 1984	Sexo	Feminino

Experiência profissional

Datas	Julho a Novembro de 2011		
Função ou cargo ocupado	Colaboradora no Projecto "MARLEANET" – MAritime LEarning NEtwork,		
Principais actividades e responsabilidades	Transcrição de entrevistas, preparação do inquérito por questionário. Sob a coordenação do Prof. Dr. Luís Sousa Martins		
Nome e morada do empregador	Mútua dos Pescadores - http://www.mutuapescadores.pt/new/index.php		
Tipo de empresa ou sector	Cooperativa de Seguros		
Datas	Fevereiro e Março de 2011		
Função ou cargo ocupado	Colaboradora no Projecto "Recategorização e Projecção Endogrupal"		
Principais actividades e responsabilidades	Assistência ao secretariado, gestão dos colaboradores, selecção das entidades onde o estudo decorrerá e estabelecimento de contactos institucionais com as mesmas.		
Nome e morada do empregador	Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS) em colaboração com o Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE		
Tipo de empresa ou sector	Centro de Investigação Universitário		
Datas	Fevereiro a Junho de 2011		
Função ou cargo ocupado	Colaboradora no Projecto IECL – Inquérito Europeu de Competências Linguísticas e no Projecto PISA - (Programme for International Student Assessment)		
Principais actividades e responsabilidades	Contactos institucionais com as escolas seleccionadas para aplicação do estudo; acompanhamento das operações logísticas e de comunicação facilitadoras da aplicação do estudo. Aplicação de testes de língua e de um inquérito por questionário em suporte informático. Upload dos dados e elaboração de relatórios de sessão.		
Nome e morada do empregador	GAVE/Min. Edu. – Gabinete de Avaliação Educativa/Ministério da Educação http://www.gave.min-edu.pt/		
Tipo de empresa ou sector	Instituto Público		
Datas	15 de Outubro 2009 a 31 de Janeiro de 2011		
Função ou cargo ocupado	Investigadora-júnior no Projecto "Diagnóstico da infecção VIH: representações e efeitos nas condições laborais", sob a coordenação da Prof. Dra. Mª Isabel Dias (em colaboração com o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – CIES/IUL)		

Principais actividades e responsabilidades	Participação na preparação do questionário; coordenação do trabalho de aplicação do inquérito por questionário (realização de contactos institucionais necessários à aplicação; recrutamento dos entrevistadores, acompanhamento e coordenação dos mesmos); organização da contabilidade; construção da base de dados em SPSS e inserção dos dados; análise de dados; participação na redacção do relatório final.
Nome e morada do empregador	IS-FLUP - Instituto de Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, http://www.letras.up.pt/isociologia/
Tipo de empresa ou sector	Centro de Investigação Universitário
Datas	Desde 1 de Outubro de 2008 – 31 de Agosto de 2011
Função ou cargo ocupado	Assistente Auxiliar Convidada Docente da Disciplina de Sociologia da Saúde
Principais actividades e responsabilidades	Actividades relacionadas com a Docência. Desenvolvimento de curricula adequados aos cursos em que a unidade curricular era leccionada (Radiologia e Terapia da Fala)
Nome e morada do empregador	Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Campus Universitário, Quinta da Granja, Monte de Caparica http://www.egasmoniz.edu.pt/
Tipo de empresa ou sector	Cooperativa de Ensino Superior
Datas	Abril e Maio de 2008
Função ou cargo ocupado	Entrevistadora
Principais actividades e responsabilidades	Aplicação de inquéritos, em situação presencial, nos concelhos de Lisboa e da Guarda no âmbito do projecto " <i>Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais</i> ", financiado pela FCT, sob a coordenação da Prof. Dra. Noémia Mendes Lopes.
Nome e morada do empregador	CIES/IUL – Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE/IUL, Edifício ISCTE, Lisboa, www.cies.iscte.pt
Tipo de empresa ou sector	Centro de Investigação Universitário
Datas	19 de Novembro 2007 a 30 de Setembro de 2009
Função ou cargo ocupado	Bolseira de Investigação no Projecto financiado pela FCT: <i>Factores de Sucesso e de Abandono Escolar no Ensino Superior: uma análise comparativa</i> (Consórcio SOCIUS-ISEG, CES-UCL, CISISCTE); sob a coordenação do Prof. Dr. José Maria Carvalho Ferreira – SOCIUS/ISEG
Principais actividades e responsabilidades	Elaboração e Aplicação de um inquérito por questionário; inserção dos dados em SPSS e Excel; análise estatística e de conteúdo dos dados; Elaboração e aplicação de entrevistas semi-directivas e análise qualitativa das mesmas; redacção do Relatório Final, etc.
Nome e morada do empregador	CES – Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, Colégio S. Jerónimo Coimbra, www.ces.uc.pt
Tipo de empresa ou sector	Unidade de Investigação, Laboratório Associado – Fundação para a Ciência e a Tecnologia
Datas	Maio a Setembro de 2007
Função ou cargo ocupado	Formação e Estágio Profissional apoiado pelo IEFP em <i>Accounts Payable</i> , Departamento Italiano.
Principais actividades e responsabilidades	Digitalização de documentos de contabilidade com o software OCR® para posterior processamento dos pagamentos aos fornecedores de todo o grupo SOLVAY (a nível mundial) - mas maioritariamente, aos de origem italiana. Comparação de facturação/recibos, contabilidade, etc.
Nome e morada do empregador	3S SOLVAY, Lda - www.3ssolvaysharedservices.com

Tipo de empresa ou sector	Centro de Serviços Partilhados
Datas	Fevereiro de 2007 a Abril de 2007
Função ou cargo ocupado	Entrevistadora e Gestora de dados no estudo NetPanel – Medição de Audiências na Internet
Principais actividades e responsabilidades	Gestão e Controlo de qualidade do Painel de Lares a partir do qual são retirados os dados que depois vão constituir as audiências na internet. Assegurar que o programa de registo da navegação dos lares está devidamente instalado em funcionamento através do contacto telefónico com os participantes.
Nome e morada do empregador	Marktest - www.marktest.pt
Tipo de empresa ou sector	Estudos de Mercado
Datas	Julho 2005 - Setembro 2005
Função ou cargo ocupado	Entrevistadora
Principais actividades e responsabilidades	Realização de inquéritos por telefone para diversos estudos, entre os quais Barome Consumo e o NetMeios.
Nome e morada do empregador	Marktest - www.marktest.pt
Tipo de empresa ou sector	Estudos de Mercado
Datas	1 de Setembro 2004 - 31 de Agosto 2005
Função ou cargo ocupado	Técnica Administrativa
Principais actividades e responsabilidades	Secretariado, Contacto com clientes, Assistência na Contabilidade do escritório
Nome e morada do empregador	Gabinete de Contabilidade de António Rosa Zózimo, ROC nº 914
Tipo de empresa ou sector	Revisão Oficial de Contas

Formação académica e profissional

Datas	Desde Outubro de 2007 (entrega da dissertação de Mestrado a 15 de Novembro de 2011)
Designação da qualificação atribuída	Frequência do Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença (1ª edição)
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	ISCTE/IUL - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/Instituto Universitário de Lisboa
Datas	25 de Fevereiro a 27 Maio 2009
Designação da qualificação atribuída	Curso de <i>Introdução à Análise de Redes Sociais</i>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	SOCIUS/ISEG – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações / Instituto Superior de Economia e Gestão
Principais competências profissionais	Introdução à teoria, métodos e procedimentos de análise de redes sociais, com ênfase nas questões organizacionais e socioeconómicas. Recurso ao software <i>UCINET VI</i> e <i>NETDRAW</i> .
Datas	9 de Maio a 7 de Junho de 2008
Designação da qualificação atribuída	Curso de especialização em “Análise de Conteúdo Assistida por Computador” – Programa MAXqda® e sua articulação com o Excel® e o SPSS® (duração de 24 Horas), equivalente a 6 ECTS.

Nome e tipo da organização de ensino ou formação	ISCTE/IUL - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/Instituto Universitário de Lisboa
Classificação Final	14 valores
Datas	Outubro 2002 - Setembro 2006
Designação da qualificação atribuída	Licenciatura em Sociologia
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	ISCTE/IUL - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/Instituto Universitário de Lisboa
Principais disciplinas/competências profissionais	Sociologia da Saúde, Sociologia das Relações Étnicas, Sociologia da Comunicação, Sociologia da Cultura, Estatística e Análise de Dados, Sociologia da Arte, História Económica e Social
Informações Adicionais	(Setembro 2005 – Julho 2006) Frequência de um ano lectivo na Facoltà di Sociologia dell' Università La Sapienza, em Roma (Itália), ao abrigo do Programa Sócrates/Erasmus
Classificação Final	15 valores
Datas	Setembro 1999 - Junho 2002
Designação da qualificação atribuída	Ensino Secundário – Vertente de Humanidades
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escola Secundária Anselmo de Andrade - Almada
Principais disciplinas/competências profissionais	Filosofia, Português A, Oficina de Expressão Dramática, Inglês, Francês.
Classificação Final	18 valores

Aptidões e competências pessoais

Primeira língua	Português									
Outra(s) língua(s)										
Auto-avaliação	Compreensão				Conversaço				Escrita	
Nível europeu (*)	Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral			
Inglês	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	C1	Utilizador avançado
Italiano	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	C1	Utilizador avançado	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente
Francês	B1	Utilizador independente	C1	Utilizador avançado	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente
Castelhano	B1	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	A2	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico
	(*) Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)									

Aptidões e competências sociais	Ótima capacidade de adaptação e de comunicação. Ótima capacidade de trabalho em equipa. Tolerância e capacidade de ouvir. Experiência de trabalho em ambientes multiculturais.
Aptidões e competências de organização	Boa capacidade de gestão e coordenação de um grupo de trabalho adquirida ao longo do meu percurso académico e profissional. Ótimo sentido de organização, responsabilidade e autonomia. Pro-actividade.
Aptidões e competências informáticas	Conhecimentos avançados software Office® (Word®, Excel®, Powerpoint®, etc) Certificado Tecnidata Bons conhecimentos de software estatístico (SPSS ®). Bons conhecimentos do Software de Gestão SAP®. Certificado SAP Bons conhecimentos de OCR® – Optical Character Recognizer by Readsoft Bons conhecimentos de MaxQDA ® Internet na óptica de utilizador (avançado) Windows XP® e Mac OS X®, na óptica de utilizador
Aptidões e competências artísticas	Conhecimentos de representação, cenografia e produção adquiridos como membro do grupo de teatro académico do ISCTE - mISCuTEm, entre 2002 e 2005, durante a frequência num Curso de Verão em 2005 na Associação In Impetus e na participação da equipa de animação do evento Vila Natal em Óbidos.
Informação complementar	Membro do SOCIUS/ISEG - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações do Instituto Superior de Economia e Gestão desde Novembro de 2008. Colaboradora da Amnistia Internacional – Portugal desde 2007