

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**MARCELA PERALVA AGUIAR**

**PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: O**  
**DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA NO**  
**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL**  
**DO RIO DE JANEIRO**  
**(1984-1998)**

**Rio de Janeiro**  
**2014**

**MARCELA PERALVA AGUIAR**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Robert Wegner

Rio de Janeiro  
2014

**MARCELA PERALVA AGUIAR**

**PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: O  
DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA NO  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO  
(1984-1998)**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Robert Wegner (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

---

Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins (Instituto de Comunicação e Saúde -Fiocruz)

---

Profa. Dra. Jane Russo (Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

---

Profa. Dra. Ana Teresa Venancio (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Prof. Dr. Flávio Edler (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Suplentes:

---

Prof. Dr. Débora Diniz (Programa de Pós-Graduação em Política Social da  
Universidade de Brasília)

---

Prof. Dr. Tânia Fernandes (Programa de Pós-Graduação em História das  
Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

A282p AGUIAR, Marcela Peralva.

Programa de Ansiedade e Depressão: o desenvolvimento da psiquiatria biológica no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984-1998) / Marcela Peralva Aguiar. – Rio de Janeiro: s.n., 2014.

275 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014.

Bibliografia: f. 239-247.

1. Psiquiatria - História. 2. Psiquiatria biológica. 3. Programa de Ansiedade e Depressão. 4. Brasil. 5. Estados Unidos.

CDD616.89

**Para o João**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Casa de Oswaldo Cruz, instituição que tanto admiro, pelo ambiente acolhedor, por toda a estrutura oferecida para a realização desta pesquisa e, especialmente, pela generosidade e a seriedade de seus profissionais (professores e funcionários), que foram fundamentais para fortalecer em mim a alegria de pesquisar, necessária à realização de um trabalho desta magnitude.

Faço um agradecimento especial aos professores Flávio Edler, Luis Antônio Teixeira, Simone Kropf, Jaime Benchimol, Cristiana Facchinetti, Luiz Otávio, Claudia Bonan (IFF) e Ilana Löwy, pelas disciplinas cursadas, que tanto ampliaram o meu conhecimento.

Agradeço à FIOCRUZ de modo mais amplo, pela bolsa de estudos que subsidiou esta pesquisa e por toda a infraestrutura disponibilizada.

Ao meu orientador, o professor Robert Wegner, agradeço primeiramente pela confiança e aposta depositadas em mim e em meu trabalho, sem os quais esta pesquisa não seria possível. Robert, com sua postura pedagógica, rigorosa e aberta nas nossas orientações, permitiu a construção de um diálogo profícuo e instigante, que foi determinante para o avanço da pesquisa, bem como para o meu crescimento como pesquisadora de modo mais amplo. Agradeço, ainda, pelo estímulo que me deu para estabelecer uma interlocução com outros pesquisadores, o que também enriqueceu meu trabalho. Por tudo isso, muito obrigada!

À professora Cristiana Facchinetti, cujo trabalho muito admiro, agradeço por ter me acompanhado na fase inicial desta pesquisa, pelas indicações bibliográficas, bem como por todo aprendizado propiciado pelas disciplinas cursadas sob sua supervisão.

Ao professor Flávio Edler, agradeço pela generosidade, disponibilidade e rigor com que acompanhou minha pesquisa desde seu início, me estimulando a olhar meu objeto de estudo através de outros prismas, indicando importantes referências bibliográficas e me auxiliando no que concerne a realização das entrevistas.

À professora Ana Venâncio, agradeço pela leitura atenta, pelas indicações bibliográficas e pelas importantes recomendações feitas quando de sua participação na banca de qualificação, fundamentais para o aprimoramento da pesquisa.

À professora Tânia Fernandes, agradeço pelo ajuda que me deu acerca da metodologia da História Oral, pela indicação de bibliografia referente a este tema, bem como pelas instruções sobre como proceder nas entrevistas.

À professora Jane Russo, que acompanha minha trajetória acadêmica desde o mestrado no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, agradeço primeiramente pela generosidade com a qual me recebeu como ouvinte em sua disciplina sobre Medicamentos, ministrada no IMS, e por se disponibilizar a dividir sua experiência profissional comigo. Agradeço ainda pela leitura criteriosa, pelas importantes indicações bibliográficas e sugestões quando de sua participação na banca de qualificação do doutorado, determinantes para o avanço da pesquisa.

Ao professor Carlos Estellita-Lins, agradeço por ter me recebido em seu grupo de pesquisa no ICIT/Fiocruz, junto ao qual pude realizar diversos cursos que ampliaram sobremaneira minha formação como pesquisadora. Agradeço, ainda, por sua companhia e interlocução constante ao longo desta pesquisa, sempre disposto a dividir todo o seu conhecimento comigo, o que enriqueceu muito este trabalho.

À professora Gisele O´Dwyer agradeço por todo o carinho e aprendizado.

À Dra. Maria Tavares, diretora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ durante os anos de realização desta pesquisa (2010-2014), agradeço pela confiança depositada em mim e em minha pesquisa, por sua generosidade, disponibilidade e interlocução ao longo destes anos, sem os quais meu acesso às informações acerca do IPUB/UFRJ seriam muito difíceis.

Ao Dr. Octávio Serpa Jr., agradeço pela sua disponibilidade e interlocução, pelas conversas elucidadoras e pela entrevista concedida.

Ao Dr. Nikodem Edler, agradeço por sua generosidade e disponibilidade em dividir sua experiência profissional comigo, me auxiliando na reflexão dos temas abordados nesta tese.

A todos os entrevistados agradeço pela confiança e disponibilidade em dividir suas experiências profissionais. A contribuição de cada um foi imprescindível para o desenvolvimento desta pesquisa. Por ordem alfabética: Dra. Ana Beatriz Edler, Dalva de Castro M. da Silva, Dr. Jeremias Ferraz, Dr. Jorge Adelino, Dr. Octávio Domont de Serpa Jr., Dr. Portella Nunes e Dr. Romildo Bueno.

Agradeço a toda equipe de funcionários da Biblioteca do IPUB/UFRJ. Em especial, agradeço a Cátia Matias, chefe da biblioteca, que com sua característica receptividade, construiu nesta biblioteca o ambiente ideal para um pesquisador trabalhar. Agradeço ainda por ter me ajudado a encontrar documentos preciosos para minha pesquisa.

À professora Débora Diniz, agradeço primeiramente pela aposta e confiança depositadas em mim. Agradeço pelo convite para fazer parte da Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, cujo trabalho tanto admiro. Agradeço também por todo o material que me foi disponibilizado sobre bioética e ética em pesquisa e, principalmente, pelo carinho e atenção com que vem me acompanhando ao longo do doutorado.

Ao Clio-Psyché, grupo de pesquisa no qual iniciei minha vida acadêmica como bolsista de iniciação científica, agradeço pelas portas se manterem sempre abertas para mim, sendo um lugar onde tenho alegria de voltar, seja para pedir um conselho, uma ajuda, participar de um de seus Encontros ou simplesmente encontrar amigos e matar as saudades.

Agradeço, especialmente, à professora Ana Maria Jacó-Vilela, minha orientadora de tantos anos, que, com rigor, carinho e alegria ao mesmo tempo, me ensinou a dar os primeiros passos na vida acadêmica, permanecendo ao meu lado ao longo de toda a trajetória do mestrado e do doutorado, sempre disposta a marcar uma



conversa, indicar um texto ou dar uma sugestão. Ana sempre será uma importante referência para mim.

Agradeço à professora Heliana Conde pela generosidade, carinho e amizade com que vem acompanhando e incentivando minha trajetória acadêmica, desde quando eu era bolsista de iniciação científica do Clio-Psyché até o doutorado. Sempre disponível a compartilhar seu conhecimento comigo, seja com preciosas recomendações, textos ou mesmo com uma boa conversa, daquelas que desatam os nós.

Ao professor Arthur Leal agradeço pela generosidade, apoio e incentivo que sempre deu a minha vida acadêmica, sendo um interlocutor constante desde meus tempos de bolsista no Clio até o doutorado. Arthur me ajudou a definir caminhos e ampliou meus horizontes de pesquisa com suas indicações, sendo certamente um amigo com quem sempre pude contar.

Ao professor Benilton Bezerra Jr., agradeço por vir acompanhando minha trajetória acadêmica desde o mestrado, quando foi meu orientador, bem como pelo estímulo e incentivo que sempre deu a mim e a minha pesquisa.

Ao professor Francisco Ortega, agradeço pelas indicações e recomendações durante a fase inicial deste trabalho.

Aos meus amigos de turma (e aos amigos da turma) agradeço pelas experiências compartilhadas, pelos momentos de descontração, pelo carinho e interlocução constantes. Agradeço especialmente a Miguel e sua esposa Mônica, Luciana, Renata, Carla, Keith, Marcos, Mônica, Thiago, André, Daniele, Cleice, Érica, Claudio e Priscila.

Aos membros da banca de defesa, meu agradecimento especial por terem aceitado o convite.

Agradeço a minha família como um todo, pelo amor, apoio e compreensão com tantas ausências.

Em especial, agradeço ao meu marido, João Maurício, pelo amor, pelo apoio, pela interlocução e pela aposta no meu trabalho que, vale dizer, sempre estiveram presentes em nossa relação, mas que superaram todas as expectativas ao longo do doutorado! Muito obrigada, João!

Ao meu avô Francisco Osman (*in memoriam*), minha avó Rosalina e minha avó Ediria Peralva (*in memoriam*) agradeço pelo estímulo para a realização de todos os meus sonhos.

Ao meu pai, Roberto Osman, agradeço pelo amor, incentivo e principalmente, por ter cultivado em mim, desde cedo, o gosto pelos estudos.

Ao meu sogro, José Carlos, a quem tanto admiro, agradeço pelo apoio incondicional dado a mim e a minha pesquisa, bem como por ter oferecido o ambiente acolhedor de sua casa para finalização desta tese.

À Stella Olyntho, minha analista de tantos anos, agradeço pela escuta atenta, pela aposta e interlocução fundamentais para a travessia desta fase tão particular de minha vida profissional.

À Tia Taci, agradeço por manter sua casa sempre aberta para mim, e por me receber em sua família com tanto amor.

À minha amiga-irmã, Paula Rocha, agradeço pelas experiências compartilhadas, pela leveza diante da vida, pela interlocução, pelas risadas, pelo carinho e amizade de sempre!

Ao Eduardo Gomes, amigo que ganhei justamente durante o período de realização desta tese, agradeço pela companhia, interlocução, alegria e amizade.

Ao Francisco Viana e ao Rogério Haesbaert, agradeço pela amizade, carinho e estímulos recebidos ao longo destes anos de intensa pesquisa.

À Anete e à Catarina, agradeço pelo carinho e cuidado que sempre tiveram comigo e que foram especialmente reforçados ao longo da parte final deste trabalho.

À Rosane (dindinha), Renata Brito, Bruninho, Thaís, Tônia Rocha, Marquinhos, Lucas, Gabriela, Anita, Rachel, Vanessa, Gabriel, Mariana, Kadito, Cati, Juliana, Vivix, Bia, Adriana, Sabrina, Marcello, Débora, Vivian, Bernardo, Tatiana, Letícia, André, Nilton, Letícia morena, Aline e todos os meus amigos e amigas que estiveram ao meu lado ao longo desta fase tão especial da minha vida, agradeço pelo carinho, risadas, compreensão, paciência e pela visão de mundo compartilhada, ou seja, agradeço pela AMIZADE! PS: Todos vocês mereceriam uma página de agradecimentos cada um, mas tentarei desfazer essa injustiça depois pessoalmente.

*A irredução significa portanto desconfiança em relação ao conjunto das “palavras” que levam quase automaticamente à tentação de explicar reduzindo, ou de estabelecer uma diferença entre dois termos que os reduz a uma relação de oposição irreduzível. Em outros termos, e sigo aqui de novo a exigência feita por Latour em *Jamais Fomos Modernos*, trata-se de aprender a utilizar as palavras que não dão, como por vocação, o poder de revelar (a verdade por detrás das aparências) ou de denunciar (as aparências que ocultavam a verdade). O que não significa, é preciso deixar claro, chegar a um mundo onde todos sejam belos e gentis. Espero ser detestada, mas gostaria de tentar não ser execrada por aqueles que não desejo ofender. Ou seja, o conjunto daqueles que sofrem o poder mobilizador das palavras que os recrutam em campos antagônicos, sem apesar disso tomar parte ativa ligada à manutenção desse antagonismo<sup>1</sup>. (Isabelle Stengers)*

---

<sup>1</sup>STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002, pp.27-28.

## RESUMO

A partir da publicação do DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) pela Associação Americana de Psiquiatria nos anos de 1980, consolida-se no cenário internacional uma vertente da psiquiatria norte-americana denominada Psiquiatria Biológica. Neste trabalho, pretendemos analisar o modo como esta vertente psiquiátrica se desenvolve no Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ). Este Programa surge em 1984 e continua a existir até os dias de hoje. Ele se mostra relevante para nosso estudo por possuir, desde a fundação, a orientação da vertente biológica em suas pesquisas e por reunir importantes representantes desta vertente no cenário psiquiátrico fluminense, bem como por se situar no IPUB, instituição de grande representatividade junto ao meio psiquiátrico do Rio de Janeiro e, em certa medida, do Brasil. Para tanto, realizamos entrevistas com seus integrantes e analisamos uma série denominada Série Psicofarmacologia, publicada pelo Programa de Ansiedade e Depressão com o intuito de apresentar suas pesquisas. Esta Série é publicada no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* entre os anos de 1992 e 1998. O recorte temporal da nossa pesquisa compreende o período de 1984 a 1998. O ano de 1984 foi escolhido como marco inicial por ser o momento de fundação do Programa de Ansiedade e Depressão; o ano de 1998 foi selecionado como data limite de nossa análise por ser o momento em que o grupo de pesquisa do Programa se subdividiu e deu origem a mais dois outros programas e, ainda, por ser também o momento em que a Série Psicofarmacologia se extingue – o que acreditamos ter relação com a divisão do grupo de pesquisa. Desse modo, nossa pesquisa visa contribuir para a compreensão das bases sobre as quais os discursos da Psiquiatria Biológica se sustentam e se inserem neste contexto institucional específico.

**Palavras-chave:** História da Psiquiatria; Brasil; Estados Unidos; Programa de Ansiedade e Depressão; Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ)

## ABSTRACT

The publication of the DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) by American Psychiatric Association, in 1980, has consolidated in the international scene an aspect of american psychiatry, called Biological Psychiatry. In this work, we intend to examine how the Biological Psychiatry has been developed in Anxiety and Depression Program of the Institute of Psychiatry at UFRJ (IPUB / UFRJ), Rio de Janeiro. This Program appears in 1984 and continues to exist until now. It is relevant to our study because (a) since its foundation, the Anxiety and Depression Program has followed the orientation of Biological Psychiatry in its researches and (b) because it gathers important representatives of this orientation in Rio psychiatric setting; it is relevant too because (c) this Program is situated in IPUB/UFRJ, an institution that has a large representation in the psychiatric setting of Rio de Janeiro and, to some extent, Brazil. To this end, we have made interviews with its members and analyzed a series of papers called Psychopharmacology Series, published by the Anxiety and Depression Program in order to present its researches. This Series is published in the Brazilian Psychiatry Journal between 1992 and 1998. Our research covers the period between 1984 and 1998. The year of 1984 has been chosen as the starting point of this research because it was when the Anxiety and Depression Program has been founded; and the year of 1998 was selected as the final date for our analysis because in this year the Program research group was subdivided and gave rise to two other Programs; it was chosen also because, in this same year, the Psychopharmacology Series has been extinguished - what we believe related to the division of the research group. Thus, our research aims contribute to a better comprehension of the foundations in which the Biological Psychiatry discourses get support in this particular institutional context.

**Key-words:** History of Psychiatry; Brazil; United States; Anxiety and Depression Program; Institute of Psychiatry at UFRJ (IPUB/UFRJ)

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
------------------------	-----------

<b>CAPÍTULO 1 - ASCENSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA NORTE-AMERICANA.....</b>	<b>29</b>
---	-----------

<b>1.1- A segunda guerra mundial e seus impactos.....</b>	<b>35</b>
1.1.1- A psicanálise nos Estados Unidos.....	37
<b>1.2- A psiquiatria no banco dos réus.....</b>	<b>40</b>
<b>1.3 A construção do DSM.....</b>	<b>42</b>
1.3.1 - DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV: uma psiquiatria baseada em evidências.....	48
1.3.2 A Psiquiatria Biológica e a Indústria Farmacêutica.....	59

<b>CAPÍTULO 2 - A PSIQUIATRIA BIOLÓGICA E A PSICOFARMACOLOGIA: UMA RELAÇÃO PARTICULAR.....</b>	<b>64</b>
--	-----------

<b>2.1 - A especificidade dos diagnósticos.....</b>	<b>65</b>
<b>2.2 - O estabelecimento da psicofarmacologia .....</b>	<b>69</b>
2.2.1- A chegada da clorpromazina nos Estados Unidos .....	71
<b>2.3 - A especificidade dos ensaios clínicos em psiquiatria.....</b>	<b>74</b>
<b>2.4 - A consolidação do uso dos psicofármacos e seus efeitos de longo prazo.....</b>	<b>83</b>
<b>2.5 - O complexo médico-industrial na psiquiatria.....</b>	<b>85</b>
<b>2.6 - Tecnociência: a ciência tornada profissão.....</b>	<b>91</b>

<b>CAPÍTULO 3 - O IPUB E O PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO..</b>	<b>102</b>
--	------------

<b>3.1- O IPUB e suas direções.....</b>	<b>106</b>
<b>3.2 - O Programa do Lítio: Raízes.....</b>	<b>118</b>
<b>3.3 - Programa de Ansiedade e Depressão .....</b>	<b>124</b>
<b>3.4 - Entrelaçando as gerações.....</b>	<b>135</b>

<b>CAPÍTULO 4 - CIÊNCIA, DOENÇA E TRATAMENTO NA SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA (1992-1994).....</b>	<b>145</b>
--	------------

<b>4.1- Série Psicofarmacologia: os anos de afirmação.....</b>	<b>147</b>
4.1.1 - Do transtorno à normalidade: o tratamento.....	150
4.1.2- A doença e a “lógica do mal menor” .....	153
<b>4.2 - Fundamentos da Psiquiatria Biológica.....</b>	<b>158</b>
<b>4.3- O Princípio da incerteza e a prescrição.....</b>	<b>163</b>
<b>4.4- Considerações Finais.....</b>	<b>175</b>
<b>CAPÍTULO 5 - SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA 1994-1998: O PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO INSERIDO NA REDE DO DSM.....</b>	<b>179</b>
<b>5.1- Comorbidade e automedicação: a análise de um caso clínico especialmente complicado.....</b>	<b>180</b>
<b>5.2- Critérios diagnósticos: um caso de Fobia Social.....</b>	<b>188</b>
<b>5.3- Entidade nosológica e comorbidade.....</b>	<b>196</b>
5.3.1 - Uma nova classe de medicamentos: os Inibidores de Recaptação de Serotonina.....	202
<b>5.4- Efeitos colaterais: um problema frequente.....</b>	<b>209</b>
<b>5.5- Considerações finais.....</b>	<b>218</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>221</b>
<b>FONTES DE PESQUISA.....</b>	<b>231</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>248</b>
Anexo 1 – Lista Completa dos Entrevistados.....	249
Anexo 2 – Tabela: Série Psicofarmacologia (1992-1998).....	250
Anexo 3 – Escala Global (CGI).....	268
Anexo 4 – Escala de Hamillton para Depressão ( com 17 itens).....	269
Anexo 5 – Escala Sheehan para Ansiedade (PRAS).....	271
Anexo 6 - Escala Y-BOCS para Sintomas Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	273
Anexo 7 – Árvore Genealógica: Programa de Ansiedade e Depressão .....	276

## INTRODUÇÃO

*Entraremos em fatos e máquinas enquanto estão em construção; não levaremos conosco preconceitos relativos ao que constitui o saber; observaremos o fechamento das caixas-pretas tomando cuidado de fazer a distinção entre duas explicações contraditórias desse fechamento, uma proferida depois dele, outra enquanto ele está sendo tentado. Essa será nossa primeira regra metodológica, a que possibilitará nossa viagem<sup>2</sup>. (Bruno Latour)*

Desde seu nascimento no século XVIII<sup>3</sup>, a psiquiatria se constitui como disciplina pertencente ao campo médico, sem jamais ter se enquadrado completamente em sua metodologia. Assim, ora é propagada como uma especialidade médica, fundada no conhecimento objetivo das causas físicas e dos quadros psicopatológicos, ora como uma “medicina especial”, voltada para o entendimento das causas morais, que abarcam fatores psicológicos, sociais e culturais das perturbações da mente<sup>4</sup>.

Desse modo, percebemos no final do século XIX grande influência no campo psiquiátrico de teorias que tentavam explicar a doença mental<sup>5</sup> a partir de fatores exclusivamente biológicos, hereditários. A partir do segundo pós-guerra, estas teorias de cunho fisicalista saem de cena e ganham destaque as teorias de cunho moral-humanista,

---

<sup>2</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000, p. 31.

<sup>3</sup> O nascimento da psiquiatria recebe diferentes leituras, contudo é um consenso entre os estudiosos da psiquiatria que é a partir do século XVIII que esta disciplina se constitui. CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editoras Graal, 1978; FOUCAULT, M. A grande internação. In *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002, pp.45-79; SERPA, Jr. O. D., Sobre o nascimento da Psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, n.3, Rio de Janeiro: UFRJ, 1996, pp. 15-30.

<sup>4</sup> BEZERRA Jr., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade *Cadernos IPUB* vol. VI, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 2000, pp.158- 177; SWAIN, Gladys. “Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale.” In SWAIN, Gladys. *Dialogue avec l'insensé*. Paris: Ed. Gallimard, 1994, p. 261-281.

<sup>5</sup> Ao longo da história da psiquiatria são muitas as denominações utilizadas para se referir aqueles que precisam de tratamento psiquiátrico. Dependendo da abordagem teórico-metodológica utilizada estes são chamados de “loucos”, “doentes mentais”, “usuários dos serviços de saúde mental”, portadores de “distúrbios mental”, portadores de “transtornos mental” etc. A título de uniformização daremos preferência ao termo “doente mental” ou “doença mental”, com exceção de quando estivermos nos referindo a nomenclatura do DSM-III e DSM-III-R que no Brasil adotaram o termo “distúrbio mental” e o DSM-IV, publicado posteriormente, em 1994, que passa a chamar estes “distúrbios” de “transtornos mentais”. Vale destacar que na versão americana do DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV o termo se mantém sempre o mesmo, *disease* que em português pode significar distúrbio ou transtorno, sendo mais comumente traduzido como transtorno nos meios psiquiátricos atuais. Para mais informações ver: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed, 2002.



que percebiam a doença mental como uma doença multifatorial. Ao final do século XX, ocorre novamente a ascensão das teorias fisicalistas, que buscam tratar as questões psiquiátricas a partir de referenciais exclusivamente biológicos<sup>6</sup>.

Este movimento de retomada de um referencial exclusivamente fisicalista/biológico das doenças mentais, no campo psiquiátrico, demonstra estar ligado a diversos fatores que se articulam; fatores que vão desde (a) os avanços das técnicas e tecnologias científicas – dentre as quais destacamos as descobertas realizadas no campo da biologia<sup>7</sup> - (b) à influência de um novo estilo de pensamento<sup>8</sup> atuando sobre o campo psiquiátrico, (c) à busca da psiquiatria em se enquadrar nos padrões teórico-metodológicos da medicina mais ampla, (d) às disputas internas ao campo psiquiátrico, ao surgimento dos psicofármacos a partir dos anos de 1950<sup>9</sup>, (e) à demanda da indústria farmacêutica por diagnósticos específicos que, por sua vez, possam ser associados a medicamentos específicos<sup>10</sup> etc. Ademais, como Russo e Venâncio<sup>11</sup> argumentam, esta

---

<sup>6</sup> Estamos generalizando nossa análise a título de compreensão. Por isso, enfatizamos as tendências dominantes no cenário psiquiátrico do ocidente sem nos prendermos a um país específico. De qualquer modo, vale destacar alguns países nos quais este movimento cíclico da psiquiatria pode ser observado: dentre eles estão os Estados Unidos, a França e o Brasil. Para mais informações: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press, 1997; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. United States: Harvard University Press, 2003; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. United States: Harvard University Press, 2002; ROSENBERG, Charles. Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 49, n. 3, 2006, pp. 407-424; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM-III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n.3, 2006, p.460-485; SWAIN, Gladys. Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. In SWAIN, Gladys. *Dialogue avec l'insensé*. Paris: Ed. Gallimard, 1994, p. 261-281; BEZERRA Jr., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos IPUB* vol. VI, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 2000, pp.158- 177.

<sup>7</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*; BEZERRA Jr. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade. *op.cit.*, p. 162-163; SERPA, Jr. O. D. Mente, cérebro e perturbação mental. In: *Cadernos do IPUB*. Vol.VI, n.18. Rio de Janeiro:UFRJ, 2000, pp.144-157; SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998, p.165-239; ROSE, Nikolas. Neurochemical Selves. *SOCIETY*, New York, v.41, n.1, novembro/dezembro 2003, pp. 46-59; DUMIT, J. Is It Me or My Brain: Depression and Neuroscientific Facts. *Journal of Medical Humanities* 24, 2003, pp. 35-48; ROSE, Nikolas. Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *Biosocieties*, vol, 1, part. 4, December 2006, pp. 465-484.

<sup>8</sup> Referimo-nos a estilo de pensamento no sentido empregado por Ludwick Fleck. FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>9</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*, pp. 85-87; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*, pp. 43-77.

<sup>10</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*; ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007; RUSSO, J e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*; CAPONI, S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de

abordagem exclusivamente fisicalista/biológica parece, também, (f) produzir e responder a uma demanda dos próprios sujeitos por um sentido objetivo para seus conflitos e sofrimentos.

Segundo diversos autores<sup>12</sup>, a ascensão da vertente biológica ganha força com a publicação da terceira versão do DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* –, em 1980, que retira a nomenclatura psicanalítica de seu escopo classificatório e passa a se basear em critérios descritivos e objetivos de análise, deixando de fora a discussão acerca da etiologia das doenças psiquiátricas. Esta versão do manual representa o fim da hegemonia psicanalítica e a ascensão da Psiquiatria Biológica no campo psiquiátrico norte-americano.

Como mostraremos nos capítulos 1 e 2, esta abordagem psiquiátrica mantém uma relação bastante estreita com a indústria farmacêutica devido ao fato de esta ser a primeira vertente psiquiátrica a se apropriar do uso e da discussão sobre os medicamentos psicotrópicos nos países ocidentais – que, no entanto, já eram utilizados desde 1952 sem qualquer debate sobre seu uso<sup>13</sup>. Essa relação consolidou uma complexa rede que não apenas dissolveu as fronteiras entre a indústria farmacêutica e a Psiquiatria Biológica, como mutuamente reforçou a expansão de ambas em vários países ao redor do mundo, dentre eles o Brasil.

Russo<sup>14</sup> argumenta que estes discursos teriam começado a penetrar nos meios psiquiátricos nacionais a partir dos anos de 1980, vindo a se consolidar durante os anos de 1990. No entanto, os estudos históricos acerca deste tema ainda são escassos e grande parte da bibliografia referente à história da psiquiatria no Brasil, durante os anos

---

Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012; AMARAL, Adriano A. *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

<sup>11</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.* p. 460-485.

<sup>12</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. *op.cit.*; ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. In: *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. United States: Harvard University Press, 2002; SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. *op.cit.*, p.165-239; RUSSO, J e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, pp. 460-485; CAPONI, S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. *op.cit.*; AMARAL, Adriano A. *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. *op.cit.*; SERPA, Jr. O. D. *Mente, cérebro e perturbação mental. Cadernos do IPUB*. Vol.VI, n.18.Rio de Janeiro:UFRJ, 2000, pp.144-157.

<sup>13</sup> SWAIN, Gladys. “Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale”. *op.cit.*.

<sup>14</sup> RUSSO, J. Os três sujeitos da psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n.8, pp.11-21. 1997.

de 1980 e 1990, apresenta uma forte ênfase no estudo do movimento psicanalítico<sup>15</sup> ou no movimento que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica<sup>16</sup> – ou em ambos, pois no Brasil estes campos muitas vezes se entrelaçaram<sup>17</sup> –, devido à dominância destas vertentes no cenário psiquiátrico brasileiro durante as décadas de 1960 e 1970.

A ausência de estudos historiográficos sobre o tema da Psiquiatria Biológica no Brasil parece estar relacionada tanto à referida hegemonia da Psicanálise e da Reforma Psiquiátrica, como ao fato de a Psiquiatria Biológica ter se consolidado em nosso território de forma relativamente independente da prática psiquiátrica que aqui estava sendo empregada, a partir de uma relação direta com sua matriz americana e a indústria farmacêutica. Consideramos que isso fez com que a Psiquiatria Biológica só fosse notada como vertente relevante no cenário psiquiátrico brasileiro quando já se encontrava consolidada.

Portanto, o que pretendemos analisar é a maneira como a Psiquiatria Biológica se inseriu em nosso território. De modo mais específico, o que pretendemos mapear nesta pesquisa é o modo como a Psiquiatria Biológica e o tratamento psicofarmacológico – que é a sua principal via de tratamento – se consolidam no

---

<sup>15</sup> ROCHA, Gilberto. *Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989; RUSSO, J. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002; BIRMAN, Joel. “Como era gostoso o meu francês: Sobre o campo psicanalítico no Brasil nos anos 80”. In GUIMARÃES e TAVARES (orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, pp.155-169; BEZERRA, Jr. “De médico, de louco todo mundo tem um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80”. In GUIMARÃES e TAVARES (orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, pp.171-191; FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Psicanálise dos Psicólogos no Rio de Janeiro Dos Anos 1970. *Culturas Psi*. vol 0, 2012; FACCHINETTI, Cristiana. Psicanálise Para Brasileiros: História de sua circulação e apropriação no entre-guerras. *Culturas Psi*. vol 0, 2012.

<sup>16</sup> Sobre isso ver: AMARANTE, Paulo. (org) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995; AMARANTE, Paulo. *O homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996; RESENDE, H. “Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In TUNDIS, S.A. e COSTA, N.R. (orgs). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994, pp. 15-74; MEDEIROS, T. D. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Rio de Janeiro, 1977; VENÂNCIO, A. T. A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (3): 883-900, set-dez. 2003; TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol 9 (1): 25-59, jan-abril. 2002; SILVA FILHO, J F; RUSSO J. A. (org.). *Duzentos anos de psiquiatria*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UFRJ, 1993.

<sup>17</sup> Vide: TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da Reforma*. Rio de Janeiro: Rios Ambicios, 2001; TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol 9 (1): 25-59, jan-abril. 2002; BEZERRA JR., Benilton. “A clínica e a reabilitação psicossocial”. In PITTA, Anna (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996; BEZERRA JR., Benilton. “De médico, de louco todo mundo tem um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80.” op.cit..

*Programa de Ansiedade e Depressão* do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

Este Programa se mostrou relevante para nosso estudo por adotar, desde sua fundação, a orientação da vertente biológica em suas pesquisas, por reunir importantes representantes desta vertente do cenário psiquiátrico fluminense<sup>18</sup> e por se situar no IPUB, uma instituição que possui grande representatividade junto ao campo psiquiátrico do Rio de Janeiro e, em certa medida, do Brasil. Desde sua fundação, em 1938, o IPUB tem sido uma referência não apenas em termos de tratamento psiquiátrico como, e principalmente, de pesquisa e ensino de psiquiatria, o que mantém esta instituição muito atualizada junto às modificações ocorridas em sua área de atuação.

O Programa de Ansiedade e Depressão foi fundado em 1984, pelo psiquiatra Márcio Versiani<sup>19</sup> e era financiado por agências governamentais, pela própria Universidade e por indústrias farmacêuticas. Seu objetivo é realizar pesquisas voltadas para a delimitação de diagnósticos e seus respectivos tratamentos farmacológicos com base nos critérios do DSM-III e de suas sucessivas edições. A finalidade maior destas pesquisas é a organização de um banco de dados que possa servir de referência para os profissionais da saúde.<sup>20</sup>

Este Programa existe até os dias de hoje, mas, em 1998, ele se subdividiu em outros dois Programas: o *Laboratório de Pânico e Respiração*, cuja coordenação ficou a cargo do psiquiatra Antônio Egídio Nardi<sup>21</sup>, e o *Laboratório de Estresse Pós-Traumático*, cuja coordenação ficou a cargo do psiquiatra Ivan Figueira<sup>22</sup>. Após a divisão, o Programa de Ansiedade e Depressão manteve-se sob a coordenação do psiquiatra Márcio Versiani, que em 2009 foi substituído por motivos médicos pelo

---

<sup>18</sup> Márcio Versiani (coordenador), Antônio Egídio Nardi, Romildo Bueno, Ivan Figueira, Carla Marques, Alexandre M. Valença, Isabela Nascimento, Leonardo Fontenelle entre outros.

<sup>19</sup> Márcio Versiani foi o fundador e coordenador do Programa de Ansiedade e Depressão, se formou em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1971. Em 1976, concluiu seu mestrado em Psicanálise, Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação de Romildo Bueno. Em 1980 concluiu seu doutorado no mesmo local, sob a orientação de Romildo Bueno. Versiani foi aprovado como professor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ em 1975 e veio a se tornar professor titular de Psiquiatria do IPUB/UFRJ no ano de 2002.

<sup>20</sup> Versiani, M. Programa de Ansiedade e Depressão. In: *Caderno de 60 anos do IPUB*. p. 130.

<sup>21</sup> Antônio Egídio Nardi é médico e docente do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Foi aprovado para concurso de docente no IPUB/UFRJ em 1994. Atualmente é coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração<sup>21</sup> (LABPR) do IPUB e coordenador da sede no Rio de Janeiro do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) Translacional em Medicina (CNPq).

<sup>22</sup> Ivan Figueira é médico e docente do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Foi aprovado como docente do IPUB/UFRJ em concurso realizado em 1994. Atualmente é coordenador da área de psiquiatria da Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

psiquiatra Leonardo Fontenelle<sup>23</sup>. Sob a coordenação de Fontenelle a linha de pesquisa do Programa passou a estudar o transtorno-obsessivo compulsivo.

O estudo deste Programa visa à compreensão de seu contexto de fundação, à identificação dos principais nomes ligados a ele – fundadores e membros – e à compreensão de sua abordagem teórica e prática da Psiquiatria Biológica, o que inclui o modo de funcionamento de suas pesquisas. Para tanto, nossa metodologia de trabalho se dividiu em duas partes que se articulam: 1) Analisar através de material documental, de entrevistas com psiquiatras do Programa de Ansiedade e Depressão<sup>24</sup> e do Currículo Lattes dos seus principais integrantes, o contexto de fundação e consolidação do referido Programa, verificando quem foi seu fundador e quem foram seus principais membros<sup>25</sup>; 2) Apreender o modo de funcionamento de suas pesquisas, buscando analisar a visão de ciência, doença e tratamento presente na abordagem biológica do Programa de Ansiedade e Depressão. Com este fim, analisamos uma série de artigos denominada *Série Psicofarmacologia* publicada pelo Programa de Ansiedade e Depressão no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* entre os anos de 1992 e 1998.

Devo esclarecer que, nos planos iniciais, as entrevistas com os pesquisadores do Programa teriam um papel crucial no desenvolvimento da pesquisa. Contudo, este planejamento teve que ser ajustado na medida em que, com a grande maioria dos pesquisadores, não obtive sucesso na aproximação. Havíamos selecionado inicialmente o psiquiatra do IPUB/UFRJ Márcio Versiani (fundador do Programa e seu coordenador durante os anos de 1984-1998) e o psiquiatra do IPUB/UFRJ Antônio Egídio Nardi (que é o principal descendente de Versiani). Os demais membros foram selecionados a partir de dois critérios: 1) terem sido orientados em seu mestrado e/ou doutorado por Márcio Versiani ou Antônio Egídio Nardi 2) Serem autores da *Série Psicofarmacologia*. Esta seleção teve por objetivo analisar os discursos das diferentes gerações do Programa acompanhando o desenvolvimento de suas pesquisas através de diferentes fases.

---

<sup>23</sup> Leonardo Fontenelle é médico e docente do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Foi aprovado em concurso como docente do IPUB/UFRJ em 2006 e como docente do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense em 2005.

<sup>24</sup> A lista completa dos psiquiatras entrevistados está no anexo 1. Para a realização das entrevistas foram empregados recursos da História Oral: FERREIRA, M. e AMADO, J. (org) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996; FERNANDES, T. M.; MONTENEGRO, A. T. (orgs.). *História Oral: um espaço plural*. Recife: ED. Universitária; UFPE, 2001; THOMSON, A. e Robert P.(org), *The Oral History Reader*. Routledge: London, 2ª edição, 2006; FERNANDES, T. M. D. ; ARAUJO, M. A. P. “O diálogo da história oral com a historiografia contemporânea”. In VISCARDI, C. M. R.; DELGADO, L. de A. N. (orgs.). *História Oral: Teoria, Educação e Sociedade*. 1ª ed. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2006, v. 1, p. 13-32.

<sup>25</sup> Cabe informar que as entrevistas que realizamos foram previamente aprovadas pelo Comitê de Ética da Fiocruz, no dia 23 de Setembro de 2013. Número do Parecer: 403.035.

Os orientandos de Márcio Versiani no IPUB/UFRJ são: Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques e Leonardo Fontenelle<sup>26</sup>. Já os orientandos de Antônio Egídio Nardi são: Alexandre Valença e Isabella Nascimento. Todos os psiquiatras citados foram convidados a participar da pesquisa através de entrevista previamente aprovada pelo Comitê de Ética da Fiocruz<sup>27</sup>. Contudo, nenhum deles participou. Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira e Leonardo Fontenelle responderam com um e-mail padronizado no qual agradeciam o convite e diziam que preferiam não participar da pesquisa<sup>28</sup>. Carla Marques relatou por e-mail que estava de licença médica e, por esse motivo, não poderia participar da entrevista para a pesquisa<sup>29</sup>. Alexandre Valença e Isabela Nascimento não responderam aos e-mails enviados. Desse modo, a estratégia inicial teve que ser revista e, desse modo, as informações apresentadas sobre os psiquiatras e suas conexões foram analisadas especialmente com base nos currículos disponíveis na Plataforma Lattes<sup>30</sup>.

Por este motivo, expandimos nossa lista de entrevistados para outros psiquiatras e funcionários do IPUB/UFRJ e outros psiquiatras que trabalharam no Programa de Ansiedade e Depressão. Sendo assim, conseguimos entrevistar o psiquiatra do IPUB/UFRJ Romildo Bueno que foi orientador de mestrado e doutorado de Márcio Versiani, (fundador e coordenador do Programa) e atuava nas pesquisas do Programa durante o período por nós estudado (1984-1998), a psiquiatra Ana Beatriz Edler que trabalhou no Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB durante os anos de 1989-1991; o psiquiatra do IPUB Portella Nunes (diretor do Instituto de Psiquiatria durante os anos de 1974 a 1986), o psiquiatra e psicanalista do IPUB Jeremias Ferraz (que foi editor do Jornal Brasileiro de Psiquiatria durante a gestão de Raffaele Infante); o

---

<sup>26</sup> Um importante psiquiatra biológico que não aparece na Série Psicofarmacologia, mas participava das pesquisas do Programa era Paulo Mattos. Segundo Bueno, ele não publicava na série porque costumava publicar com ele artigos mais voltados para o tratamento da depressão. Entrevista realizada com Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014. Não abordaremos a trajetória de Paulo Mattos por ele não participar da Série Psicofarmacologia.

<sup>27</sup> **Número do Parecer:** 403.035/ **Data da Relatoria:** 10/10/2013.

<sup>28</sup> E-mail de Antônio Egídio Nardi enviado no dia 26/11/2013: “*Prezada Marcela, Admiro seu projeto de pesquisa, mas prefiro não participar. Obrigado. Abraço, Nardi.*”; Email de Ivan Figueira enviado no dia 06/10/2013: “*Prezada Marcela, Agradeço o convite para participar da pesquisa. Prefiro não participar. Atenciosamente, Ivan Figueira.*”; E-mail de Leonardo Fontenelle enviado no dia 07/10/2013: “*Prezada Marcela, Desculpe-me pela demora em responder. Obrigado pelo convite. No entanto, não pretendo participar. Atenciosamente, Leonardo Fontenelle*”.

<sup>29</sup> E-mail enviado por Carla Marques no dia 24/09/2013: “*Boa noite Marcela, Eu estou a afastada das atividades universitárias por motivo de saúde e infelizmente não poderei atendê-la. Desejo sucesso na sua pesquisa. Atenciosamente, Carla.*”

<sup>30</sup> <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>

psiquiatra do IPUB Jorge Adelino (que foi diretor clínico durante a gestão de Raffaele Infante); o psiquiatra do IPUB Octávio Domont de Serpa Jr., e a arquiteta e artista plástica Dalva de Castro M. da Silva que trabalhou na gestão de Raffaele Infante (diretor do IPUB de 1986 a 1994).

Esta pesquisa, portanto, ficou amparada nas entrevistas com os psiquiatras e funcionários do IPUB/UFRJ supracitados, bem como em fontes documentais sobre os pesquisadores membros do Programa, especialmente os currículos disponíveis na Plataforma Lattes do CNPq.

No que se refere à Série Psicofarmacologia, esta se mostrou relevante para nosso estudo devido ao seu propósito de apresentar as pesquisas produzidas pelo Programa. Os artigos da Série são publicados coletivamente, em nome do Programa de Ansiedade e Depressão como um todo, e costumam ser escritos pelo mesmo grupo de autores, com a alteração de alguns nomes<sup>31</sup> durante o período de sua existência.

Os artigos da Série possuem um certo padrão em sua abordagem, que é bastante descritiva, apresenta pouca discussão teórica e cita com regularidade pesquisas internacionais, dados estatísticos, gráficos e tabelas como forma de validação de seus argumentos. Além disso, vemos que apesar dos artigos utilizarem uma linguagem biológica para descrever os transtornos e tratamentos abordados, raramente eles se detêm na busca da etiologia dos transtornos. Acreditamos que este tipo de abordagem descritiva justifique o fato de o tamanho dos artigos ser, de modo geral, pequeno, apresentando uma média de 5 a 10 páginas. Tanto o modelo de publicação coletiva, como o formato descritivo dos artigos, é comum às ciências de laboratório que, por sua vez, parecem servir de modelo para as pesquisas que embasam o DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV, como veremos no capítulo 1.

Nossa análise dos artigos da Série será qualitativa, o que significa que selecionamos os artigos que consideramos mais representativos de nossa amostra para discutir em profundidade as pesquisas realizadas pelo Programa e para poder destrinchar a visão de ciência, doença e tratamento apresentada na Série. Como os artigos são muito padronizados em sua abordagem dos transtornos psiquiátricos –

---

<sup>31</sup> Todos os autores são membros do Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB. Alguns dos nomes mais constantes são: Márcio Versiani, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Leonardo Fontenelle, Alexandre Valença, Carla Marques, Isabella Nascimento, Mauro Mendlowicz, Eloisa Saboya, Paula Ventura, Yasmin Andrade, Sandra Pinto, Andrea Moraes e Carlos Camissão.

chegando por vezes a parecerem repetitivos na forma como apresentam os diferentes transtornos e tratamentos – utilizamos dois critérios para seleção dos artigos: 1) artigos que tratem de temáticas frequentes da Série; 2) artigos que apresentem pesquisas realizadas no próprio Programa – ainda que estejam articuladas com informações coletadas em bancos de dados como o MEDLINE<sup>32</sup>, visto que alguns artigos tratam exclusivamente de pesquisas realizadas nesses bancos de dados: são as chamadas revisões sistemáticas.

Por sua vez, o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* – onde a série é publicada – é a publicação oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). O periódico foi criado em 1942 com a denominação de *Anais do Instituto de Psiquiatria* e ganha a atual denominação em 1952<sup>33</sup>. Este periódico faz parte do acervo da biblioteca do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ).

A periodicidade do *Jornal* é bimensal ao longo da década de 1980 e mensal durante praticamente toda a década de 1990 – com algumas poucas exceções. A periodicidade da Série acompanha a periodicidade do *Jornal*. Segundo Márcio Versiani<sup>34</sup>, desde 1973, por iniciativa do professor Leme Lopes, o *Jornal* vem sendo patrocinado pelas propagandas da indústria farmacêutica, que são publicadas no próprio periódico. O *Jornal* existirá apenas em versão impressa até o ano de 2003, quando passa a existir também em versão eletrônica disponível no site oficial do IPUB<sup>35</sup>.

O recorte temporal da nossa pesquisa compreende o período de 1984 a 1998, sendo que a análise do periódico enfatizará o período de existência da Série Psicofarmacologia, que vai de 1992 ao ano de 1998. O ano de 1984 foi escolhido como marco inicial desta pesquisa por ser o momento de fundação do Programa de Ansiedade e Depressão; e o ano de 1998 foi selecionado como data limite de nossa análise por ser o momento em que o grupo de pesquisa do Programa se subdivide, dando origem a dois

---

<sup>32</sup> MEDLINE é uma sigla em inglês que significa Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (*Medical Literature Analyses and Retrieval System Online*) que contém a base de dados da Biblioteca de Medicina dos Estados Unidos da América (US National Library of Medicine's – NLM) e possui a particularidade de permitir que a busca em sua base seja realizada através do uso de palavras-chave. Este tipo de ferramenta de busca é muito valorizada pela chamada Medicina Baseada em Evidência que abordaremos no capítulo 2.

<sup>33</sup> Segundo o site do IPUB: <http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/jbp>. Data de acesso: 03/04/2013.

<sup>34</sup> Versiani, M. Programa de Ansiedade e Depressão. In: *Caderno de 60 anos do IPUB*. p. 131.

<sup>35</sup> Cf: <http://www.ipub.ufrj.br/portal>. Acesso: 15/07/2013.



outros programas, e também por ser o momento em que a Série Psicofarmacologia se extingue – o que acreditamos ter relação com a divisão do grupo de pesquisa.

Diante de nossos propósitos, selecionamos como referenciais teóricos dois autores: Ludwik Fleck<sup>36</sup> e Bruno Latour<sup>37</sup>. No caso de L. Fleck<sup>38</sup> pretendemos apreender suas análises acerca da construção do conhecimento científico que dedica especial atenção à construção do conhecimento médico, que possui particularidades em relação aos outros campos do conhecimento, que acreditamos ser ainda mais acentuadas no caso da psiquiatria, nosso objeto de estudo.

Já de Bruno Latour<sup>39</sup> pretendemos apreender sua metodologia de estudo das ciências modernas, com uma forte ênfase nas ciências de laboratório<sup>40</sup>, o que significa, transpondo para nosso campo de estudo, procurar ouvir os atores do campo por nós estudado em seus próprios termos. Além disso, estudamos o Programa de Ansiedade e Depressão a partir de sua construção. Sua análise se faz pela “porta de trás”<sup>41</sup>. Através da análise dos artigos da Série Psicofarmacologia e, na medida do possível, das entrevistas, acompanhamos o desenvolvimento das pesquisas e da carreira dos seus integrantes que levaram tanto à constituição como à consolidação do Programa de Ansiedade e Depressão.

Para realizarmos esta empreitada nos desprendemos o máximo possível de concepções preestabelecidas e nos dedicamos a entender o Programa, sua metodologia de trabalho e a relação entre seus membros a partir de seu modo de conceber a psiquiatria, a pesquisa, a ciência, a doença e o tratamento. Além disso, intencionamos perceber seus discursos como pertencentes a uma *rede complexa*, que interliga uma série de atores e instituições, que transcendem em muito ao IPUB e à própria psiquiatria.

---

<sup>36</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>37</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000; LATOUR, B. (1983). “Give me a laboratory and I will raise the world”. KNORR-CETTINA, K., MULKAY, M. (editors). *Science observed. perspectives on the social study of science*. Beverly Hills, Sage, pp. 141-170; LATOUR, B.. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.; LATOUR, B.; WOOLGAR, S.. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

<sup>38</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>39</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. *op.cit.*; LATOUR, B, WOOLGAR, S.. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. *op.cit.*; LATOUR, B. Give me a laboratory and I will raise the world. *op.cit.*; LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

<sup>40</sup> LATOUR, B, WOOLGAR, S.. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. *op.cit.*.

<sup>41</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. *op.cit.*, pp. 11-33.

Desse modo, será necessário percorrer a constituição da Psiquiatria Biológica e da Psicofarmacologia nos Estados Unidos, por termos verificado<sup>42</sup> que este Programa se consolida em relação direta com as modificações ocorridas naquele país. Em seguida, analisaremos o contexto de fundação e consolidação do Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB/UFRJ em articulação com a análise da Série Psicofarmacologia, publicada pelo Programa no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Consideramos que este é o caminho para a compreensão das bases sobre as quais os discursos da Psiquiatria Biológica se sustentam e se inserem neste contexto específico que trabalharemos.

Nossa tese se dividirá em cinco capítulos. O capítulo 1, intitulado DSM-III: A ascensão da Psiquiatria Biológica norte-americana, tem como objetivo, como o próprio título enuncia, mapear o percurso que levou à ascensão da Psiquiatria Biológica norte-americana, com ênfase na história do DSM-III e suas sucessivas edições, que, por sua vez, são a base das pesquisas realizadas pelo Programa de Ansiedade e Depressão. Não por acaso, o Programa chega a contribuir com a realização de pesquisas sobre Fobia Social para elaboração do DSM-IV<sup>43</sup>, demonstrando ter uma relação bastante estreita com a Psiquiatria Biológica norte-americana. Para tanto, faremos uma breve história acerca dos acontecimentos ocorridos no campo psiquiátrico após a segunda guerra mundial, que contextualizam o cenário a partir do qual a chamada Psiquiatria Biológica emerge.

No capítulo 2, intitulado A Psiquiatria Biológica e a Psicofarmacologia: uma relação particular, analisaremos uma série de transformações ocorridas na psiquiatria e em sua terapêutica, tomando como marco histórico o surgimento do primeiro psicotrópico no ano de 1952, que originou um novo campo de pesquisa e clínica: a psicofarmacologia. Para tanto, apresentaremos as mudanças ocorridas na metodologia médica mais ampla, que desde o final do século XIX passa a ter como base a construção de diagnósticos específicos para tratamentos também específicos – com ênfase nos tratamentos medicamentosos. Tal transformação, que modificou profundamente a abordagem médica, teve fortes reverberações no campo da psiquiatria. Este capítulo encontra-se estreitamente ligado ao capítulo 1 e, em ambos, nosso enfoque está nas modificações ocorridas no cenário psiquiátrico e psicofarmacológico norte-americano,

---

<sup>42</sup> Esta afirmação será desenvolvida, especialmente, no capítulo 3.

<sup>43</sup> Versiani, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 130.

pelas razões já enunciadas. Não por acaso, a Série que é produzida pelo Programa intitula-se Série Psicofarmacologia e apresenta, desde 1992, pesquisas que associam diretamente os diagnósticos do DSM-III – e suas edições seguintes – a tratamentos com psicotrópicos.

No capítulo 3, intitulado O IPUB e o Programa de Ansiedade e Depressão, analisaremos a criação e estruturação do Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, nosso objeto de estudo. Para tanto, apresentaremos inicialmente a história do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) a partir da história de seus diretores, devido às marcas particulares que cada um imprimiu à instituição, que são representativas do contexto psiquiátrico do Rio de Janeiro. Em seguida, apresentaremos a inserção do Programa de Ansiedade e Depressão neste contexto institucional. A ênfase deste capítulo estará na fundação, desenvolvimento e consolidação do Programa; na identificação de seus principais membros e na rede que o articula ao cenário psiquiátrico e psicofarmacológico internacional.

No capítulo 4, intitulado Ciência, doença e tratamento na Série Psicofarmacologia (1992-1994), daremos início à análise da Série Psicofarmacologia, produzida pelo Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB/UFRJ. Os artigos são apresentações de resultados de pesquisa realizadas pelo Programa, que seguem o modelo do DSM-III e suas sucessivas edições. Sendo assim, os artigos são um bom meio para acessar o modo de operar do Programa, o modo pelo qual eles se articulam a outros grupos de pesquisa, participando de uma complexa rede, que por fim nos permite analisar a concepção de ciência, doença e tratamento presente na abordagem biológica do Programa. Nos dois primeiros anos da Série vemos que os artigos se dedicam à apresentação do Programa de Ansiedade e Depressão, com a descrição de sua metodologia de trabalho e análise de suas pesquisas, que, por sua vez, se baseiam na metodologia e nos diagnósticos psiquiátricos presentes no DSM-III (1980) e DSM-III-R (1987).

No capítulo 5, intitulado Série Psicofarmacologia 1994-1998: O Programa de Ansiedade e Depressão inserido na rede do DSM, daremos continuidade à análise da Série Psicofarmacologia produzida pelo Programa de Ansiedade e Depressão. A partir de 1994, vemos uma preocupação em apresentar e legitimar não tanto o Programa, mas o próprio DSM-III e suas sucessivas edições, apresentando em alguns artigos sua

história e suas transformações. Paralelamente, neste período suas pesquisas passam a se embasar mais no DSM-III-R (1987) e no DSM-IV (1994), recém-lançado nos Estados Unidos.

A partir de nossas análises, observamos que o Programa de Ansiedade e Depressão foi um dos primeiros programas de pesquisa em psiquiatria do IPUB/UFRJ a trabalhar com a abordagem da Psiquiatria Biológica norte-americana e articular as pesquisas psiquiátricas a pesquisas com psicofármacos, contribuindo para a consolidação das pesquisas em Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia, bem como para a ascensão da Psiquiatria Biológica como vertente terapêutica no cenário psiquiátrico fluminense – e mesmo do Brasil. Desde sua fundação, em 1984, este Programa encontrava-se integrado numa *rede* que transcendia os muros do IPUB e, ao mesmo tempo, dependia deste. Essa *rede* incluía desde o Instituto de Psiquiatria, à Universidade Federal do Rio de Janeiro; a Universidade de São Paulo (USP); a indústria farmacêutica; centros de pesquisa internacionais; Associações de Psiquiatria como a ABP e a APERJ; e ainda psiquiatras em formação. Os veículos de comunicação científica e de massa também compõem esta *rede* auxiliando o Programa na *tradução* de suas ideias. Ao final dos anos de 1990, a Psiquiatria Biológica demonstra estar plenamente consolidada neste Programa, que, não por acaso, se expande em 1998 dando origem a mais dois outros programas de pesquisa, que trabalham com a mesma abordagem psiquiátrica. Desse modo, a nosso ver, é neste período que a caixa preta da Psiquiatria Biológica se fechou neste Programa, o que significa que foi a partir deste momento que esta vertente psiquiátrica consolidou suas bases e sua *rede* de propagação passando a se reproduzir como um autômato.

## CAPÍTULO 1

# DSM-III: ASCENSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA NORTE-AMERICANA

## INTRODUÇÃO

Em seu trabalho *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*<sup>44</sup>, Ludwik Fleck<sup>45</sup> procura analisar o trabalho científico como sendo uma atividade essencialmente social e coletiva, colocando no centro de sua análise o questionamento da noção de *fato científico*, até então pressuposto como algo evidente pelos empiristas lógicos do *Círculo de Viena*. Fleck<sup>46</sup> vai enfatizar que tanto o lógico como o empírico não podem ser pensados independentemente do social, pois estes também se apoiam em um *sistema de referências*. Segundo Fleck,

*O processo de conhecimento representa a atividade humana que mais depende das condições sociais, e o conhecimento é o produto social por excelência.*<sup>47</sup>

Assim, cada época possuiria concepções dominantes, que seriam constituídas por restos das concepções passadas e predisposições de concepções futuras, em analogia com todas as formas sociais. Fleck<sup>48</sup> cunha o termo *coletivo de pensamento* para se referir à comunidade das pessoas que se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, sendo cada uma dessas pessoas “*um portador do*

---

<sup>44</sup>Este é considerado o trabalho de maior relevância de Ludwik Fleck. Nele, Fleck analisa o desenvolvimento da reação de Wasserman para detecção da sífilis. Simplificadamente, podemos dizer que Fleck, analisa o desenvolvimento da reação de Wasserman como sendo o produto do esforço coletivo da comunidade de serologistas em interação com múltiplas influências sofridas no contato com outros grupos sociais (pacientes, clínicos gerais, políticos). Para mais informações: FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010; LÖWY, Illana. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. PORTOCARRERO, V. *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: Abordagens Contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 236-240; LÖWY, Illana. “Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: Gênese e desenvolvimento do fato científico”. In CONDÉ, Mauro Lúcio Leitão. *Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012, pp. 11-33.

<sup>45</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Ibidem, p. 85.

<sup>48</sup> Ibidem.

*desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento*<sup>49</sup>”. Já o conceito de *estilo de pensamento* é definido por Fleck<sup>50</sup> como sendo os pressupostos de pensamento sobre os quais o *coletivo de pensamento* constrói seu edifício de saber, uma espécie de “*disposição para um sentir seletivo e para um agir direcionado correspondente*.”<sup>51</sup>”

*O estilo de pensamento é marcado por características comuns dos problemas, que interessam a um coletivo de pensamento; dos julgamentos, que considera como evidentes e dos métodos, que aplica como meios do conhecimento*<sup>52</sup>.

Em seu estudo, Fleck<sup>53</sup> salienta que a produção do conhecimento em medicina possui particularidades que a diferenciam das disciplinas das ciências naturais. O autor destaca dois fatores especialmente: por um lado, o interesse do conhecimento na medicina não é voltado para fenômenos regulares, “*normais*”, mas antes para as irregularidades, a saber, os estados patológicos dos organismos. Por isso, a articulação de regularidades entre os fenômenos patológicos e a definição de entidades nosológicas só é possível com um alto grau de abstração em relação às observações individuais – e costumam ser temporários. Por outro lado, o objetivo do conhecimento médico não é primordialmente a ampliação do “conhecimento em si”, mas possui um caráter muito pragmático, qual seja, o controle dos estados patológicos. Desse modo, tudo o que faz parte das explicações teóricas das doenças – concepções, modelos e abordagens – é submetido a uma pressão constante e muito imediata de gerar resultados.

Desse modo, as entidades nosológicas de doenças, vigentes na medicina desde o final do século XIX<sup>54</sup>, colocam o saber médico numa dificuldade constante de enquadrar idiosincrasias complexas a modelos ideais típicos que possam ser generalizáveis a título de se alcançar um tratamento-padrão. Assim, inúmeras

---

<sup>49</sup> Ibidem, p. 82.

<sup>50</sup> Ibidem.

<sup>51</sup> Ibidem, p. 149.

<sup>52</sup> Ibidem, p. 149.

<sup>53</sup> Ibidem.

<sup>54</sup> Este ponto será explorado no capítulo 2. Segundo Charles Rosenberg, foi a partir do final do século XIX, especialmente, que a medicina ocidental passou a relacionar mais estreitamente diagnósticos, prognósticos e tratamentos, gerando acordos em torno de categorias de doenças. Tal processo estaria relacionado a um novo modo de se pensar a doença, no qual esta passou a ser vista como uma **entidade específica**, possuindo um mecanismo biopatológico característico e um curso previsível, o que conseqüentemente acarreta a criação de tratamentos também específicos. Este tópico será abordado no próximo capítulo. Para mais informações: ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260.

particularidades dos estados patológicos concretos fazem necessária uma alteração constante das concepções teóricas da medicina.

Devido a todos estes fatores, Fleck<sup>55</sup> afirma que o conhecimento médico se encontra numa tensão permanente entre o desejo da homogeneização teórica, que só pode ser alcançado através da abstração, e a necessidade da concretização das proposições, de resultados pragmáticos. Ou seja, o conhecimento médico precisa não apenas de teorias que façam sentido enquanto abstrações, mas que sejam suficientemente eficazes quando aplicadas num caso concreto. Consideramos que estas particularidades, apontadas pelo autor como inerentes à construção do conhecimento médico, aparecem de forma ainda mais acentuada na psiquiatria.

O surgimento da psiquiatria ocorre em fins do século XVIII com o emblemático gesto de Philippe Pinel (1745-1826), psiquiatra francês, que liberou os loucos dos grilhões das antigas casas de internamento, propondo, pela primeira vez, a criação de uma instituição com o objetivo de tratar a loucura. Nasce, então, o asilo e com ele a clínica psiquiátrica<sup>56</sup> que se constitui a partir do *corpus* teórico da “ciência alienista<sup>57</sup>” que estará na base do tratamento moral empregado no asilo.

A partir deste momento inaugural a psiquiatria se constitui como disciplina pertencente ao campo médico sem jamais ter se enquadrado plenamente em sua metodologia, permanecendo em constante diálogo com outros campos do saber. Esta posição fronteiriça que a psiquiatria ocupa em relação a outros campos do saber possibilita que seus membros permaneçam influenciados por uma série de diferentes *coletivos de pensamento*<sup>58</sup> advindos do campo médico, do campo da psicologia, da sociologia etc. Segundo Fleck<sup>59</sup>, o tráfego intercoletivo de pensamento é uma das

---

<sup>55</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico. op.cit.*

<sup>56</sup> Apesar das diferentes leituras que são feitas sobre este gesto de Pinel, é um consenso entre os estudiosos da psiquiatria que é a partir dele que se funda a clínica psiquiátrica. CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Editoras Graal, 1978; FOUCAULT, M. A grande internação. In História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002, pp.45-79.

<sup>57</sup> Termo utilizado por Robert Castel. Cf CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editoras Graal, p. 102.

<sup>58</sup> O coletivo de pensamento é definido por Fleck como a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, sendo cada uma dessas pessoas um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura. FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, p. 82.

<sup>59</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico. op.cit.*

principais fontes de inovação científica. E a psiquiatria vem reiteradamente renovando seus referenciais teórico-metodológicos ao longo de sua história.<sup>60</sup>

Assim, a psiquiatria possui em sua história momentos em que procura se enquadrar no *coletivo de pensamento* médico, buscando em cada doença psiquiátrica um mecanismo biopatológico característico e um curso previsível, a fim de construir categorias diagnósticas homogêneas e generalizáveis tal qual a medicina mais ampla possui. Em outros momentos, procura estar afinada com outros *coletivos de pensamento* mais ligados às ciências humanas, buscando significar as doenças psiquiátricas a partir de uma perspectiva mais ampla; percebendo estas doenças como multifatoriais; englobando influências psicológicas e sociais.<sup>61</sup>

Além deste tráfego intercoletivo de pensamento, podemos perceber a influência exercida por diferentes *estilos de pensamento*<sup>62</sup> sobre o campo psiquiátrico. Por exemplo, vemos que no final do século XIX e início do século XX, quando a Biologia passa a ser um referencial privilegiado para as sociedades ocidentais refletirem sobre suas questões, a linguagem biológica adentra diversos campos do saber e setores da sociedade. Segundo Fleck<sup>63</sup>, este é o maior sinal de fortalecimento de um dado *estilo de pensamento*. E a psiquiatria deste período não ficou indiferente a esta modificação, absorvendo conceitos da Biologia e da Teoria Evolucionista de Darwin em seu escopo teórico-metodológico.

Assim, no final do século XIX o tratamento moral empregado pela teoria alienista perde força no campo psiquiátrico e ganham espaço as teorias fisicalistas/organicistas, que tentavam explicar a doença mental exclusivamente a partir de fatores biológicos, o que neste contexto significava, principalmente, fatores

---

<sup>60</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press, 1995; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press, 2002; HEALY, D. *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997; BEZERRA Jr. Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. VI, n. 18, p. 158. 2000; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n.3, p.460-485.

<sup>61</sup> BEZERRA Jr. Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade. *op.cit.*, p. 158; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.* e SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. *op.cit.*; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*.

<sup>62</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. *op.cit.*, p. 110.

<sup>63</sup> *Ibdem*.



hereditários. Dentre estas teorias podemos destacar a da degenerescência e a eugênica, e, posteriormente, no início do século XX, a teoria de Emil Kraepelin<sup>64</sup>.

A partir do segundo pós-guerra, quando a Biologia e as teorias fisicalistas em geral passam a parecer insuficientes para responder tantas questões quanto as que lhes foram impostas num momento anterior, e se mostram até como uma perigosa via de intervenção nas relações humanas – devido, especialmente, ao uso das teorias da degenerescência e eugênica pelos nazistas para legitimar o massacre de minorias étnicas, que, por fim, desembocou no holocausto –, procura-se no social e no universo psicológico individual e coletivo respostas para as questões enfrentadas pelas sociedades ocidentais daquele período.

Emerge, então, um “novo” *estilo de pensamento* para o qual a psiquiatria não fica indiferente. Neste momento, ganham destaque as teorias de cunho moral-humanista, como a psicanálise, a fenomenologia e a antipsiquiatria, que percebiam a doença mental como uma doença multifatorial, e conceitos como *neurose*, *complexo de Édipo*, *conflitos existenciais* e outros, adentram diversos setores da sociedade e se transformam num novo modo de significar as relações pessoais e sociais.

No final do século XX, vemos mais uma vez a Biologia ascender como referencial privilegiado para se pensar as relações humanas e intervir nestas relações. Desse modo, o que vemos neste período é a ascensão das teorias fisicalistas/biológicas no cenário psiquiátrico. Estas teorias buscam tratar as questões psiquiátricas a partir de uma visão exclusivamente biológica, relegando as teorias moral-humanistas a papéis secundários – e, muitas vezes, dispensáveis - nos tratamentos psiquiátricos<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Abordaremos este tópico mais adiante.

<sup>65</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. *op.cit.*; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*; ROSENBERG, Charles. Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 49, n. 3, 2006, pp. 407-424; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*; SERPA, Jr. O. D. Mente, cérebro e perturbação mental. *Cadernos do IPUB*. Vol.VI, n.18, Rio de Janeiro: UFRJ, 2000, pp.144-157; BEZERRA Jr., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade *Cadernos IPUB* vol. VI, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2000, pp.158- 177; SWAIN, Gladys. “Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale”. In SWAIN, Gladys *Dialogue avec l'insensé*. Paris: Ed. Gallimard, 1994, p. 261-281. Cabe destacar que Edward Shorter apresenta esta mudança de referenciais na psiquiatria com uma abordagem diferente da abordagem dos demais autores citados, com os quais nos alinhamos. Shorter considera que a história da psiquiatria foi dominada por uma abordagem biológica e que a influência de teorias morais-humanistas, como a psicanálise, por exemplo, são exceções em sua história. Não por acaso, ao abordar a influência psicanalítica no campo psiquiátrico durante o pós-segunda guerra, ele denomina o

Neste capítulo, pretendemos analisar a retomada do viés biológico a partir do surgimento de uma vertente da psiquiatria norte-americana que se autodenomina Psiquiatria Biológica e se consolida no cenário internacional com a publicação do DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), em 1980. Este manual apresenta uma abordagem que se pretende a-teórica e utiliza como critério diagnóstico um objetivismo descritivo classificatório dos “distúrbios mentais”.

Neste ponto, vemos mais uma vez que a conceituação proposta por Fleck<sup>66</sup> pode ser profícua para se refletir sobre a construção do conhecimento psiquiátrico, pois este autor afirma que todo *estilo de pensamento* que emerge possui a influência de *estilos anteriores*<sup>67</sup>. Dessa maneira, acreditamos que não foi por acaso que em meio aos debates da Associação de Psiquiatria Americana em torno da formulação de seu novo manual (DSM-III), muitos psiquiatras que defendiam uma visão exclusivamente biológica da doença mental procuraram validar a sua proposta para a nova classificação fazendo referência às teorias organicistas propostas por Emil Kraepelin no início do século XX. Além disso, muitos psiquiatras pertencentes a esta vertente se denominam “neo-kraepelianianos.”<sup>68</sup>

Para realização de nossos objetivos, faremos uma breve história acerca dos acontecimentos ocorridos no campo psiquiátrico após a segunda guerra mundial, que contextualizam o cenário a partir do qual a chamada Psiquiatria Biológica emerge. Esta opção narrativa com enfoque nas mudanças internas desta disciplina é apenas de ordem metodológica. Assim, diferentemente daqueles estudiosos das ciências denominados internalistas<sup>69</sup>, não consideramos que as mudanças ocorridas em uma disciplina independem do contexto no qual estão inseridas. Pelo contrário, nossa escolha teórico-metodológica encontra-se apoiada nas ideias de Ludwik Fleck<sup>70</sup> e Bruno Latour<sup>71</sup>, que

---

período de sua hegemonia como um “hiato” na história da psiquiatria. Desse modo, embora nos apoiemos em sua historiografia, fazemos uma leitura desta por um outro viés, qual seja, o de que é constitutiva do campo psiquiátrico esta circularidade entre as teorias hegemônicas na área. Para mais informações: SHORTER, E. “The Psychoanalytic Hiatus”. In *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. *op.cit.*, pp. 145-189.

<sup>66</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>67</sup> *Ibidem*, pp. 70-76.

<sup>68</sup> SHORTER, E. *From Freud to Prozac*. In: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997, pp. 288-328; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*, pp.89-107; CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp.147-172.

<sup>69</sup> Sobre isso ver: SHAPIN, Steven. “Discipline and bounding: the history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate”. *History of Science*, part.4, nº 90, 1992, pp. 333-369.

<sup>70</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. *op.cit.*.

analisam a ciência como uma disciplina socialmente construída e em constante comunicação com o contexto no qual está inserida, modificando-o e sendo modificada por ele.

## 1.1- A SEGUNDA GUERRA MUNDIAL E SEUS IMPACTOS

Muitas foram as transformações ocorridas no mundo a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). No que se refere à psiquiatria, não foi diferente. Em primeiro lugar, foi durante a segunda guerra que os alemães<sup>72</sup> utilizaram teorias validadas cientificamente como a teoria da degeneração e seu antídoto, a teoria eugênica<sup>73</sup>, para legitimar o massacre de minorias étnicas em seu país, que desembocou no holocausto.

A partir do holocausto se tornou praticamente imoral falar em degeneração e em eugenia nos meios científicos<sup>74</sup> e nos meios psiquiátricos. E não apenas a teoria da degeneração e a teoria eugênica passaram a ser repudiadas, como houve uma forte ofensiva às teorias psiquiátricas de cunho fisicalista em geral. Mesmo com o surgimento

---

<sup>71</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997; LATOUR, B. "Give me a laboratory and I will raise the world". KNORR-CETTINA, K.; MULKAY, M. (editors). *Science observed. perspectives on the social study of science*. Beverly Hills, Sage, pp. 141-170; LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

<sup>72</sup> É necessário destacar que a Alemanha não foi o único país a utilizar a teoria da degenerescência e a teoria eugênica, apesar de ser o país que ficou mais associado a essas teorias devido ao uso que fizeram delas durante a segunda-guerra mundial. Diversos autores demonstram que a teoria da degeneração e a teoria eugênica foram validadas cientificamente e aplicadas em diversos países ao redor do mundo durante o final do século XIX e meados do século XX. Destacamos especialmente os trabalhos de Mark Adams; Edward Shorter; Nancy Stepan; José Roberto Franco Reis; Octávio Domont de Serpa Jr e Robert Wegner e Vanderlei Sebastião. Para mais informações: ADAMS, Mark B. (Org.). *The wellborn science: eugenics in Germany, France, Brazil e Russia*. New York: Oxford University Press, 1990; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit.; e STEPAN, N.L. *A Hora da Eugenia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; REIS, J.R.F. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo, 1994; SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998; WEGNER, Robert ; SEBASTIÃO DE SOUZA, Vanderlei. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 20, 2013, pp. 263-288.

<sup>73</sup> Para mais informações: STEPAN, N.L. *A Hora da Eugenia*. op.cit.; REIS, J.R.F. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*.op.cit.; ADAMS, Mark B. (Org.). *The wellborn science: eugenics in Germany, France, Brazil e Russia*. op.cit.; COHEN, Peter. *Homo Sapiens 1900*. Versátil Home Vídeo e Mais Filmes. Suécia. 1998.

<sup>74</sup> Sobre isso ver: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit., p. 99; e STEPAN, N.L. *A Hora da Eugenia*. op.cit., p. 12.

dos psicofármacos, em torno dos anos de 1950<sup>75</sup>, estas teorias permaneceram relegadas a segundo plano, sendo alvo de duras críticas por parte de teorias psiquiátricas de cunho moral-humanista, como a psicanálise, a teoria existencial-humanista, a fenomenologia e diversas vertentes que compunham o movimento que se convencionou chamar Antipsiquiatria<sup>76</sup>.

Entre as críticas recebidas pelas teorias fisicalistas destacam-se a falta de provas das correlações entre o cérebro e as doenças psiquiátricas e o fato de estas teorias descartarem a importância dos eventos sociais e psicológicos no desenvolvimento das doenças mentais<sup>77</sup>. Sobretudo esta última crítica foi corroborada durante e após a segunda guerra, quando muitas pessoas, principalmente os soldados, que eram considerados saudáveis e respeitados antes da guerra, voltavam para suas casas adoecidos depois da guerra<sup>78</sup>. Tal fato demonstrava a grande influência que o meio ambiente exercia sobre o adoecimento psíquico, reforçando a visão das teorias que acreditavam que os fatores psicológicos e sociais tinham relevância nesta forma de adoecimento, o que ia de encontro aos preceitos hereditários e organicistas presentes na teoria da degeneração, por exemplo, que embasaram grande parte das teorias fisicalistas do século XIX e início do XX.<sup>79</sup> Dentre estas vertentes morais-humanistas, podemos destacar a influência da teoria psicanalítica<sup>80</sup>.

A psicanálise é criada por Sigmund Freud (1856-1939) no início do século XX em Viena<sup>81</sup>. Ao longo de sua vida Freud conferiu à teoria e prática psicanalíticas diferentes contornos, mas podemos destacar como núcleo desta abordagem terapêutica a

---

<sup>75</sup> Abordaremos este tópico no capítulo seguinte. Para mais informações ver: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 246-262; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.130-136; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 43- 48.

<sup>76</sup> Informações contidas em: HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. *Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. op.cit.*

<sup>77</sup> *Ibidem*, pp. 129- 177; *Ibidem*, pp. 99-109; *Ibidem* e YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*

<sup>78</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp.89-117.

<sup>79</sup> *Ibidem*, pp.89-117; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*

<sup>80</sup> Sobre isso ver: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 145-189; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*

<sup>81</sup> Para mais informações: GAY, Peter. *Uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990; MANNONI, O. *Freud: Uma bibliografia ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993; ROZA, Garcia. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ideia de que seria através da fala dirigida ao analista que o paciente iria refazer os caminhos de sua vida psíquica para tentar trazer para a consciência o material psíquico que havia se tornado inconsciente, devido a sua força traumática. O psicanalista, por sua vez, deveria estar preparado a ler nas entrelinhas, nos detalhes, nas repetições da fala do paciente, nos seus sonhos, nos “equivocos de fala” e nos próprios sintomas qual trauma psíquico este paciente estava revivendo em forma de adoecimento. Dentro desta perspectiva, o sintoma e a doença não eram a causa, mas a consequência de um trauma psíquico profundo.

O que ocorre é que a teoria psicanalítica estava sendo fortemente propagada na Europa quando a segunda guerra tem início. Freud e muitos de seus seguidores eram judeus e, com o avanço dos nazistas, muitos psicanalistas são obrigados a emigrar para outros países. A partir desse movimento de expansão dos psicanalistas a teoria e prática psicanalíticas se consolidam em diferentes contextos e culturas<sup>82</sup>.

### **1.1.1 - A psicanálise nos Estados Unidos**

A história da psicanálise nos Estados Unidos tem início num momento bem anterior a segunda guerra mundial, contudo é apenas a partir deste período que esta vertente terapêutica se tornou hegemônica nos meios psiquiátricos norte-americanos.

Assim, a primeira sociedade psicanalítica dos Estados Unidos foi fundada em Nova York em fevereiro de 1911. As sociedades psicanalíticas e institutos de formação possuíam a função de instruir as futuras gerações de psicanalistas nos meandros da teoria e técnica psicanalítica, de modo que o corpo desta doutrina pudesse ser transmitido de uma geração para a seguinte. Nos Estados Unidos, ao contrário da Europa, apenas os médicos eram elegíveis para solicitar treinamento psicanalítico. Apesar de não haver nenhuma razão evidente para apenas os médicos poderem se tornar

---

<sup>82</sup> Existe muita controvérsia no meio psicanalítico acerca da recepção da psicanálise nos Estados Unidos. Muitos psicanalistas, como Jacques Lacan, discordam que a psicanálise implantada nos EUA possa ser chamada de psicanálise propriamente devido as diferenças entre sua leitura e implantação naquele país em relação a proposta original de Sigmund Freud. No entanto, não entraremos nesta discussão e iremos considerar que pelo fato dos Estados Unidos terem se apropriado dos termos, discussões e métodos do tratamento psicanalítico proposto por Freud o que estava sendo empregado naquele país era psicanálise.

psicanalistas, a psicanálise americana estava proibida para os profissionais não médicos desde seus primórdios<sup>83</sup>.

De 1924 em diante, a Associação Americana de Psiquiatria (APA)<sup>84</sup> e a Associação Psicanalítica Americana passaram a realizar suas reuniões ao mesmo tempo e na mesma cidade. Shorter<sup>85</sup> informa que ocorreram muitas brigas no conselho executivo da APA sobre aderir ou não à psicanálise, ao fim das quais a associação decidiu pela adesão a esta linha terapêutica. Então, em 1933, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) inaugurou uma seção especial de psicanálise para os membros interessados. A partir de 1938, a Associação Psicanalítica Americana exigia que os candidatos a psicanalista tivessem completado pelo menos um ano de residência em psiquiatria. Como Franz Alexander, do Instituto de Chicago declarou em uma carta de 1939 a Ernest Jones: "*A Psicanálise está rapidamente se tornando parte da formação e da prática médica geral*"<sup>86</sup>.

Segundo Healy<sup>87</sup>, a nova psicanálise que se expandia nos Estados Unidos trazia consigo a ideia de que era uma questão de saúde pública todas as pessoas fazerem tratamento psicanalítico. Mais do que curar doenças, esta psicanálise americana propunha o “aprimoramento da personalidade”, a fim de promover a saúde mental.

Durante o ano de 1940, vários institutos de formação psicanalítica passaram a incentivar que psiquiatras residentes começassem sua formação em psicanálise juntamente com a residência. Em 1944, 70% dos psicanalistas americanos tinham formação em psiquiatria – ou em neurologia, pois o exame para as duas áreas era comum desde 1934. Em 1953, 82% dos membros da Associação Psicanalítica Americana eram simultaneamente membros da Associação Americana de Psiquiatria<sup>88</sup>.

Já em 1948, três quartos de todos os comitês da Associação Americana de Psiquiatria eram compostos por psicanalistas. Em 1962, a maioria dos departamentos psiquiátricos eram chefiados por psiquiatras orientados pelo viés psicanalítico e

---

<sup>83</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 162-164.

<sup>84</sup> Utilizaremos a sigla APA, conforme o original: *American Psychiatric Association*.

<sup>85</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 164-165.

<sup>86</sup> ALEXANDER, Franz. In: *American Psychoanalytic Association Bull.*, 1940, pp. 33-34, *Apud* SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, p. 165.

<sup>87</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.140-141.

<sup>88</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 164-165.

praticamente todos os programas de pós-graduação de psiquiatria eram orientados por princípios da psicanálise<sup>89</sup>. Como afirmou B. S. Brown, diretor do *National Institute for Mental Health* (N.I.H.M.):

*De 1945 a 1955, era quase impossível para um psiquiatra que não fosse psicanalista se tornar diretor de um departamento ou professor de uma cátedra de psiquiatria.*<sup>90</sup>

É durante os anos de 1960 que a psicanálise atinge o ápice de sua influência nos Estados Unidos. Neste período, as pessoas estavam familiarizadas com termos como o *ego* e o *id*, *inconsciente*, *transferência*, *mecanismos de defesa* e *libido*<sup>91</sup>. Esta psiquiatria psicanalítica se baseava especialmente na clínica de consultório e praticamente não se inseriu no sistema hospitalar público de grande extensão<sup>92</sup>.

A grande força que a teoria psicanalítica alcançou nos Estados Unidos permitiu alguns excessos interpretativos que capturaram o público comum e acadêmico e, posteriormente, viriam se voltar contra ela. Como o comentado trabalho de Frieda Fromm-Reichmann, do Hospital Chestnut Lodge, em Baltimore, intitulado *Eu nunca te prometi um jardim de rosas*<sup>93</sup>, que introduziu a noção de “mãe esquizofrenizante” e o trabalho de Madeline Sechehaye, que também afirmou que a esquizofrenia envolvia uma “mãe aberrante”<sup>94</sup>. Segundo Healy<sup>95</sup>, este tipo de leitura da psicanálise dava licença para abusos na interpretação dos comportamentos maternos o que fazia com que mesmo a mãe mais dedicada pudesse parecer perigosa.

O outro fator comum a abordagens psicanalíticas foi a convicção de que lidavam com a fonte real da doença mental que teria sua origem em fatores exclusivamente psicológicos. A partir desta perspectiva os psicotrópicos, surgidos em 1952<sup>96</sup>, eram vistos como uma ferramenta terapêutica que fornecia apenas alívio sintomático aos doentes. Nesta concepção, a teoria psicanalítica, baseada em uma teoria da causalidade psicológica, abordaria os mecanismos básicos supostamente envolvidos com a origem das neuroses e psicoses, enquanto o medicamento atuava apenas sobre os sintomas.

---

<sup>89</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.140-141.

<sup>90</sup>BROWN, B S. The life of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 1976, pp. 489-495 apud HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p. 141.

<sup>91</sup> Ibidem, p. 143.

<sup>92</sup> Ibidem, p. 143.

<sup>93</sup> Ibidem, p. 141.

<sup>94</sup> Ibidem, pp. 141-142.

<sup>95</sup> Ibidem, pp. 141-142.

<sup>96</sup> Ibidem, p. 85.

## 1.2- A PSIQUIATRIA NO BANCO DOS RÉUS

A década de 1960 viu o surgimento de diversos movimentos de contestação acerca da ordem vigente. O movimento por direitos civis, a ascensão do feminismo e um forte movimento operário tinham como objeto geral de discussão a questão da opressão de grupos minoritários e/ou marginalizados pelos grupos dominantes. Surgem também os primeiros grupos de “sobreviventes” dos tratamentos psiquiátricos, que se unem em sua crítica ao manicômio e aos tratamentos nele empregados, como a eletroconvulsoterapia, que se torna um dos símbolos mais fortes da violência dos tratamentos psiquiátricos.<sup>97</sup>

Neste período, na Itália, Franco Basaglia (1924-1980) cria a chamada “psiquiatria democrática”, que propunha o fechamento de todos os manicômios e a recuperação da cidadania dos doentes mentais.<sup>98</sup> Surgem também as “comunidades terapêuticas”, a “psicoterapia institucional”, a “psiquiatria de setor” francesa e outros movimentos que seguiam esta mesma lógica contestatória do *modus operandi* da psiquiatria clássica e da posição em que esta disciplina colocava o paciente psiquiátrico.<sup>99</sup>

Diversos autores, como Erving Goffman<sup>100</sup> nos Estados Unidos (1961), Michel Foucault<sup>101</sup> na França (1961), Ronald Laing<sup>102</sup> na Inglaterra (1960) e Thomas Szasz<sup>103</sup>

---

<sup>97</sup> Ibidem, pp. 150-155; AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995, pp.23-55; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, pp. 462-463; CASTEL, Robert. *A Gestão dos Riscos: Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981, pp. 21 -54.

<sup>98</sup> Para mais informações: AMARANTE, Paulo. “Franco Basaglia: Novas histórias para a desinstitucionalização”. In AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 65-106.

<sup>99</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*, pp. 144-177; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, pp. 462-463; AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. *op.cit.*, pp.23-55; CASTEL, Robert. *A Gestão dos Riscos: Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. *op.cit.*, pp. 21 -54; AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. *op.cit.*

<sup>100</sup> Dentre os livros de Erving Goffman podemos destacar “Manicomios prisões e conventos”, publicado em 1961. Para mais informações: GOFFMAN, Erving. *Manicomios prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1996.

<sup>101</sup> Dentre os livros de Foucault podemos destacar “História da Loucura”, publicado em 1961. Para mais informações: FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

<sup>102</sup> Dentre os livros de Ronald Laing podemos destacar “O eu dividido”, publicado em 1960 e “O eu e os outros”, publicado em 1961. Para mais informações: LAING, Ronald. *O eu dividido*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982; LAING, Ronald. *O eu e os outros*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

<sup>103</sup> Dentre os livros de Thomas Szasz podemos destacar “O mito da doença mental” e “A Fabricação da Loucura”. Para mais informações: SZAZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar. 1979; SZAZ, Thomas. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.



nos Estados Unidos (1977), denunciaram os abusos realizados pelas práticas psiquiátricas, construindo uma crítica ao modelo asilar a partir da qual foi gerada a ideia de que a doença mental era, não apenas agravada pelos instrumentos utilizados no tratamento psiquiátrico tradicional, como muitas vezes criada por eles.<sup>104</sup>

Este movimento, com suas várias modalidades, ficou conhecido como “antipsiquiatria” e promoveu importantes discussões no campo psiquiátrico, com uma grande ênfase na questão da cidadania do doente mental. A partir deste movimento foram realizadas mudanças no funcionamento das instituições asilares e foram criadas instituições não-asilares para tratamento dos doentes mentais. Sua convivência com a psicanálise foi muitas vezes pacífica, pois ambas as vertentes possuíam como ponto em comum o valor que atribuíam à palavra do paciente<sup>105</sup>. De modo geral, as críticas feitas por estas correntes à teoria e prática psicanalíticas estavam relacionadas ao fato de esta disciplina estar muito voltada para as investigações da vida psíquica do indivíduo deixando de lado os aspectos políticos e sociais que estariam implicados no adoecimento.

Enquanto estes debates dominavam a arena pública do campo psiquiátrico, um certo tipo de “revolução” ocorre nos bastidores do campo da psicofarmacologia e chega sem grandes alardes ao meio psiquiátrico<sup>106</sup>. O marco inicial desta “revolução” é o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento psicotrópico: a clorpromazina<sup>107</sup>. A partir desta descoberta se constituirá o campo da psicofarmacologia, que será abordado no capítulo 2.

Por ora, vale dizer que, ao longo dos anos de 1970, o ambiente psiquiátrico norte-americano se manterá tensionado por essas diversas vertentes – a psicanálise, as vertentes sociais/antipsiquiátricas e a psicofarmacológica. Nos anos 1980, essas tensões

---

<sup>104</sup> Para mais informações: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde Rodrigues. “O talento dos poetas: Foucault, Goffman, Szasz, Basaglia: Convergências, dissonâncias”. In VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves (org). *O mesmo e o outro - 50 anos de História da Loucura*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013, pp. 199-214.

<sup>105</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*, pp. 144-177; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, pp. 462-463; CASTEL, Robert. *A Gestão dos Riscos: Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. *op.cit.*, pp. 21 -54; AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. *op.cit.*, pp.23-55; AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. *op.cit.*.

<sup>106</sup> SWAIN, Gladys (1987). Chimie, cerveau, esprit et société – Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. *op.cit.*.

<sup>107</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*, pp.130-136; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. *op.cit.*, pp. 246-262; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*, pp. 43- 48.

desembocam na queda da psicanálise como teoria hegemônica da psiquiatria e na ascensão de uma vertente da psiquiatria autodenominada Psiquiatria Biológica, que possui como centro de sua discussão a relação entre a estrutura e função cerebrais com as doenças psiquiátricas<sup>108</sup>. O marco desta virada é a publicação da terceira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III).

### 1.3- A CONSTRUÇÃO DO DSM

O processo de construção do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) teve início quando um grupo de psiquiatras americanos propôs a criação de um manual diagnóstico que pudesse homogeneizar as classificações através de critérios objetivos de análise. Este grupo alegava haver uma grande discrepância entre a metodologia psiquiátrica – e, conseqüentemente, de seus diagnósticos, que não costumavam ser específicos e raramente consensuais – e a metodologia da medicina mais ampla<sup>109</sup>.

Assim, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) promoveu uma série de debates entre os psiquiatras das diversas vertentes atuantes buscando estabelecer um padrão diagnóstico comum para a área. Até este momento a Classificação Internacional das Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde sua criação, em 1948, era a classificação que servia de parâmetro para os psiquiatras de diversos países realizarem seus diagnósticos e que trazia consigo uma nosologia psicanalítica em seu escopo classificatório<sup>110</sup>.

Os debates organizados pela APA desembocaram na criação da primeira versão do DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – publicada em 1952, pela Associação Americana de Psiquiatria. Este manual tinha como base o trabalho do

---

<sup>108</sup> SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998, pp. 239-241.

<sup>109</sup> ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*. Oxford, UK., vol. 80, n. 2, 2002, p. 237-260.

<sup>110</sup> Para uma história do sistema de Classificação Internacional das Doenças ver: KRAMER, Milton. Historical roots and Structural Bases of the International Classification of Diseases. In *International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, pp. 3-29 e PICCININI, W. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil (II). *Psychiatry online*. vol. 11, n. 11., novembro de 2006, endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal1106.php>. Data de acesso: 08/07/2013.

psiquiatra americano Adolf Meyer<sup>111</sup> (1866-1950) para quem as doenças mentais deveriam ser compreendidas como “reações” da personalidade perante fatores psicológicos, sociais e biológicos<sup>112</sup>. A presença de termos como “reação” e “neurose” neste manual demonstram a presença da nosografia de orientação psicodinâmica – que inclui a psicanálise.<sup>113</sup> Contudo, este primeiro manual não teve grandes reverberações no meio psiquiátrico e, segundo Allan Young<sup>114</sup>, um grande número de psiquiatras americanos e instituições se recusaram a adotar a sua nosologia.

A segunda versão do manual procurou se alinhar à oitava edição da Classificação Internacional das Doenças (CID), sendo, inclusive, publicada no mesmo ano desta, em 1968. Esta versão apresentou poucas modificações em relação à versão anterior. Uma das modificações realizadas foi a supressão do termo “reação” de seu escopo classificatório, que segundo Robert Spitzer<sup>115</sup>, foi substituído por “(...) *termos diagnósticos genéricos, sem pressupor um quadro teórico específico para a compreensão dos distúrbios mentais não-orgânicos*”<sup>116</sup>.

É a partir da terceira versão do DSM, o DSM-III, publicada em 1980, que ocorre uma ruptura com as versões anteriores e toda a nosologia psiquiátrica é reformulada, modificando a forma de se pensar a doença mental e, conseqüentemente, o tratamento desta. Esta edição do manual representa a ascensão da Psiquiatria Biológica na psiquiatria norte-americana e a perda de hegemonia psicanalítica<sup>117</sup>.

---

<sup>111</sup> Adolf Meyer era suíço, mas construiu grande parte de sua carreira nos Estados Unidos se tornando um renomado psiquiatra neste país. Segundo Edward Shorter, Meyer foi um dos responsáveis por empregar as ideias de Kraepelin nos EUA, porém depois passou a trabalhar com a abordagem psicanalítica com a qual o seu nome ficou relacionado. Para mais informações: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 145-189.

<sup>112</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. São Paulo: Manole, 1989, p.17.

<sup>113</sup> A psicanálise é um tipo de orientação psicodinâmica, mas não é a única, pois outras vertentes com enfoque nos aspectos psicológicos do adoecimento mental podem ser consideradas psicodinâmicas.

<sup>114</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, p. 98.

<sup>115</sup> Robert Spitzer é psiquiatra de orientação biológica e foi presidente da Comissão de Nomenclatura e Estatística, chamada também de Força Tarefa, (*Task Force on Nomenclature and Statistics da American Psychiatry Association*) criada para elaboração do DSM-III. Abordaremos este ponto mais adiante. Para mais informações: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. São Paulo: Manole, 1989, p.18

<sup>116</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. op.cit.*, p.18.

<sup>117</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p.465; ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *op.cit.*, p. 237-260; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 288-328; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp.89-117.

As reivindicações por uma nova classificação que deu origem ao DSM-III partiu, especialmente, de um grupo de psiquiatras da Universidade de Washington, em St. Louis. Para eles era necessário deixar de lado as perguntas etiológicas, que introduziam confusões no campo, e limitar-se a descrever os sintomas, o curso das doenças, e prestar atenção especial às histórias das doenças familiares, que, como no caso de Kraepelin, teriam para eles um papel fundamental na determinação dos diagnósticos<sup>118</sup>. Esse grupo considerava que para se desenvolver uma classificação válida das doenças psiquiátricas deveriam ser respeitados cinco critérios fundamentais: 1) uma descrição clínica; 2) estudos de laboratório; 3) critérios de exclusão de outras doenças; 4) estudo do curso da doença; 5) estudos referentes à família dos doentes. Os principais líderes desse grupo eram: Eli Robins (1921-1994), Samuel Guze (1924-2000) e George Winokur (1925-1996)<sup>119</sup>.

Gerald Klerman, um psiquiatra da Universidade de Harvard, denominou este grupo de “neokraepelinianos”, por considerar que suas propostas e pressupostos representavam uma releitura das antigas ideias do psiquiatra Emil Kraepelin. Ao mesmo tempo, demonstravam o declínio das ideias de Freud e Meyer na psiquiatria norte-americana. É a este grupo que Robert Spitzer – organizador do DSM-III – e muitos dos simpatizantes “neo-kraepelinianos” atribuem suas raízes intelectuais.<sup>120</sup> Como afirma Young<sup>121</sup>, se levarmos as duas concepções a seus extremos, a teoria psicanalítica e a teoria descritiva de Kraepelin não são apenas diferentes, mas antitéticas.

Cabe aqui fazer uma pequena digressão para apresentarmos um pouco da metodologia kraepeliniana, que serviu de inspiração para os psiquiatras biológicos americanos. Emil Kraepelin (1856-1926) foi um psiquiatra alemão que influenciou profundamente a psiquiatria de diversos países no início do século XX<sup>122</sup>. Para

---

<sup>118</sup> Apesar de haver nítidas diferenças entre as ideias de Kraepelin e a dos neo-kraepelinianos, autores como Edward Shorter, Allan Young e Sandra Caponi consideram a existência de continuidades sustentando a racionalidade psiquiátrica de ambos os grupos. Para mais informações ver: CAPONI, S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 149 e YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. op.cit., pp.89-102; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit..

<sup>119</sup> CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. op.cit., p. 165; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. op.cit., pp. 89-117.

<sup>120</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press, 1995, p. 97.

<sup>121</sup> Ibidem, pp. 95-97.

<sup>122</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit., pp. 288-328; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. op.cit.,

Kraepelin, as doenças mentais deveriam ser compreendidas através da analogia com doenças físicas e seguindo um padrão de investigação da medicina mais ampla. Como veremos no capítulo 2, a medicina ocidental do final do século XIX, desde o desenvolvimento da anatomia patológica e da descoberta de tratamento para doenças infecciosas, estava voltada para a análise dos sinais e sintomas das doenças com o objetivo de descobrir a causa específica responsável por sua emergência. Assim, para a teoria kraepeliniana os sintomas são compreendidos como parte de um processo patológico que teria como base estruturas e processos fisiológicos<sup>123</sup>.

Dentro desta lógica, a classificação das doenças mentais proposta por Kraepelin exigiria observação minuciosa de fenômenos visíveis, incluindo a coleta, registro sistemático e análise comparativa dos casos tratados, a fim de identificar os grupos de sintomas que poderiam ser agrupados e aqueles que deveriam ser diferenciados.<sup>124</sup> Caponi<sup>125</sup> argumenta que para construir essa rede de dados, Kraepelin contava com uma equipe de médicos e estatísticos treinados para investigar a questão da etiologia das doenças mentais e criou um instrumento de análise denominado *Zählkarten*.<sup>126</sup> Este instrumento consistia em fichas organizadas com base em um questionário semiestruturado. Nelas estavam incluídos dados relativos a sintomas, história familiar, curso e história da enfermidade assim como um conjunto de causas possíveis. A partir da análise do conjunto de dados reunidos através das informações presentes nestas fichas, Kraepelin construiu uma imensa base de dados quantitativos e comparativos em grande escala, incluindo as grandes cidades e os distritos rurais<sup>127</sup>.

Com esta base de dados Kraepelin pretendia encontrar um fundamento objetivo e científico para agrupar e classificar as doenças mentais. Esta abordagem teórico-metodológica visava à construção de uma classificação unificada das patologias psiquiátricas, na qual a delimitação fidedigna dos diagnósticos era o objetivo principal.

---

pp.89-117; CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. op.cit.*, pp.147-172.

<sup>123</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp. 95-97.

<sup>124</sup> *Ibidem*, pp. 95-96 e CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. op.cit.*, pp. 141-143; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac. op.cit.*.

<sup>125</sup> CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. op.cit.*, p. 143.

<sup>126</sup> *Ibidem*, p. 143.

<sup>127</sup> *Ibidem*, pp. 141-142; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp. 95-96.

E para o diagnóstico ser realizado de forma isenta o psiquiatra não deveria permitir que a narrativa do paciente interferisse no percurso da investigação médica<sup>128</sup>.

Allan Young<sup>129</sup> argumenta que a opção pela construção desta base de dados não significava que Kraepelin tivesse abandonado as investigações etiológicas das doenças mentais. Pelo contrário, para Kraepelin a pesquisa empírica permitiria a classificação das doenças mentais, o que, por sua vez, seria o primeiro passo em direção à descoberta das origens orgânicas e bioquímicas dessas doenças. Segundo o argumento de Kraepelin,

*As assim chamadas causas psíquicas – um amor infeliz, negócios fracassados, excesso de trabalho – são o produto, mas não a causa da doença, são a mera manifestação de uma condição preexistente, e seus efeitos dependem da constituição biológica do sujeito<sup>130</sup>.*

A partir de suas pesquisas, Kraepelin define dois grupos patológicos nos quais podem ser inseridas todas as doenças psiquiátricas: a loucura maníaco-depressiva e a demência precoce<sup>131</sup>.

A partir da década de 1950, a influência da teoria de Kraepelin se tornou marginal na psiquiatria ocidental como um todo e assim permaneceu até 1970, quando o grupo de psiquiatras norte-americanos da Universidade de Washington, em St. Louis, recupera sua obra.<sup>132</sup> Segundo Klerman, as principais ideias desse grupo de neokraepelinianos podem ser sintetizadas em 9 itens:

***1) A psiquiatria é um ramo da medicina; A psiquiatria deve utilizar metodologias científicas modernas e estar baseada em conhecimentos científicos; 2) A psiquiatria trata pessoas que estão***

---

<sup>128</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*, pp. 95-96; CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. *op.cit.*, pp. 143-145.

<sup>129</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*, pp. 95-96.

<sup>130</sup> KRAEPELIN, E. *One hundred years of psychiatry*. New York: Philosophical Library *apud* CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 131.

<sup>131</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*, p. 95-96.

<sup>132</sup> *Ibidem*, p. 97; CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. *op.cit.*, pp. 165-166.

*doentes e que requerem tratamento para doenças mentais; 3) Existe uma fronteira ou limite entre normalidade e doença; 4) As doenças mentais não são mitos. Existem muitas doenças mentais. A tarefa da psiquiatria científica, como especialidade médica, é pesquisar as causas, o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais; 5) O alvo da psiquiatria deve estar, particularmente, nos aspectos biológicos das doenças mentais; 6) Deve existir uma preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação; 7) Os critérios diagnósticos devem ser codificados e deve existir uma área de pesquisa para validar esses critérios com diversas técnicas. Os departamentos de psiquiatria nas escolas médicas devem ensinar esses critérios, e não depreciá-los; 8) Com a finalidade de aumentar a validade dos diagnósticos e das classificações, as técnicas estatísticas devem ser utilizadas; 9) Com a finalidade de aumentar a validade dos diagnósticos e das classificações, as técnicas estatísticas devem ser utilizadas (apud Decker, 2007:348)<sup>133</sup>*

Esta retomada da teoria de Kraepelin foi precedida pela descoberta dos primeiros medicamentos psicotrópicos que passaram a exigir uma nova forma de pesquisa em psiquiatria para a qual as classificações diagnósticas precisavam ser bem delimitadas.<sup>134</sup> Como Young<sup>135</sup> afirma:

*(N)o início de 1950, a situação mudou, quando uma variedade de drogas psicoativas de comprovada eficácia, incluindo a clorpromazina (Thorazine), tornou-se disponível em contraste ao que havia ocorrido anteriormente, os novos tratamentos foram incorporados na prática psiquiátrica, apesar de alguma resistência. Pela próxima década, psiquiatras empregarão rotineiramente quatro classes de drogas, cada uma ostensivamente específica para uma categoria de doença mental: psicose, depressão, ansiedade, e o transtorno maníaco-depressivo<sup>136</sup>.*

No entanto, Young<sup>137</sup> salienta que apesar do ostensivo emprego dos psicofármacos na clínica, faltava à psiquiatria norte-americana uma nosologia consistente com as necessidades de uma “ciência embasada experimentalmente”. Daí o retorno à metodologia kraepeliniana ter aparecido como uma possibilidade para a psiquiatria realizar pesquisas experimentais, que se consubstanciarão com a publicação

---

<sup>133</sup> DECKER, H. *How Kraepelin was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM-III*. In: *History of Psychiatry*, 18, 2007, pp. 337-361 apud CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 165-166. (grifo nosso)

<sup>134</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. op.cit.; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. op.cit.; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. op.cit..

<sup>135</sup> Ibidem.

<sup>136</sup> Ibidem, p. 97. (tradução nossa)

<sup>137</sup> Ibidem, p. 98.

do DSM-III. Vale, portanto, acompanhar mais de perto o processo de elaboração do DSM-III e suas sucessivas revisões.

### 1.3.1- DSM III, DSM-III-R e DSM-IV: uma psiquiatria baseada em evidências

No mesmo período em que o grupo da Universidade de Washington reintroduz no campo psiquiátrico as discussões acerca da teoria de Kraepelin e do valor da delimitação dos diagnósticos em psiquiatria, a partir de métodos empiricamente válidos, o conselho de administração da Associação Americana de Psiquiatria (APA) decidiu que era necessária uma nova revisão do DSM e, em 1974, nomeia Robert Spitzer, psiquiatra da Universidade de Columbia afinado com as ideias dos “neo-kraepelianos”, para ser chefe da Força Tarefa<sup>138</sup> que iria elaborar o novo manual. Segundo Young<sup>139</sup>, Spitzer exigiu da diretoria da APA que toda a Força Tarefa responsável pela elaboração do DSM-III fosse modificada – em relação àquela que havia elaborado o DSM-II – e que lhe fosse concedido o direito de escolher esta nova comissão. A diretoria aceitou suas condições e, segundo o próprio Spitzer, o grupo de psiquiatras e psicólogos selecionados por ele estava comprometido com a pesquisa de diagnóstico – e não com a prática clínica – e “possuíam raízes intelectuais em St. Louis, em vez de Viena, e (...) inspiração intelectual derivada de Kraepelin, não Freud.”<sup>140</sup>

Assim, um primeiro projeto do que viria a ser o DSM-III foi apresentado em 1975 numa sessão especial do Congresso Anual da APA e passou a ser discutido por diversos profissionais da área ao longo de encontros nacionais e internacionais. A comissão encarregada da elaboração do novo manual promoveu a partir de 1977 uma série de ensaios de campo, utilizando as sucessivas versões do projeto elaboradas ao longo destes encontros. O último ensaio de campo teve duração de dois anos – setembro de 1977 a setembro de 1979 – e foi patrocinado pelo *National Institute of Mental Health*

---

<sup>138</sup> Força tarefa é o termo utilizado pelos organizadores do DSM para se referir as comissões responsáveis tanto pela realização de pesquisas que servirão de base para a construção do referido manual em suas sucessivas edições quanto para se referir as comissões que irão construir o manual com base na reunião dos dados dessas pesquisas. Ver: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986, p.18.

<sup>139</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*, p.99.

<sup>140</sup> BAYER, Ronald e SPITZER, Robert. Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III” *Archives of General Psychiatry*, v. 42, 1982, pp. 187-196 *apud* YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. *op.cit.*, p.99.



(NIHM). Ao todo, foram observados 12.667 pacientes por 550 clínicos. Por fim, em maio de 1979, no Congresso Anual da APA em Chicago, a Assembleia e o *Council on Research and Development* aprovaram formalmente a versão final do DSM-III. Em junho, foi aprovado pelo *Committee* e pelo *Board of Trustees*, vindo a ser publicado em 1980<sup>141</sup>.

Russo e Venancio<sup>142</sup> afirmam que a aprovação e publicação efetiva do DSM-III e seus novos parâmetros classificatórios, foi fruto da aliança feita entre os “psiquiatras biológicos” ligados à pesquisa experimental, para quem a psicanálise representava um entrave à neutralidade científica e ao rigor da observação empírica, e os psiquiatras progressistas, que acusavam a psicanálise de “psicologizar” os problemas que eram de ordem social. Para ambos a psicanálise era o inimigo a combater.

No entanto, essa aliança contra o campo psicanalítico acabou tendo um efeito oposto ao desejado pelos psiquiatras progressistas, já que a transformação produzida iria em direção a uma maior neutralidade do diagnóstico psiquiátrico, que se afastará cada vez mais de qualquer preocupação com o meio social. Segundo Russo e Venancio:

*O DSM III significou de fato uma “re-medicalização” extrema da psiquiatria. Isso pode ser verificado tanto no caso das neuroses que, longe de desaparecerem, cresceram e se multiplicaram, quanto no caso dos antigos “desvios sexuais”<sup>143</sup>.*

Para Serpa Jr.<sup>144</sup> essa “remedicalização<sup>145</sup>” da psiquiatria pode ser considerada também como “uma espécie de efeito rebote” de uma forte “desmedicalização” da psiquiatria ocorrida durante o período em que a psicanálise possuiu a hegemonia na psiquiatria norte-americana:

---

<sup>141</sup>ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. op.cit.*, p.19-21.

<sup>142</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 470.

<sup>143</sup> Ibidem, p. 468.

<sup>144</sup> SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998, p. 239-243.

<sup>145</sup> Vale destacar que não consideramos que o argumento de Serpa Jr. seja contrário ao de Gladys Swain que abordaremos de maneira mais detalhada na página 44. Segundo Swain durante os anos de 1960 e 1970 houve um repúdio discursivo aos psicofármacos ainda que estes fossem empregados na clínica psiquiátrica. Desse modo, consideramos que o conceito de “desmedicalização” empregado por Serpa Jr. não inviabiliza que os psicofármacos fossem utilizados na prática clínica. Para mais informações ver: SWAIN, Gladys. *Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistemologiques des psychotropes en médecine mentale. op.cit.*. NOVELLA, Enric. Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. In: *FRENIA: Revista de Historia de la Psiquiatria*, vol. III, 2008, pp. 9-32.

*Psicanalistas e psiquiatras sociais, cada um a sua maneira, teriam então se afastado do modelo médico: pouco interesse pela nosologia, pela epidemiologia, pela farmacoterapia e pela investigação etiológica orgânica. Nesta mesma época, os profissionais não médicos envolvidos com o trabalho em saúde mental multiplicaram-se (Kringlen, op. cit) e os limites e fronteiras entre os campos de atuação destes diferentes profissionais e dos psiquiatras tornaram-se imprecisos<sup>146</sup>.*

Serpa Jr.<sup>147</sup> argumenta ainda que, ao final do período de hegemonia psicanalítica, fatores externos ao campo psiquiátrico começaram a interferir nele, como, por exemplo, a pressão exercida pelas seguradoras e sistemas de reembolso dos tratamentos médicos, que começaram a questionar a imprecisão dos diagnósticos psiquiátricos e a longevidade do tratamento, bem como a pressão exercida por familiares de doentes psiquiátricos, que, talvez por se sentirem culpabilizados pelas teorias psicológicas, rapidamente aderiram ao vocabulário e tratamentos da psiquiatria biológica, chegando a fundar sociedades de familiares em apoio a esta nova vertente, como é o caso da *National Alliance for Mentally Illness*, fundada em 1979<sup>148</sup>.

Aclamado como um manual a-teórico quanto à etiologia das doenças psiquiátricas, o DSM-III se baseia em princípios objetivos que permitem a observação e mensuração empírica dos distúrbios. Sua aposta numa abordagem descritiva dos quadros sintomatológicos se apoia no argumento de que não seria possível apresentar todas as teorias etiológicas suscetíveis de serem aplicadas a cada distúrbio e a sua eventual inclusão constituiria um obstáculo à utilização do manual por clínicos de diferentes orientações teóricas<sup>149</sup>. Como podemos ler no texto do manual:

*A abordagem feita no DSM-III é a-teórica no tocante aos processos etiológicos ou fisiopatológicos, (...) Uma vez que não seria possível apresentar todas as teorias etiológicas suscetíveis de serem aplicadas a cada distúrbio, a sua eventual inclusão constituiria um obstáculo à utilização do manual por clínicos de diversas orientações teóricas, e é esta a melhor justificação para a abordagem geralmente a-teórica utilizada no DSM-III no referente a etiologia<sup>150</sup>.*

---

<sup>146</sup> Ibidem, p. 240.

<sup>147</sup> Ibidem, pp. 239-243.

<sup>148</sup> Ibidem, p. 240.

<sup>149</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. op.cit.*, p. 22.

<sup>150</sup> Ibidem, p. 22.

O DSM- III possui cerca de duzentos distúrbios mentais nomeados. Os transtornos são agrupados em categorias a partir de suas características comuns: distúrbios de humor, ansiedade, distúrbios sexuais, a esquizofrenia e assim por diante. A definição de cada distúrbio é feita por meio de uma lista de características que precisam ser ao mesmo tempo individualizadas, para cada caso, e suficientemente coletivas, para se tornar um diagnóstico universalizável<sup>151</sup>. Segundo Young<sup>152</sup>, esta classificação diagnóstica é denominada “categorial” e se diferencia significativamente de suas versões anteriores – DSM I e DSM-II –, que possuíam uma classificação apoiada no que o autor denomina de “diagnóstico dimensional”.

Russo e Venancio<sup>153</sup> destacam que no modelo dimensional, a classificação diagnóstica representava uma espécie de continuum, não havendo fronteiras claramente demarcadas entre as diferentes síndromes ou doenças. Assim, os sintomas eram concebidos como sendo expressões polimórficas de processos subjacentes, profundos, que se manifestavam na superfície. Desse modo, o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas, poderia estar vinculado a mecanismos subjacentes diferentes, ou sintomas diferentes poderiam estar referidos a um mesmo mecanismo subjacente.

O modelo “dimensional” do diagnóstico psiquiátrico foi abandonado no DSM-III com o argumento de que a falta de critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico, o que significava que a concordância entre diferentes psiquiatras com relação a um mesmo diagnóstico também tendia a ser baixa<sup>154</sup>. Segundo o texto do manual:

*Uma vez que no DSM-I, no DSM-II e na ICD-9 não fornecem critérios explícitos, o clínico fica em grande parte entregue a si próprio ao definir o conteúdo e as fronteiras das categorias de diagnóstico. Pelo contrário o DSM-III fornece critérios específicos de diagnóstico, como guias para fazer um diagnóstico, pois tais critérios favorecem a*

---

<sup>151</sup> Ibidem, pp. 17-27.; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp. 89-117.

<sup>152</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp. 89-117.

<sup>153</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 466.

<sup>154</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, pp. 89-117; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, pp. 466-467; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. op.cit.*, p. 23.

*sua fiabilidade, tornando mais provável a coincidência desses diagnósticos quando feitos por clínicos diferentes*<sup>155</sup>.

Assim, é por não lidar com a ideia de um continuum e enfatizar as fronteiras bem demarcadas dos diagnósticos que a classificação do DSM-III é denominada categorial. Uma outra diferença deste manual em relação às versões anteriores – DSM-I e DSM-II – é mais sutil do que a mudança na classificação diagnóstica. Diz respeito à divisão tradicional em psiquiatria entre distúrbios mentais orgânicos e não orgânicos<sup>156</sup>. Como Russo e Venancio<sup>157</sup> enfatizam apesar do DSM-III manter a referência a esta divisão, passa a haver uma advertência no texto do manual afirmando que todo processo psicológico, normal ou não, depende do funcionamento cerebral. Que como as autoras salientam, significa que “embora a divisão tradicional não tenha sido inteiramente abandonada, os autores fazem questão de afirmar a fisicalidade (dependência de processos cerebrais) de todo e qualquer transtorno mental<sup>158</sup>”. Como podemos verificar no texto do manual quando da apresentação dos Distúrbios Mentais Orgânicos:

*A individualização dos Distúrbios Mentais Orgânicos numa classe distinta não implica que os distúrbios mentais não orgânicos (funcionais) sejam, de algum modo, independentes do funcionamento cerebral. Pelo contrário, supõe-se que todos os processos psicológicos, normais ou anormais, dependem da função cerebral*<sup>159</sup>.

A avaliação do diagnóstico é multiaxial, pois se divide em cinco eixos. A justificativa para o uso deste sistema é que ele permite abarcar uma série de fatores simultaneamente.<sup>160</sup> Os eixos não se excluem e, por isso mesmo, podem ser complementares. Os três primeiros eixos visam articular diferentes distúrbios num mesmo diagnóstico, enquanto os dois últimos eixos abarcam fatores sociais e psicológicos envolvidos no adoecimento. A importância dada a estes dois últimos eixos pela formatação da avaliação multiaxial é secundária em relação aos três primeiros

---

<sup>155</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. op.cit.*, p. 23.

<sup>156</sup> Ibidem, p. 109; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 467.

<sup>157</sup> Ibidem, p. 109; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 467.

<sup>158</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 467.

<sup>159</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. op.cit.*, p. 109.

<sup>160</sup> Ibidem, p. 39.

eixos, que representariam o “diagnóstico oficial<sup>161</sup>”. Este tipo de divisão demonstra a pouca relevância que os fatores psicológicos e sociais possuem para esta vertente psiquiátrica na construção do diagnóstico. Segundo o texto do manual:

*O DSM-III recomenda a utilização de um sistema multiaxial de avaliação, para garantir que certas informações, eventualmente importantes na prescrição de um tratamento e na previsão das consequências para cada indivíduo, sejam registradas em cada um dos cinco eixos dos quais os primeiros três constituem a avaliação do diagnóstico oficial<sup>162</sup>.*

No Eixo I estão presentes todos os distúrbios mentais e ainda outras condições que podem ser “objeto de atenção ou tratamento<sup>163</sup>”. Este eixo tem a finalidade de registrar todos os distúrbios do manual, com exceção dos “Distúrbios de Personalidade” e dos “Distúrbios Específicos do Desenvolvimento”, que são as únicas classes indicadas no Eixo II<sup>164</sup>. Segundo o texto do manual, esta divisão é feita para que os distúrbios do Eixo II não sejam esquecidos em meio à grande expressividade dos distúrbios do Eixo I<sup>165</sup>. Os Eixos I e II podem se articular, pois um indivíduo pode apresentar distúrbios presentes nos dois eixos ou mesmo apresentar múltiplos distúrbios dentro de um mesmo Eixo:

*Por exemplo, um adulto pode sofrer de Depressão Maior, anotada no Eixo I e de um Distúrbio Compulsivo de Personalidade, registrado no Eixo II, ou então o caso de uma criança com um Distúrbio do Comportamento, anotado no Eixo I e um Distúrbio do Desenvolvimento da Linguagem, no Eixo II<sup>166</sup>.*

Já o Eixo III, intitulado “Distúrbios ou condições físicas”, serviria para que o clínico pudesse indicar qualquer distúrbio ou condição física que não se enquadre na seção de distúrbios mentais da CID-9. Assim, o clínico poderia diagnosticar que, por exemplo, um distúrbio neurológico estaria associado a uma demência ou que uma

---

<sup>161</sup> Ibidem, p. 23.

<sup>162</sup> Ibidem, p. 23.

<sup>163</sup> Ibidem, p. 39.

<sup>164</sup> Ibidem, pp. 39-41.

<sup>165</sup> Ibidem, p. 39.

<sup>166</sup> Ibidem, p. 39.

depressão poderia ser originada por uma deficiência no funcionamento da tireoide, chamado hipotireoidismo<sup>167</sup>. O texto do manual justifica o Eixo III da seguinte forma:

*A separação deste eixo dos eixos reservados aos distúrbios mentais baseia-se na tradição de distinguir estes últimos, cujas manifestações são fundamentalmente comportamentais ou psicológicas (por exemplo, distúrbios mentais), daqueles que pelas suas manifestações não o são. É necessário dispor de um termo que se possa aplicar a todos os distúrbios que não se consideram “distúrbios mentais”. A designação “distúrbio orgânico” implicaria incorretamente a ausência de fatores físicos nos distúrbios “mentais”. Assim, este manual recorre ao termo “distúrbio físico” embora reconhecendo que a fronteira entre essas duas classes de distúrbio (distúrbios “mentais” e “físicos”) se modificará à medida que a compreensão da fisiopatologia destes distúrbios progrida<sup>168</sup>.*

O Eixo IV, que avalia o impacto dos fatores sociais sobre os distúrbios mentais, se intitula “Gravidade dos Fatores de *Stress* Psicossociais”. Este eixo permite codificar a gravidade geral de um fator de *stress*, a fim de avaliar se há “contribuição significativa no desenvolvimento ou exacerbação” do distúrbio atual<sup>169</sup>.

É interessante notar que, apesar dos fatores psicológicos e sociais estarem presentes no manual como elementos que podem desencadear um distúrbio, eles precisam ser quantificados para ter relevância. Desse modo, em seguida à explicação acerca do Eixo IV encontramos um subtítulo denominado *Quantificação da Gravidade de um fator de stress*<sup>170</sup>, onde é explicado quais fatores de *stress* devem ser considerados e o tipo de relevância que cada um possui: Conjugal; Parental; Outros problemas interpessoais: problemas com amigos, por exemplo; Profissional; Condições de Vida; Financeiro; Legal; Desenvolvimento; Doenças; Outros Fatores de *Stress* psicossociais: catástrofes naturais, por exemplo. Cada um destes fatores representa uma pontuação que vai de 1 a 7 de acordo com a gravidade (1 significa nenhuma gravidade, 7 significa catástrofe). A pontuação 0 significa que não houve clareza na exposição do *stress* ou a informação esteve ausente<sup>171</sup>.

Caso, diante desta quantificação, o clínico não considere que o *stress* seja suficientemente relevante para o desencadeamento do distúrbio, deve ser considerado

---

<sup>167</sup> Ibidem, p. 42.

<sup>168</sup> Ibidem, p. 23. (grifo nosso).

<sup>169</sup> Ibidem, p. 42.

<sup>170</sup> Ibidem, p. 42.

<sup>171</sup> Ibidem, p. 43.

que o indivíduo examinado possui “vulnerabilidade” ao *stress*, o que, por sua vez, deverá ser incluído como parte do distúrbio e não seu desencadeador. Os autores destacam ainda que determinados distúrbios podem causar *stress* psicossocial e citam, como exemplo, “A dependência do Álcool”, que poderia gerar problemas conjugais e contribuir para o desenvolvimento de Depressão Maior. Assim, a quantificação da gravidade deverá refletir o conjunto de todos os fatores de *stress* psicossociais que forem listados pelo clínico<sup>172</sup>.

O Eixo V avalia o impacto de fatores psicológicos sobre os distúrbios mentais e se intitula “Nível Máximo do Comportamento Adaptativo no Ano Anterior”. Este Eixo tem como propósito avaliar o “nível prévio de funcionamento” do indivíduo durante o período de um ano antes do distúrbio se desenvolver. Sua finalidade, é permitir que o clínico possa avaliar se após o “episódio da doença” o indivíduo voltou ao mesmo nível de “funcionamento” anterior – o que, segundo o texto, é comum ocorrer. Este funcionamento adaptativo se refere a três áreas principais da vida: relações sociais, atividade profissional e utilização do tempo livre. Estas áreas devem ser consideradas em conjunto, apesar de haver um alerta no texto do manual acerca da maior importância das relações sociais em relação às outras áreas<sup>173</sup>. Tanto o Eixo IV como o Eixo V serviriam para fornecer “*informações adicionais aos diagnósticos oficiais do DSM-III (Eixos I, II e III), úteis na prescrição do tratamento e na previsão do resultado*”<sup>174</sup>.

Por fim, observamos que nesta versão do manual ocorre, ainda, uma mudança – em comparação com o DSM-I e DSM-II – no que se refere ao termo neurose, oriundo do campo psicanalítico. No DSM-III o termo neurose foi subdividido em outras categorias diagnósticas. No entanto, vemos que esta modificação não se deu sem embates e no texto do manual há uma explicação sobre os motivos de esta modificação ter ocorrido. Selecionamos dois trechos do manual que demonstram a tensão gerada por esta escolha:

*Apesar de muitos clínicos, orientados para a psicodinâmica, acreditarem que os processos neuróticos desempenham sempre um papel central no desenvolvimento dos distúrbios neuróticos, existem outras teorias sobre as formas de desenvolvimento destes distúrbios. (...) Assim, o termo distúrbio neurótico utiliza-se, no DSM-III, sem*

---

<sup>172</sup> Ibidem, p. 42-44.

<sup>173</sup> Ibidem, p. 44.

<sup>174</sup> Ibidem, pp. 23-24.

*qualquer implicação de um processo etiológico especial. O distúrbio neurótico, definido descritivamente, é aproximadamente equivalente ao conceito psicanalítico de “sintoma neurótico”<sup>175</sup>”*

E continua:

*No DSM-III, os Distúrbios Neuróticos, incluem-se nos Distúrbios Afectivos, da Ansiedade, Somatomorfes, Dissociativos e Psicosexuais. Estas classes de diagnóstico são listadas conjuntamente na classificação do DSM-III para facilitar a localização dos Distúrbios Neuróticos. Antes da listagem da classe dos Distúrbios Afectivos, faz-se uma advertência indicando que os Distúrbios Neuróticos estão incluídos nestas cinco classes do DSM-III<sup>176</sup>.*

A dissolução do agrupamento das “Neuroses” demonstra a perda da força psicanalítica no meio psiquiátrico norte-americano. Este processo tem início com o DSM-III e se intensifica com o DSM-III-R, no qual o termo neurose terá seu espaço perdido em definitivo. Publicado em 1987, o DSM-III-R suprime o termo neurose, sendo esta a principal modificação que ocorre em relação ao DSM-III<sup>177</sup>.

É em 1994, com a publicação do DSM-IV, que as categorias diagnósticas se expandem para mais de trezentos e cinquenta transtornos<sup>178</sup>. Na versão brasileira do manual o termo “distúrbio” é substituído pelo termo “transtorno<sup>179</sup>”, contudo como na versão americana o termo utilizado no DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV foi sempre *disease* sua significação permanece a mesma ao longo de todas essas versões. Segundo o texto do manual:

*(a) definição de transtorno mental presente no DSM-III e no DSM-III-R é aqui apresentada por ser tão útil quanto qualquer outra definição disponível e por ter ajudado a orientar decisões relativas a que condições, nos limites entre a normalidade e a patologia, devem ser incluídas no DSM-IV. Neste os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p. ex. doloroso) ou incapacitação (p. ex. prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou*

<sup>175</sup> Ibidem, p. 25. (grifo nosso)

<sup>176</sup> Ibidem, p. 25.

<sup>177</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais: DSM- III-R*. São Paulo: Manole, 1989.

<sup>178</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed, 2002; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*, p. 175.

<sup>179</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 467.



*com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade*<sup>180</sup>.

O modelo de avaliação multiaxial permanece e os cinco eixos, presentes no DSM-III e DSM-III-R, mantêm praticamente a mesma função no DSM-IV, com uma pequena modificação nas suas denominações. O Eixo I passa a ser denominado “Transtornos Clínicos” e “Outras Condições Médicas que possam ser Foco de Atenção Clínica”; o Eixo II: “Transtorno da Personalidade” e “Retardo Mental”; o Eixo III: “Condições Médicas Gerais”; o Eixo IV: “Problemas Psicossociais e Ambientais” e o Eixo V: “Avaliação Global do Funcionamento”<sup>181</sup>. Uma modificação ocorrida do DSM-III-R para esta versão do manual é que foi retirada de seu escopo classificatório a divisão clássica da psiquiatria entre transtornos mentais orgânicos e não-orgânicos<sup>182</sup>.

*No DSM-III-R, os Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e os Transtornos Induzidos por Substâncias eram chamados de transtornos “orgânicos” e listados em conjunto em uma única seção. Esta diferenciação de transtornos mentais orgânicos como uma classe separada sugeria a existência de transtornos mentais “não orgânicos” ou “funcionais” que, de alguma forma, não apresentariam relação com fatores ou processos físicos ou biológicos. O DSM-IV elimina o termo orgânico e faz uma distinção entre os transtornos mentais devido a uma condição médica geral, os transtornos induzidos por substâncias e aqueles sem uma etiologia específica*<sup>183</sup>.

Assim como ocorre no DSM-III, o DSM-IV reserva uma boa parte da Introdução do Manual à explicação da metodologia aplicada na construção do mesmo, porém consideramos que no caso do DSM-IV as evidências empíricas ganham um destaque maior para validação dos diagnósticos do que já possuíam no DSM-III e DSM-III-R. Segundo explicação do manual:

---

<sup>180</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV. op.cit.*, pp. 27-28.

<sup>181</sup> Contudo, este manual permite que o clínico que deseje utilize a avaliação “não-axial” e explica como fazê-lo na página 69. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV. op.cit.*, pp. 59-69.

<sup>182</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV. op.cit.*, p.197; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 467.

<sup>183</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV. op.cit.*, p. 197.

*O DSM-IV é o produto de 13 Grupos de Trabalho (ver apêndice J), cada qual com a responsabilidade primária por uma seção do manual. Essa organização objetivava aumentar a participação de especialistas em cada uma das respectivas áreas. (...) Após extensas consultas com especialistas e clínicos de cada área, selecionamos membros que representassem uma ampla faixa de perspectivas e experiências para os Grupos de Trabalho. Os membros desses grupos foram informados de que participariam de uma busca de acordos consensuais e não como defensores de opiniões abraçadas previamente. Além disso estabelecemos um processo formal baseado em evidências, que deveria ser seguido pelos Grupos<sup>184</sup>.*

Como o trecho acima sinaliza, as evidências empíricas, produzidas através de diversas pesquisas realizadas ao longo da feitura do manual, ganham destaque na validação do mesmo e, conseqüentemente, de seus diagnósticos e metodologia. Selecionamos mais um trecho no qual este tipo de discurso aparece de maneira mais detalhada:

*A terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) representou um importante avanço em termos do diagnóstico dos transtornos mentais e facilitou imensamente as pesquisas empíricas. O desenvolvimento do DSM-IV beneficiou-se da substancial proliferação de pesquisas sobre os diferentes diagnósticos, gerada em parte pelo DSM-III e pelo DSM-III-R. A maior parte dos diagnósticos atualmente dispõe de uma bibliografia empírica ou conjuntos de dados referentes à revisão do manual diagnóstico. O Grupo de Trabalho do DSM-IV e seus Grupos de Trabalho Específicos conduziram um processo empírico em três estágios, que inclui: 1) revisões bibliográficas amplas e sistemáticas; 2) reanálises dos conjuntos de dados já reunidos; 3) extensos testes de campo enfocando temas específicos<sup>185</sup>.*

É interessante notar que tanto no DSM-III, no DSM-III-R e no DSM-IV há uma advertência afirmando que é um equívoco considerar que estes manuais classificam pessoas, pois na realidade eles classificam transtornos (ou distúrbios, no caso do DSM-III e DSM-III-R). No DSM-IV encontramos a seguinte afirmação<sup>186</sup>:

*Um equívoco comum consiste em pensar que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que*

---

<sup>184</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV. op.cit.*, p.21. (grifo nosso)

<sup>185</sup> *Ibidem*, p. 24. (grifo nosso)

<sup>186</sup> Apesar de o trecho citado não fazer referência ao DSM-III, encontramos o mesmo tipo de discurso naquele manual Vide *Ibidem*, p. 22.

*classifica são os transtornos que as pessoas apresentam. Por esse motivo, o DSM-IV (assim como o DSM-III-R) evita o uso de expressões tais como “um esquizofrênico” ou “um alcoólico”, em vez disso, utilizando expressões mais precisas, ainda que claramente mais incômodas, tais como “um indivíduo com esquizofrenia” ou “um indivíduo com dependência de álcool.”<sup>187</sup>*

Assim, percebemos que o transtorno (ou distúrbio) é, segundo os referidos manuais, algo que não é constitutivo da noção de pessoa, mas pode “habitá-la”, o que significa que a pessoa pode ter um transtorno, mas não sê-lo.

### **1.3.2 – A Psiquiatria Biológica e a Indústria Farmacêutica**

Essa mudança de paradigma na psiquiatria representada pela publicação do DSM-III, e consolidada com a publicação do DSM-III-R e DSM-IV, não deve ser analisada apenas como fruto de disputas internas ao campo. Os fatores que compõe esta mudança são múltiplos e complexos. Dentre eles, analisaremos a influência da indústria farmacêutica neste cenário.<sup>188</sup>

Como sustentado por Healy<sup>189</sup>, a rápida disseminação do DSM-III entre os psiquiatras foi estimulada pela afinidade entre o formato diagnóstico do novo manual e as demandas da indústria farmacêutica por parâmetros classificatórios das doenças, que pudessem ser reproduzidos em experimentos com medicamentos, chamados de ensaios clínicos randomizados. Esses ensaios clínicos são exigidos pela *Food and Drug Administration* (FDA) desde 1962 para a aprovação e, conseqüentemente, autorização da entrada de novos medicamentos psiquiátricos no mercado norte-americano. Por sua vez, devido à importância deste mercado no cenário mundial, todos os laboratórios procuram se enquadrar no modelo exigido pela FDA. Assim, os estudos de casos clínicos tradicionais na psiquiatria quando da hegemonia psicanalítica, nos quais se deve examinar e discutir o caso de cada paciente em profundidade, foram sendo substituídos por pesquisas de centro único ou multicêntricas, que envolvem a análise da

---

<sup>187</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. *op.cit.*, p. 28.

<sup>188</sup> Este tópico será aprofundado no próximo capítulo.

<sup>189</sup> HEALY, D. *The anti-depressant era*. *op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*, pp. 129-177.

resposta de um grande número de pacientes a determinado psicofármaco e seguem os parâmetros do ensaio clínico randomizado<sup>190</sup>.

Vale lembrar que, antes da publicação do DSM-III, os psicofármacos já eram empregados desde a década de 1950 pelos psiquiatras norte-americanos sem que nenhuma vertente psiquiátrica tivesse se apropriado do seu uso da maneira como a Psiquiatria Biológica viria a fazer. Gladys Swain<sup>191</sup> argumenta que quando os psicotrópicos começam a ser empregados, as teorias morais-humanistas, dentre elas a psicanálise e o movimento da Antipsiquiatria, estavam em ascensão no campo psiquiátrico, o que gerou uma cisão entre discurso e prática. Assim, enquanto os psicotrópicos eram utilizados na prática psiquiátrica modificando-a substancialmente, eles estavam ausentes no discurso dos psiquiatras que só se propunham a debater ideias vinculadas às esferas psicológicas e sociais relacionadas com o adoecimento mental. Swain sustenta que com o tempo foi gerado um certo consenso entre os psiquiatras acerca da eficácia dos medicamentos psicotrópicos na clínica, contudo este consenso se dava na esfera da prática cotidiana sem que esse uso fosse estudado por alguma vertente psiquiátrica particular<sup>192</sup>.

Desse modo, antes da publicação do DSM-III, a psicofarmacologia caminhava em paralelo com as demais abordagens do campo psiquiátrico.<sup>193</sup> Vemos então que, com a publicação e disseminação do DSM-III, os psiquiatras biológicos se apropriam dos medicamentos psicotrópicos, falam sobre eles, defendem seu uso, os utilizam, teorizam a seu respeito e criam toda uma nomenclatura classificatória que permite que testes sejam feitos com esses medicamentos a partir de diagnósticos bem delimitados. Assim, os psicofármacos que, até então, eram apenas mais uma opção terapêutica dentre outras se transformam num verdadeiro paradigma clínico. Essa associação entre a

---

<sup>190</sup> HEALY, D. The Creation of Psychopharmacology. *op.cit.*, pp.129-177; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p.465-466.

<sup>191</sup> SWAIN, Gladys. Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. *op.cit.*. NOVELLA, Enric. Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. In: *FRENIA: Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. III, 2008, pp. 9-32.

<sup>192</sup> Apesar da análise de Swain se referir especialmente ao cenário psiquiátrico francês dos anos de 1960 a 1970, podemos estendê-la a outros países como os Estados Unidos e o Brasil, por exemplo. Enric Novella apresenta argumentos semelhantes ao da autora, mas ele se refere ao contexto psiquiátrico internacional de modo mais amplo e seu enfoque encontra-se na antipsiquiatria e outras correntes abertamente críticas as instituições psiquiátricas. SWAIN, Gladys. Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. *op.cit.*. NOVELLA, Enric. Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *op.cit.*, pp. 9-32.

<sup>193</sup> *Ibidem*.

psicofarmacologia e a Psiquiatria Biológica fica bastante evidenciada com a publicação do DSM-IV, quando a inclusão de novos diagnósticos ocorre de maneira paralela à produção de novos medicamentos<sup>194</sup>.

Como Conrad<sup>195</sup>, Healy<sup>196</sup> e Angell<sup>197</sup> nos mostram, quando os laboratórios querem divulgar um determinado medicamento, muitas vezes fazem isso indiretamente através do marketing da doença, ou seja, divulgando um determinado diagnóstico tanto para o público leigo quanto para o público especializado – médicos e acadêmicos –, o que em última instância se transforma no marketing da própria Psiquiatria Biológica e sua metodologia de trabalho. Assim, passa-se a associar um determinado transtorno (distúrbio) mental a um ou mais fatores biológicos, que, por sua vez, são associados a um medicamento específico. Paulatinamente, os recursos a uma intervenção medicamentosa passam a ser descritos não apenas como uma opção especial dentre outras, “mas a melhor e mais segura”<sup>198</sup>.

Enquanto para David Healy<sup>199</sup> as relações entre a indústria farmacêutica e o meio médico e acadêmico não são em si mesmas ilegais ou anti-éticas, dependendo do modo como estas se dão, para Márcia Angell<sup>200</sup> esta confluência de interesses não pode ser isenta, especialmente devido ao montante de dinheiro que está em jogo<sup>201</sup>, sendo sinônimo de corrupção. Seja como for, a indústria farmacêutica, o meio acadêmico e o meio médico psiquiátrico, encontram-se indissociavelmente ligados numa complexa rede, que inclui ainda as políticas de Estado, seguros de saúde, grupos de pacientes etc.

De um modo ou de outro, consideramos que a partir da publicação do DSM-IV a caixa preta<sup>202</sup> da psiquiatria biológica se fechou, ou seja, as controvérsias e disputas que

---

<sup>194</sup>HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 180-216; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p.465-466.

<sup>195</sup>CONRAD, Peter. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007, p. 135.

<sup>196</sup> HEALY, D. *The anti-depressant era. op.cit.*, pp. 180-216.

<sup>197</sup> ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007, p. 104.

<sup>198</sup> BEZERRA Jr. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. VI, n. 18, 2000, p. 161.

<sup>199</sup>HEALY, D. *The anti-depressant Era. op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*.

<sup>200</sup> ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. op.cit.*.

<sup>201</sup> Márcia Angell afirma que é a partir de 1980 que a indústria farmacêutica se consolida como atividade lucrativa e que desde o ano 2000 esta vertente da indústria costuma lucrar cerca de 200 bilhões de dólares ao ano. In: ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. op.cit.*, p. 19.

<sup>202</sup> No sentido empregado por Bruno Latour: LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. op.cit.*; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a*

estavam presentes quando da publicação do DSM-III já arrefeceram, seus diagnósticos circulam pela sociedade, transcendendo em muito os círculos dos especialistas – médicos e acadêmicos – e já não é simples compreender a complexa rede que a constitui como *fato*, tamanho o número de atores envolvidos em sua propagação.

Por todo o exposto, vemos que o DSM-III e suas sucessivas edições representaram uma ruptura não apenas com as versões anteriores do manual, mas com todo o paradigma psiquiátrico norte-americano vigente até então. Neste sentido, estamos de acordo com Russo e Venancio<sup>203</sup>, que afirmam que essa ruptura se deu em três níveis que não se excluem e, por isso mesmo, podem se articular: no nível da estrutura conceitual, no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes e no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno.

Seguindo as autoras, vemos que no nível da estrutura conceitual esta classificação propôs não apenas uma nomenclatura única, como uma única lógica classificatória para os transtornos (distúrbios) mentais, rompendo com o ecletismo das classificações anteriores, baseadas em livros-texto clássicos utilizados preferencialmente na clínica psiquiátrica; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante até aquele momento na psiquiatria norte-americana; e, por último, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou tanto novas concepções sobre o normal e o patológico, como contribuiu para a construção de novos grupos identitários<sup>204</sup>.

---

*produção dos fatos científicos. op.cit.*; LATOUR, B. “Give me a laboratory and I will raise the world”. *op.cit.*, pp. 141-170; LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica. op.cit.*

<sup>203</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 464-465.

<sup>204</sup> Este aspecto referente aos grupos identitários, que não foi abordado no capítulo, pode ser ilustrado através de um exemplo apresentado por Charles Rosenberg, no qual um motorista de ônibus escolar da Pensilvânia ao se sentir – nas suas palavras – como uma mulher no corpo de um homem, decidiu expressar essa sensação se vestindo realmente como uma mulher. E vestido desta forma o motorista foi trabalhar. Quando os pais dos alunos chocados com a cena foram à escola demandar que o motorista fosse despedido, o motorista se mostrou perplexo e respondeu com a seguinte afirmação: “*Não entendo o porquê de toda essa confusão. Eu sou diagnosticado com disforia de gênero, e estou sendo tratado*” (*Tradução nossa*). Assim como o motorista da Pensilvânia se sentiu amparado no diagnóstico de *disforia de gênero* para legitimar seu modo de ser diante da sociedade, muitos outros grupos como o dos Autistas, pessoas diagnosticadas com Déficit de Atenção, Síndrome da Fadiga Crônica e outros distúrbios, também utilizam suas categorias diagnósticas da mesma forma. No original: “*I don’t understand what all the fuss is about. I am diagnosed with gender identity disorder syndrome, and I am being treated*”. Informações contidas em: ROSENBERG, Charles E. “The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience”. *In The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 239.

Considerando a centralidade da psicofarmacologia para afirmação da Psiquiatria Biológica, o próximo capítulo se dedicará mais a fundo à sua história.

## CAPÍTULO 2

# A PSIQUIATRIA BIOLÓGICA E A PSICOFARMACOLOGIA: UMA RELAÇÃO PARTICULAR

### INTRODUÇÃO

Como vimos no capítulo anterior, muitas são as variáveis que estão relacionadas à consolidação da Psiquiatria Biológica no cenário psiquiátrico norte-americano e no cenário internacional de modo mais amplo. Dentre estas, podemos destacar: (a) as disputas internas ao campo psiquiátrico; (b) o surgimento dos primeiros psicotrópicos; (c) o surgimento e crescimento das indústrias farmacêuticas, que, ao final do século XX, se transformarão em verdadeiros complexos médicos-industriais<sup>205</sup>; (d) o papel desempenhado pelas agências governamentais reguladoras dos medicamentos, que passarão a exigir diagnósticos passíveis de serem testados empiricamente para fins de validação e, conseqüente, inserção no mercado; (e) bem como a transformação do papel do psiquiatra em meio a esta rede de novas exigências.

Neste capítulo, pretendemos analisar as reverberações destas transformações sobre a psiquiatria e sua terapêutica, tomando como marco histórico o surgimento do primeiro psicotrópico no ano de 1952<sup>206</sup>. Para tanto, analisaremos as mudanças ocorridas na metodologia médica mais ampla, que desde o final do século XIX passa a ter como base a construção de diagnósticos específicos, gerando tratamentos também específicos – com ênfase nos tratamentos medicamentosos.

---

<sup>205</sup> Utilizamos este termo no sentido empregado por Cid Vianna. Segundo o autor, o conceito de complexo médico-industrial é utilizado para ressaltar as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor da saúde e destes com os demais setores da economia. Para mais informações: VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-finaceiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2009, p. 375.

<sup>206</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era*. United States: Harvard University Press, 2003; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. United States: Harvard University Press, 2002.



## 2.1- A ESPECIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

Até o final do século XIX os modelos médicos consideravam que o processo de adoecimento estava associado a um desequilíbrio do organismo como um todo, bem como a sua relação com o seu meio. Dentre as teorias que embasavam esta perspectiva estava a teoria dos humores proposta por Hipócrates, segundo a qual a doença era compreendida como expressão de um desequilíbrio entre o organismo e o ambiente envolvente. E tanto o diagnóstico como a terapêutica empregada – uso de tônicos e sangrias, por exemplo – eram pensados em conformidade com este modelo holístico da doença.<sup>207</sup> Segundo Edler:

*Tal compreensão implicava uma percepção não essencialista das doenças. Estas não teriam existência em si, ainda que os autores a elas se referissem como entidades distintas, quase sempre localizadas espacialmente nas partes sólidas do corpo. A natureza de uma doença manteria referência direta com o temperamento e a estrutura peculiar de um indivíduo – sua constituição física, seu dinamismo fisiológico e psicológico<sup>208</sup>.*

A partir do final do século XIX, desenvolveu-se um novo modo de conceber e classificar a doença, no qual esta passou a ser vista como uma entidade específica com um mecanismo biopatológico característico e um curso previsível. Nesta nova perspectiva da doença, a construção do diagnóstico ganhou novos contornos, tornando-se central na prática médica. Este processo tem início com o desenvolvimento da anatomia patológica a partir das teorias de Morgani (1682-1771) e Bichat (1771-1802)<sup>209</sup>.

Com a emergência da anatomia patológica, a análise de sinais e sintomas do paciente era aliada à análise dos tecidos pós-morte, demonstrando-se que as doenças

---

<sup>207</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp.7-15; ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 242.

<sup>208</sup>EDLER, F. C.: De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *op.cit.*, pp. 929-930.

<sup>209</sup> ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *op.cit.*, pp. 240-248; FOUCAULT, M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006, pp. 136-162; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 10-14; ESTELLITA-LINS, “Visibilidade e Conhecimento: investigando a semiologia psiquiátrica”. In RODRIGUES, Adriano. C. T. et al. (orgs.) *Psicopatologia Conceitual*. São Paulo: Roca, 2012, pp.73-102.

poderiam se originar em um órgão específico, ou até em parte de um determinado órgão apenas<sup>210</sup>. Assim, estruturas hipotéticas de doença foram crescentemente modeladas em termos de lesões específicas ou mudanças funcionais características, constituindo os diagnósticos diferenciais. Como Estellita-Lins argumenta:

*O corpo espacializado pela semiótica da lesão, a história da doença atual e patológica regressa se orientam de acordo com a verdade da anatomopatologia (Estellita-Lins, 2002; Feinstein, 1964; Foucault, 1977; Adrieu, 2004) A semiologia depende da patologia experimental e das práticas de necropsia. Este regime inovador permite que a Escola de Paris e de Viena se lancem em muitos experimentos diagnósticos, ao debruçar-se sobre o corpo tornado integralmente visível<sup>211</sup>.*

Posteriormente, Robert Koch (1843-1910) e Louis Pasteur (1822-1895) desenvolveram técnicas de isolamento e cultivo de microorganismos que permitiram a criação de um complexo teórico acerca da relação entre microorganismos e o adoecimento. É a teoria microbiana. A partir dela, foram criados tratamentos específicos para combater cada microrganismo, o que deu origem às primeiras vacinas e antitoxinas<sup>212</sup>.

Como argumenta Rosenberg<sup>213</sup>, todos estes acontecimentos modificaram profundamente a metodologia empregada pela medicina e a construção de seus diagnósticos, desenvolvendo-se o modelo específico de doença. Ou seja, segundo esta nova abordagem médica, para cada doença haveria ou uma lesão específica ou um agente causador que deveria ser combatido a partir de um tratamento específico.

O primeiro medicamento criado com a função de atuar sobre células-alvo específicas do corpo humano foi o Salvarsan, sintetizado em 1910 pelo químico Paul

---

<sup>210</sup> ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *op.cit.*, p. 240-248; FOUCAULT, M. *O Nascimento da clínica*. *op.cit.*, pp.136-162; ESTELLITA-LINS, “Visibilidade e Conhecimento: investigando a semiologia psiquiátrica”. *op.cit.*, pp. 73-102; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*, pp. 10-14; EDLER, F. C.: De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *op.cit.*, pp. 925-931; ORTEGA, Francisco. “O corpo transparente: para uma história cultural da visualização médica do corpo”. In ORTEGA, Francisco. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008. pp. 69-185.

<sup>211</sup> ESTELLITA-LINS, “Visibilidade e Conhecimento: investigando a semiologia psiquiátrica”. *op.cit.*, p.75.

<sup>212</sup>HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*, pp. 10-14; ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *op.cit.*, p. 243.

<sup>213</sup> ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *op.cit.*, p. 244; ROSENBERG, C. Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 49, n. 3, 2006, pp. 407-424.

Erlich. O Salvarsan, um composto derivado do arsênico, se mostrou capaz de eliminar espiroquetas da *sífilis in vitro* e foi considerado uma espécie de “pílula mágica” devido a seus efeitos curativos. Já o primeiro antibiótico industrial, denominado streptozon – derivado das sulfanamidas –, foi produzido em 1931, sendo comercializado no mundo todo. A partir disto, diversos outros medicamentos foram produzidos: como outros antibióticos, os primeiros diuréticos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, anti-histamínicos e os psicotrópicos.<sup>214</sup>

Rosenberg<sup>215</sup> denomina as modificações ocorridas na terapêutica médica deste período como “surgimento de novas tecnologias”, e destaca ainda dois fatores que teriam sido de grande relevância para a crescente especificação das categorias diagnósticas na medicina ocidental moderna: o “surgimento do hospital” e as “estruturas burocráticas”.

Sobre o “surgimento do hospital”, o autor aponta que a crescente dominância do hospital no século XX como um lugar de pesquisa, ensino e dedicação de cuidados, teria permitido a acumulação de dados a respeito, por exemplo, do número de doenças predominantes numa determinada parcela da população, o que teria dado maior consistência às categorias diagnósticas, “materializando-as”.

Sobre as “estruturas burocráticas”, Rosenberg<sup>216</sup> aduz que, devido à grande dependência que as sociedades modernas mantêm para com os mecanismos burocráticos, tornou-se cada vez mais necessário o uso de categorias diagnósticas específicas que à medida que se consolidavam no cotidiano das sociedades modernas reforçavam o uso dos mecanismos burocráticos que, por sua vez, se tornavam cada vez mais dependentes destas categorias. Por meio destas categorias que se torna possível construir dados estatísticos a respeito da saúde e do adoecimento das populações e a partir do acúmulo de tais informações criar políticas de saúde também específicas.

Desse modo, ao longo do século XX, especialmente, diagnósticos, prognósticos e tratamentos foram mais estreitamente ligados, gerando acordos em torno de categorias de doenças e seus respectivos tratamentos – de modo geral, medicamentosos – tanto no campo conceitual quanto na prática do dia-a-dia. Segundo Rosenberg<sup>217</sup>, este complexo

---

<sup>214</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp.15-21.

<sup>215</sup> ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *op.cit.*, p. 248.

<sup>216</sup> *Ibidem*, pp. 255-258.

<sup>217</sup> *Ibidem*, pp. 248-258.

cenário criou não apenas um novo modo de nomear e conceber as doenças entre médicos e acadêmicos, mas modificou também as interações entre médicos e pacientes, as relações entre a sociedade e as doenças, o posicionamento do Estado em relação às doenças e o modo como os próprios sujeitos individuais percebem e vivenciam suas doenças. Por todos estes fatores, o autor<sup>218</sup> afirma que a partir do momento em que as doenças se consolidam sob a forma de entidades específicas, através de diagnósticos diferenciais, elas se tornam verdadeiros atores sociais, agindo como mediadores numa complexa rede de negociações.

Como Rosenberg<sup>219</sup> argumenta, dificilmente o historiador poderá decidir se a criação das categorias de diagnósticos específicas na área médica foi positiva ou negativa, constrangedora ou liberadora para indivíduos particulares ou para a sociedade. Para o bem ou para o mal, estas categorias fazem cada vez mais parte do cotidiano das sociedades ocidentais modernas e modelam tanto comportamentos individuais como relações institucionais. E, o que é fundamental no argumento do autor<sup>220</sup>, é que toda essa infraestrutura é tão parte das experiências de adoecimento quanto o gerenciamento clínico da doença.

Rosenberg<sup>221</sup> destaca que é possível verificar um paradoxo recorrente no uso de tais entidades diagnósticas: um uso inevitável de meios reducionistas visando enquadrar e administrar as diferenças e os comportamentos desviantes. No entanto, o autor ressalta que o enquadramento e reenquadramento de tais entidades em termos de mecanismos somáticos são tão recorrentes quanto o fracasso de tais formulações em chegar a uma concordância geral e duradoura – o que pode ser especialmente verificado através do breve histórico que realizamos no capítulo 1 acerca da psiquiatria.

Como vimos, desde meados do século XIX, a psiquiatria vem tentando reiteradamente se enquadrar nos moldes das categorias diagnósticas utilizadas pela medicina mais ampla e, neste movimento, muitas vezes acaba enquadrando diferenças e comportamentos desviantes em categorias diagnósticas problemáticas e reducionistas. E

---

<sup>218</sup> Ibidem, p. 248-258.

<sup>219</sup> ROSENBERG, Charles. “Framing disease: Illness, society and history”. In ROSENBERG, Charles. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 305-318.

<sup>220</sup> Ibidem, pp. 305-318; ROSENBERG, Charles E. “The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience” *op.cit.*, pp. 237-260; ROSENBERG, C. *Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis*. *op.cit.*, pp. 407-424.

<sup>221</sup> ROSENBERG, Charles E. “The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience” *op.cit.*, pp. 251-255.

vale dizer que tais categorias jamais alcançaram concordância geral e duradoura. Vimos ainda que, a partir do final do século XX, mais especificamente na década de 1970, a psiquiatria retoma a sua tentativa de se adaptar ao padrão de diagnósticos específicos presente na medicina, buscando exclusivamente no corpo, e mais especificamente no cérebro, a causa das patologias mentais.

Abordaremos a seguir a influência da descoberta dos primeiros psicotrópicos no campo psiquiátrico e na própria constituição das categorias diagnósticas presentes no DSM-III e suas sucessivas edições.

## 2.2- O ESTABELECIMENTO DA PSICOFARMACOLOGIA

O primeiro medicamento psicotrópico, a clorpromazina, foi sintetizado em 1952<sup>222</sup>. Segundo Healy a descoberta da clorpromazina funda o campo da psicofarmacologia, precipitando todas as demais descobertas nesta área:

*Em 1952 o primeiro medicamento antipsicótico, a clorpromazina, (Thorazine , Largactil) foi descoberto. Sua descoberta foi um evento crucial na fundação da psicofarmacologia. Ele acelerou o ritmo de todos os outros desenvolvimentos, incluindo a descoberta de antidepressivos<sup>223</sup>.*

O uso da clorpromazina para tratamento de pacientes psiquiátricos graves teve início no hospital *Saint-Anne* no mesmo ano de sua descoberta. O hospital *Saint-Anne* era o maior hospital psiquiátrico de Paris naquele tempo, e abrigava o departamento de psiquiatria da Universidade de Paris em seu território<sup>224</sup>.

Inicialmente a clorpromazina foi ministrada por Deniker e Delay, dois psiquiatras do hospital, a alguns dos seus pacientes mais graves, sem que houvesse qualquer teorização acerca de seus efeitos ou sistematização em seu uso. Mesmo assim os efeitos pareceram ser diferentes de qualquer outra medicação empregada até então – era comum o uso de sedativos para realização da chamada terapia do sono<sup>225</sup>. As

---

<sup>222</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.80-81; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, p.43.

<sup>223</sup> *Ibidem*, p. 43. (tradução nossa)

<sup>224</sup> *Ibidem*, pp. 85-87; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 43-77.

<sup>225</sup> *Ibidem*, pp. 76-128; *Ibidem*, pp.43-77.

condições que responderam melhor à clorpromazina envolviam confusão mental e delírio. Os sintomas delirantes recuavam e os pacientes se acalmavam, sem, no entanto, ficarem sedados.

Deniker e Delay divulgaram os resultados obtidos no hospital de *Saint-Anne* com o uso da clorpromazina nas revistas *Presse Médicale* e nos *Annales Médico-Psicologias*, o que gerou grande reverberação no campo médico. Contudo, apesar da reverberação da nova descoberta e mesmo com a disseminação do uso da clorpromazina em diversos outros hospitais da França, foi difícil conseguir que uma empresa farmacêutica se interessasse em investir no ramo de medicamentos psiquiátricos, pois este campo não parecia ser rentável. Por fim, a droga foi comercializada pela *Rhône-Poulenc*, ou sob licença dela, em diversos países ao redor do mundo – com exceção do Japão que havia desenvolvido sua própria droga – dando início ao mercado dos medicamentos psicotrópicos<sup>226</sup>.

Desse modo, foi a partir da introdução da clorpromazina no meio psiquiátrico que se constituiu o campo da psicofarmacologia no mundo ocidental. E a indústria farmacêutica pode ser considerada uma das principais responsáveis pela expansão deste novo nicho terapêutico, que ocorre simultaneamente no âmbito da clínica, da pesquisa e de mercado. Segundo Healy<sup>227</sup>:

*Embora tenha havido uma clara demora na aceitação de que a clorpromazina era um avanço, uma vez que ela se estabeleceu em 1954, a indústria farmacêutica foi rápida em explorar as implicações dos novos compostos. Uma série de reuniões foi convocada por grandes companhias farmacêuticas – Geigy, Ciba, Roche, Sandoz, e Rhône-Poulenc – entre 1953 e 1958 para explorar as implicações de desenvolvimentos. De fato, a indústria teve um papel chave no estabelecimento do quadro organizacional internacional necessário para o desenvolvimento da psicofarmacologia. Eles financiaram investigadores clínicos e pré-clínicos, que foram, assim, habilitados para conhecer e explorar a forma de uma nova ciência. Essas reuniões levaram à criação do Collegium Internationale Neuropsychopharmacologium (CINP) e, posteriormente, a criação de muitas sociedades nacionais de psicofarmacologia<sup>228</sup>.*

<sup>226</sup> *Ibidem*, pp. 76-128; *Ibidem*, pp.43 -77.

<sup>227</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era*. *op.cit.*, p.47.

<sup>228</sup> No original: *Although there was a clear delay in accepting that chlorpromazine was a breakthrough, once it was established in 1954, the pharmaceutical industry was quick to explore the further implications of the new compounds. A number of meetings were convened by the large pharmaceutical houses-Geigy, Ciba, Roche, Sandoz, and Rhone-Poulenc—between 1953 and 1958 to explore the implications of developments. Indeed the industry played a key role in establishing the international organizational framework necessary for the development of psychopharmacology. They sponsored the attendance of both clinical and preclinical investigators, who were thereby enabled to meet and explore the shape of the new*

## 2.2.1- A chegada da Clorpromazina nos Estados Unidos.

Segundo David Healy<sup>229</sup>, a clorpromazina teve dificuldades em se inserir no mercado norte-americano, onde outra droga, denominada reserpina<sup>230</sup>, com efeitos semelhantes aos da clorpromazina, já era utilizada. Além disso, nos Estados Unidos, a prática de consultório, dominada pela abordagem psicanalítica, era mais forte e lucrativa do que a prática hospitalar para a qual a clorpromazina estava dirigida.

Contudo, em 1953, a nova droga acaba sendo licenciada pela *Rhone-Poulenc* para a *Smith Kline & French (SK& F)*. Nessa altura a *SK & F* era uma empresa em plena expansão e estava à procura de um anti-emético – uma droga para tratar náuseas e vômitos. Como a clorpromazina também atuava como um anti-emético, foi como tal que a *SK & F* aceitou financiar a sua entrada no mercado norte-americano<sup>231</sup>.

A clorpromazina foi lançada como Thorazine, em 1955, nos Estados Unidos. Segundo Healy<sup>232</sup>, ainda que sua prescrição fosse feita não como um psicotrópico, mas sim como um anti-emético, ela foi usada para fins psiquiátricos desde seu lançamento. Sem demonstrar problemas graves consistentes, a clorpromazina seguiu sendo usada pelos psiquiatras americanos, mas diferentemente dos europeus, os americanos utilizavam doses mais elevadas da nova droga e encontraram um número maior de efeitos colaterais.

No segundo semestre de 1955, surge um novo medicamento no mercado norte-americano, o Miltown (meprobamato). Segundo Shorter<sup>233</sup>, esta era uma droga voltada para os casos menos graves, frequentes na prática de consultório, o que fez com que ela tivesse grande aceitação no mercado norte-americano.

---

*science. Such meetings led to the creation of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologium (CINP) and subsequently to the establishment of many national psychopharmacology societies.* HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, p.47. (Tradução e grifo nossos)

<sup>229</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 76-128; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 43-77.

<sup>230</sup> A reserpina é um alcaloide proveniente do arbusto *Rauwolfia Serpentina*, nativo da Índia. Seu uso na Índia para doenças nervosas é muito antigo, mas sua apropriação pela psicofarmacologia data de 1956. Para mais informações: HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 101-107.

<sup>231</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 96-101.

<sup>232</sup> *Ibidem*, pp. 96-101.

<sup>233</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac.* New York, USA: John Wiley & sons, 1997, p. 316.

Inicialmente, a Thorazine e o Miltown foram enquadrados na categoria dos tranquilizantes. O termo tranquilizante foi usado pela primeira vez em 1953 por F.F. Yonkman, um funcionário da empresa farmacêutica Ciba, para se referir à reserpina. Devido aos diferentes perfis de atuação destas drogas, a clorpromazina e a reserpina foram consideradas tranquilizantes maiores, enquanto o Miltown e, mais tarde, o Librium, foram considerados tranquilizantes menores ou leves<sup>234</sup>. A maioria dos psiquiatras americanos só viria a considerar a Thorazine um antipsicótico muitos anos mais tarde. Enquanto isso, na Europa, a clorpromazina estava a caminho de tornar-se um neuroléptico<sup>235</sup>. E, a partir da década de 1990, os profissionais do mundo todo passariam a denominar, tanto os tranquilizantes maiores quanto os neurolépticos, como antipsicóticos<sup>236</sup>.

Em 1957 era lançada, na Suíça, a imipramina – que é um tricíclico – com o nome de Tofranil e, em 1958, esta substância se expande para diversos outros países ao redor do mundo, dentre eles os Estados Unidos. Sua principal indicação era para casos de depressão<sup>237</sup>. Na sequência, vem o Iproniazid, (pertencente à classe dos IMAOs – Inibidor de Monoamino-oxidase), também considerado antidepressivo<sup>238</sup>.

Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico, comercializado como Librium, considerado um tranquilizante e um ansiolítico; seguido por outro benzodiazepínico, o Diazepan, lançado em 1963 e comercializado como Valium. Ambos eram produzidos pela empresa suíça La Roche<sup>239</sup>. Em 1969 o Valium ultrapassa o Librium como a droga mais vendida nos EUA e assim permanecerá até o lançamento do Prozac (fluoxetina), em 1987.<sup>240</sup>

---

<sup>234</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.76-128; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 314-322

<sup>235</sup> Para uma história das modificações ocorridas na nomenclatura dos medicamentos psicotrópicos recomendamos: HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*

<sup>236</sup> Informações estão contidas em: HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.76-128; SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 314-322; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 43-77.

<sup>237</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp.54-70; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol.IX, n.3, 2006, p. 463.

<sup>238</sup> *Ibidem*, pp.54-70; *Ibidem*, p. 463.

<sup>239</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac. op.cit.*, pp. 316-319; RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *op.cit.*, p. 463.

<sup>240</sup> *Ibidem*, pp. 318-319; *Ibidem*, p. 463; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 96-125; HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*, pp. 43-77; YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princenton University Press, 1995, pp. 94-102;



Segundo Shorter<sup>241</sup>, os benzodiazepínicos tiveram um impacto muito grande sobre a prática psiquiátrica norte-americana, pois os psiquiatras foram capazes de oferecer aos seus pacientes uma droga potente, mas que não era tão forte quanto os antipsicóticos – como a clorpromazina, por exemplo – podendo ser empregada em casos menos graves, comuns na prática de consultório. Vale destacar que a história da descoberta e disseminação do Valium ocorre de forma independente da pesquisa acadêmico-universitária e dos subsídios do governo. Como Shorter argumenta:

*Curiosamente, nem os cientistas da universidade, nem os subsídios do governo foram envolvidos em nada disso: tudo foi motivado pelo lucro. Como Irving Cohen, um dos psiquiatras que primeiro testou a droga irmã do Valium, o Librium, mais tarde refletiu: “A história do benzodiazepínico (Valium etc.) é essencialmente um modelo de como o agente terapêutico é concebido e trazido por um empreendimento de um fabricante farmacêutico que simplesmente busca encontrar uma droga superior a outras que já estão no mercado.” Assim Roche estava apenas esperando que seus químicos orgânicos a mantivessem a par do jogo.*<sup>242</sup>

Em 1987, é lançado nos Estados Unidos o primeiro Inibidor de Recaptação de Serotonina (ISRS), a fluoxetina, comercializada como o famoso Prozac.<sup>243</sup> Nessa altura, para uma nova droga ingressar no mercado americano ela precisaria ser aprovada pela *Foods and Drug Administration* (FDA)<sup>244</sup> a partir da realização de Ensaios Clínicos Randomizados<sup>245</sup>. Assim, a fluoxetina foi licenciada pela FDA, apesar de ter demonstrado apenas uma superioridade mínima em relação ao placebo e inferioridade em comparação com a imipramina – a substância que serviu como comparador por ser a única substância reconhecida como eficaz no tratamento de casos de depressão<sup>246</sup>.

---

SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit., pp. 314-322.

<sup>241</sup> SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. op.cit., p.319

<sup>242</sup> Ibidem, pp. 316-317. (tradução nossa)

<sup>243</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. op.cit., p. 308; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. op.cit., p. 168.

<sup>244</sup> A *Food and Drug Administration* (FDA) é um órgão governamental dos Estados Unidos, responsável pelo controle dos alimentos, suplementos alimentares, medicamentos, cosméticos, equipamentos médicos, materiais biológicos e produtos derivados de sangue humano. Qualquer novo alimento, medicamento, suplemento alimentar, cosméticos e demais substâncias devem ser aprovados pela FDA antes de entrarem no mercado. A FDA foi criada em 1862 como a Divisão de Química do Departamento da Agricultura e possui a atual designação desde 1930.

<sup>245</sup> Abordaremos este tópico na página 63.

<sup>246</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. op.cit., p. 308.

A partir disto, os anos 90 viram surgir uma sucessão de novas drogas de efeitos mínimos sobre a depressão serem licenciadas. Segundo Healy<sup>247</sup>, a indústria farmacêutica pode selecionar por conta própria os ensaios clínicos que irá submeter a avaliação da FDA. Isto permite que a indústria realize quantos ensaios achar necessário, mas só apresente aqueles que forem bem sucedidos em demonstrar os efeitos da medicação estudada enquanto que os demais ensaios são denominados estudos fracassados, não sendo levados em consideração na avaliação.

### **2.3 - A ESPECIFICIDADE DOS ENSAIOS CLÍNICOS EM PSIQUIATRIA**

Em 1954 a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos realizou uma conferência, presidida por Ralph Gerard e Cole Jonathan, que visava estabelecer os métodos adequados de avaliação para as novas farmacoterapias. Nesta conferência, foram levantadas, pela primeira vez, questões sobre como avaliar o impacto das terapias biológicas. Ao final dos debates, houve um consenso de que as escalas de avaliação e estudos clínicos controlados seriam necessários para a avaliação de sua eficácia.

Esta conferência deu origem ao Serviço Central de Psicofarmacologia do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIHM), que foi presidido por Cole Jonathan. Esse setor recebeu dois milhões de dólares do Congresso Americano para avaliar os novos tratamentos e financiar a investigação sobre seus mecanismos de ação. Ele também criou um estudo sobre a clorpromazina em nove hospitais e consolidou a psicofarmacoterapia nos Estados Unidos<sup>248</sup>.

Após o sucesso da clorpromazina, as empresas farmacêuticas lançaram no mercado diversas drogas de imitação (Copycat)<sup>249</sup>. Diante desse novo mercado em rápida expansão, é criado, em 1959, um comitê presidido pelo clínico Henrique Rodvalho para reunir os médicos interessados em padronizar os métodos de avaliação de estudos clínicos, que, por fim, deram origem à Unidade de Avaliação Clínica Inicial

---

<sup>247</sup> Ibidem, p. 312.

<sup>248</sup> Ibidem, pp. 280-286.

<sup>249</sup> As drogas de imitação são drogas que possuem uma base molecular próxima a um determinado medicamento – neste caso a clorpromazina –, com uma modificação suficiente para não ser considerada um plágio HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp.76-128; ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007, 92.

de Drogas (ECDEU)<sup>250</sup>. A tarefa da unidade era estudar a segurança dos novos medicamentos, para encontrar suas doses adequadas e procurar nichos clínicos apropriados<sup>251</sup>. O motor que impulsionou esta transformação foi o ensaio clínico<sup>252</sup>. Apesar da esperança de que os ensaios clínicos pudessem produzir dados objetivos e confiáveis, que beneficiassem tanto os médicos como as empresas farmacêuticas, seu uso estava destinado a controlar os eventuais excessos do setor farmacêutico.

Contudo, a consolidação dos ensaios clínicos controlados randomizados<sup>253</sup> como principal ferramenta de avaliação dos medicamentos não ocorre através da ECDEU, mas da *Foods and Drugs Administration* (FDA), que em 1962 propôs uma série de emendas que impuseram o método dos Ensaios Clínicos Randomizados (ECR)<sup>254</sup>, como forma de proteger a sociedade contra erros cometidos nos estudos realizados pela indústria farmacêutica. Estas emendas impostas pela FDA foram uma resposta à chamada “crise da talidomida”, ocorrida em 1957. Esta crise teve início quando o composto denominado de talidomida foi lançado com o nome de Cortegan na Alemanha, para ser usado como sedativo e tranquilizante. Nos testes pré-clínicos ela demonstrou ser um composto seguro, mas ao ser utilizado por mulheres grávidas gerou uma série de deformidades congênitas em milhares de fetos – seis mil aproximadamente<sup>255</sup>.

A realização dos ensaios clínicos pode se dar de duas formas: a partir de grandes estudos multicêntricos – o que significa que estes estudos eram realizados simultaneamente em diferentes localidades – ou a partir de estudos de centro único – o que significa que estes estudos eram realizados apenas em um local.

Os ensaios clínicos randomizados podem ser ainda duplo-cego controle ou simples e cego. Nos ensaios clínicos randomizados com duplo-cego organizam-se dois grupos de pacientes. Ambos os grupos devem possuir características próximas,

---

<sup>250</sup> Apesar de sua grande relevância durante seus primeiros anos a ECDEU virá a fechar suas portas em 1970. Para mais informações: HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p. 309.

<sup>251</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p.280

<sup>252</sup> Mais adiante será explicado o modo de funcionamento dos ensaios clínicos. HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p. 282.

<sup>253</sup> A randomização reduz drasticamente o número de pacientes necessários para executar um ensaio clínico controlado. Foi usado pela primeira vez em um estudo do Conselho de Pesquisa Médica da estreptomicina, em 1947. Para mais informações ver: HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p.283.

<sup>254</sup> Abordaremos este tópico mais adiante.

<sup>255</sup> *Ibidem*, pp. 285-286; HEALY, D. *The Antidepressant Era*. United States: Harvard University Press, 2003, pp.24-28.

homogêneas, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico para o qual o candidato a medicamento será testado. Enquanto um grupo receberá o princípio ativo do candidato a medicamento, o outro grupo receberá o placebo, ou seja, uma cápsula idêntica à do medicamento, apenas sem o seu princípio ativo. Tanto os médicos quanto os pacientes envolvidos no estudo não sabem qual dos grupos está tomando a substância ativa e qual está tomando o placebo. Daí a nomeação deste tipo de avaliação ser estudo “duplo-cego”, pois é cego para o médico e cego para os pacientes envolvidos<sup>256</sup>. Depois de um determinado período, os resultados são quantificados e reavaliados a partir de estudos estatísticos, para saber se o candidato a medicamento mostrou uma eficácia terapêutica estatisticamente superior à do placebo<sup>257</sup>.

Os estudos clínicos randomizados duplo-cego controlados são realizados desta maneira por alguns motivos. Primeiramente, buscam-se neutralizar todas as variáveis que possam influenciar na cura do paciente estudado e que não tenham relação direta com o efeito biológico do candidato a medicamento sobre o organismo dos pacientes. Essas variáveis podem ser: a cura espontânea e a cura por “influência psicológica<sup>258</sup>”. Por isso, o controle costuma ser realizado com placebo, que permite mensurar o número de pacientes suscetíveis a este tipo de cura. Em segundo lugar, estes estudos procuram impedir que os efeitos do candidato a medicamento sejam superestimados pelo médico experimentador. Desse modo, busca-se eliminar, o máximo possível, o efeito do médico sobre o paciente e a influência do patrocinador do estudo sobre o médico experimentador. Por essa última razão, o estudo é realizado no modelo duplo-cego.<sup>259</sup>

---

<sup>256</sup> AMARAL, Adriano A. *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004, pp. 57-58; PIGNARRE, P. *O que é medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 50, GOMES, Marleide da Mota. *Medicina Baseada em Evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

<sup>257</sup> Vale dizer que é muito frequente nestes estudos obter efeitos terapêuticos bastante significativos quando da administração do placebo. Isso é chamado de *efeito placebo*. PIGNARRE, P. *O que é medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, pp. 37-55.

<sup>258</sup> Philippe Pignarre amplia a discussão sobre o efeito placebo e tenta não reduzi-la apenas a ideia de influência psicológica, mas a influência sobre outros marcadores do ser humano que não se restringem ao biológico, mas o inclui. A título de compreensão não apresentaremos toda a discussão de Pignarre e nos deteremos na ideia de influência psicológica que compõe as variáveis apontadas por Pignarre. Para uma discussão mais aprofundada do assunto ver: PIGNARRE, P. *O que é medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. *op.cit.*, pp. 37-55; AMARAL, Adriano A. *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. *op.cit.*, pp. 57-60.

<sup>259</sup> Vale dizer que para Philippe Pignarre<sup>259</sup>, o efeito placebo – a cura espontânea, por influência psicológica – é composto por elementos subjetivos que estão presentes mesmo quando da tomada do medicamento com a substância ativa. Desse modo, todo medicamento possuiriam o efeito da substância ativa somada ao efeito placebo. PIGNARRE, P. *O que é medicamento? Um objeto estranho entre ciência,*

Já os ensaios clínicos randomizados simples e cegos, são aqueles em que apenas os pacientes não são informados sobre quem está tomando remédio ou quem está tomando placebo. Ambos os ensaios clínicos podem ser realizados sem placebo, utilizando uma outra medicação como comparador para a substância testada<sup>260</sup>.

No ano 2000, a Declaração de Helsinque, então em sua quinta revisão, passou a exigir que os ensaios clínicos com placebo só fossem utilizados quando não existisse nenhum outro medicamento capaz de tratar a enfermidade avaliada, ou seja, quando não existisse outro medicamento eficaz que pudesse servir de comparador para o candidato a medicamento. Na sexta revisão da Declaração de Helsinque, publicada em 2008, o uso do placebo foi flexibilizado, mas as polêmicas em torno de seu uso permanecem no campo da pesquisa com seres humanos até os dias de hoje.

Sousa, Franco e Massud Filho<sup>261</sup> afirmam que durante as polêmicas com o placebo, a FDA decide utilizar o que é comumente chamado de duplo-padrão de ética em pesquisa. Ou seja, nas pesquisas realizadas nos Estados Unidos ou em outros países desenvolvidos tem preferência a realização de pesquisas sem placebo; já nos países pobres, a FDA argumenta que as pesquisas poderiam ser realizadas com uso de placebo devido ao fato de que estes países não teriam acesso ao “tratamento padrão” disponível no país sede da pesquisa. Segundo Sousa Franco e Massud Filho:

*(A) FDA também passou a praticar a lei dos “dois pesos, duas medidas”, justificando o uso do placebo uma vez que, em pesquisas fora dos E. U. A., pacientes de países pobres já não teriam o mesmo acesso a nenhum tipo dos tratamentos considerados padrão existentes no país-sede do estudo, caso não estivessem participando do estudo<sup>262</sup>.*

Cabe aqui abrir parênteses para explicar do que se trata a Declaração de Helsinque. Esta Declaração é um importante documento na história da ética em pesquisa, e surge como o primeiro esforço significativo da comunidade médica mundial

---

*mercado e sociedade. op.cit.*, p. 50; AMARAL, Adriano A. *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência. op.cit.*, pp. 57-60.

<sup>260</sup> O uso do placebo nas pesquisas com seres humanos tem gerado muita polêmica entre os pesquisadores e não foi completamente abolido. Não aprofundaremos este debate pelo fato dele transcender o nosso objeto de pesquisa. Para mais informações: SOUSA, Maria Sharmila; FRANCO, Mirian, A. G.; MASSUD FILHO, João. A nova declaração de Helsinque e o uso de placebo em estudos clínicos no Brasil: a polêmica continua. *Revista de Medicina: USP*. 2012 jul.-set.; 91(3):178-88; DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Org). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008.

<sup>261</sup> SOUSA, Maria Sharmila; FRANCO, Mirian, A. G.; FILHO, João Massud. A nova declaração de Helsinque e o uso de placebo em estudos clínicos no Brasil: a polêmica continua. *op.cit.*, p. 180.

<sup>262</sup> *Ibidem*, p. 180.

para regulamentar a pesquisa com seres humanos. Ela foi redigida pela Associação Médica Mundial em 1964. Sua criação tem relação com alguns fatores, dentre os quais destacamos: o crescimento da pesquisa na área biomédica, a falta de regulação adequada para as novas demandas éticas exigidas pelo referido campo e o surgimento de denúncias acerca de estudos biomédicos conduzidos com populações vulneráveis – como idosos, deficientes e doentes mentais<sup>263</sup>. Assim, o Código de Nuremberg<sup>264</sup> que, até então, era o documento de maior relevância no que se refere às condutas éticas em pesquisas com seres humanos, foi revisto pela Associação Mundial de Médicos (AMM) ampliando sua área de alcance, o que deu origem à Declaração de Helsinque. A primeira versão da declaração serviu especialmente para tornar obrigatório o consentimento voluntário de participantes da pesquisa. Como Sérgio Costa argumenta:

*O fato de que a ciência praticada em países desenvolvidos adotava condutas eticamente inaceitáveis contribuiu para que a Associação Médica Mundial, em sua décima oitava assembleia, realizada em Helsinque, Finlândia, em 1964, elaborasse uma nova declaração para subsidiar a prática de pesquisa médica (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1964). Esse documento, dirigido inicialmente aos médicos, tinha como objetivo enfatizar a importância de se adotarem princípios éticos nos estudos que incluíssem seres humanos (ROTHMAN, 1991). De fato, a Declaração de Helsinque, I revista em oito ocasiões desde a sua primeira versão (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e as notas de esclarecimento sobre os parágrafos 29 e 30, em 2002 e 2004, respectivamente), surgiu com o propósito de reaproximar os médicos dos ensinamentos contidos no Código de Nurembergue<sup>265</sup>.*

Como estes ensaios clínicos funcionam melhor quando existe uma população homogênea a ser pesquisada, estes ensaios exigem a demarcação bem delimitada de categorias diagnósticas a serem pesquisadas. Desse modo, esta técnica avaliativa pode fazer com que uma resposta mesmo que discreta, de um grupo diagnosticado com alguma das categorias de doença descritas no DSM-III para uma droga psicotrópica Y signifique aparentemente que a entidade de doença X estava respondendo a droga

---

<sup>263</sup> COSTA, Sérgio. “O desafio da ética em pesquisa e da bioética”. In DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Org). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008, p. 30-32.

<sup>264</sup> O Código de Nuremberg foi um marco das regulamentações de ética em pesquisa. A sua criação foi fruto das discussões empreendidas no Tribunal de Nuremberg em 1946, acerca dos experimentos realizados com seres humanos nos campos de concentração nazista durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). O Código de Nuremberg é elaborado em 1947 e é considerado o primeiro código sobre ética em pesquisa com seres humanos. Para mais informações: DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (orgs.). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008.

<sup>265</sup> COSTA, Sérgio. “O desafio da ética em pesquisa e da bioética”. *op.cit.*, p. 30.

psicotrópica Y da mesma forma que culturas de bactérias respondem a antibióticos. Segundo Healy<sup>266</sup>:

*Os ECR's mudaram a maneira como os psiquiatras olham para os pacientes. Estes tipos de ensaios funcionam melhor quando existe uma população de doentes homogênea. Este fato favorece a montagem de entidades de categorias de doença, como a fobia social, o transtorno de ansiedade generalizada, ou o transtorno do pânico. Uma resposta dessas entidades de doença aparentemente discretas para uma droga, então, cria uma ilusão de especificidade mais precisa "nossa droga é útil para uma grande variedade de problemas nervosos, vamos chamá-lo Largactil". ECR's também exigem esforços para reduzir a variabilidade inter-observador. Isto leva à utilização de critérios de funcionamento e escalas de avaliação, o que por sua vez, contribuem para a ilusão de que os distúrbios a serem tratados estão respondendo da mesma forma que as culturas de bacilos em uma placa de Petri encolhem quando expostas a um antibiótico<sup>267</sup>.*

Healy<sup>268</sup> e Young<sup>269</sup> argumentam que, à medida que os ensaios clínicos se impõem como ferramenta avaliativa no campo da psicofarmacologia, eles passam a influenciar a própria maneira do psiquiatra olhar para a doença psiquiátrica e para seu paciente, criando uma aparente relação de especificidade entre a doença do paciente e o medicamento prescrito.

Portanto, a transposição deste modelo apresenta uma série de implicações. Como Octávio Domont de Serpa Jr.<sup>270</sup> argumenta, mesmo com os inegáveis avanços da genética e dos estudos sobre o cérebro, não é possível precisar em nenhum destes sistemas a origem das doenças mentais, ainda que estas sejam cada vez mais significadas a partir de um vocabulário biológico/fisiologista. Assim, os transtornos (distúrbios) mentais não possuem até os dias de hoje um marcador biológico específico<sup>271</sup>. Por não haver marcador biológico específico para as doenças psiquiátricas, os medicamentos psiquiátricos não podem funcionar como a maioria dos medicamentos utilizados para tratar doenças que possuem este tipo de marcador biológico sobre o qual atuar. Assim, os psicotrópicos, diferentemente dos antibióticos,

---

<sup>266</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*

<sup>267</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p. 284; (Tradução e grifo nossos)

<sup>268</sup> *Ibidem.*

<sup>269</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*

<sup>270</sup> SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. op.cit.*, pp. 239-350.

<sup>271</sup> Além disso, como argumenta Allan Young, aquelas doenças psiquiátricas para as quais o marcador biológico foi encontrado, saíram do domínio da psiquiatria e passaram a fazer parte do campo da neurologia. Informação contida em: YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. op.cit.*, p. 97

por exemplo, possuem uma atuação mais difusa sobre o organismo do paciente.

Segundo Healy:

*As descobertas farmacológicas dos anos de 1950 reacenderam os debates sobre os papéis das intervenções específicas e não específicas para o tratamento de condições de doenças que iam desde doenças infecciosas até a esquizofrenia. Não obstante os efeitos dramáticos da clorpromazina, em alguns casos, a maioria dos médicos inicialmente viam a droga como uma intervenção relativamente inespecífica. As perguntas eram em que medida o trabalho poderia ter a sua eficácia demonstrada de forma convincente quando a cura era raramente alcançada. As terapias medicamentosas poderiam ser combinadas com síndromes particulares ou abordagens psicoterapêuticas para alcançar os melhores resultados possíveis? Mas havia um padrão embutido na direção da especificidade. As novas drogas não eram geralmente anti-algo, como antibiótico ou anti-hipertensivo. Por que antipsicótica<sup>272</sup>?*

Devido a este efeito difuso dos psicotrópicos sobre as categorias de doenças psiquiátricas, outros tipos de instrumentos são construídos com o fim de complementar a avaliação dos ensaios clínicos e mensurar o grau do efeito de uma determinada droga psicotrópica sobre um determinado diagnóstico. O uso das Entrevistas Clínicas Estruturadas se destaca como instrumento avaliativo. Segundo Young<sup>273</sup>, este é um dos instrumentos mais utilizados na investigação epidemiológica e foi criado para operacionalizar os Critérios Diagnósticos de Pesquisa permitindo que tanto o pesquisador especialista como o leigo possam alcançar o mesmo diagnóstico para o mesmo paciente. As Entrevistas Clínicas Estruturadas funcionam da seguinte forma: os entrevistadores empregam listas de perguntas padronizadas que são adaptadas aos formatos especiais dos Critérios Diagnósticos que se pretendem avaliar (no caso da psiquiatria o DSM-III ou suas sucessivas edições); os entrevistados, por outro lado, ficam limitados a escolher opções de respostas simples como sim ou não e a pontuação das respostas é mecânica seguindo algoritmos de diagnóstico que não exigem nenhum tipo de interpretação por parte dos entrevistadores<sup>274</sup>.

Consideramos relevante esclarecer que estas tecnologias avaliativas que irão se impor no campo psiquiátrico acompanham um cenário de mudança mais amplo das pesquisas biomédicas, que durante os anos de 1990 constituirá a chamada Medicina

---

<sup>272</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. op.cit., p. 279. (tradução e grifo nossos)

<sup>273</sup> YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. op.cit., p. 106.

<sup>274</sup> Ibidem, p.106.



Baseada em Evidência (MBE)<sup>275</sup>. A Medicina Baseada em Evidência (MBE) associa a pesquisa biomédica à prática clínica. As origens deste movimento internacional são diversas e complexas<sup>276</sup>. Segundo George Weisz<sup>277</sup>, o movimento que culmina na formulação da MBE teria relação com uma crescente valorização dada à quantificação no campo médico desde final do século XIX e, a partir do século XX, na chamada área biomédica. Para o autor, a quantificação deve ser entendida neste contexto como uma das muitas técnicas de objetivação utilizadas na área médica e biomédica.

Na MBE a validade e confiabilidade de um estudo são conceitos-chave que servem para atestar se as evidências são fortes ou fracas. Dentro desta lógica, as evidências consideradas mais fortes são produzidas através de ferramentas como as revisões sistemáticas, reunião de ensaios clínicos e meta-análise, por exemplo<sup>278</sup>.

As revisões sistemáticas são realizadas em bases de dados como a Cochrane Library e MEDLINE. A Cochrane Library foi a primeira base de dados elaborada a partir de resumos sistematizados de evidências sobre intervenções na área da saúde. O *Cochrane Database of Systematic Reviews* constitui uma base de dados extensa e consiste em revisões sistemáticas regularmente atualizadas desde 1991. As revisões são apresentadas em dois tipos: a) revisões completas, atualizadas regularmente; b) protocolos de revisões que estão sendo preparados. Os artigos são selecionados a partir de estratégias de indexação e busca avançada. Existem grupos colaboradores de revisão e centros Cochrane em alguns países, além do núcleo inglês<sup>279</sup>. Por sua vez, a MEDLINE é uma base de dados da literatura médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (NLM) dos Estados Unidos. Contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas biomédicas publicadas desde 1966 até os dias de hoje, nos Estados Unidos e em outros 70 países. A atualização

---

<sup>275</sup> Segundo Harry Marks o termo "Medicina Baseada em Evidência" foi cunhado por Gordon Guyart na McMaster University em 1990. Informação contida em: MARKS, Harry M. *What does evidence do?* In BONAHE, Christian; MASUTTI, Christophe; RASMUSSEN, Anne; SIMON, Jonathan (orgs). *Harmonizing Drugs: Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*. Paris: Glype, 2009, pp. 81-100.

<sup>276</sup> MARKS, Harry M. *What does evidence do?* *op.cit.*; WEISZ, G. "From Clinical Counting to Evidence Medicine". In JORLAND, Gérard; OPINEL, Annick. (orgs.) *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*. Montreal: McGill-Queens Press, 2005, pp. 377-393.

<sup>277</sup> WEISZ, G. "From Clinical Counting to Evidence Medicine". *op.cit.*, pp. 377-382.

<sup>278</sup> GOMES, Marleide da Mota (org). *Medicina Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001; WEISZ, G. "From Clinical Counting to Evidence Medicine". *op.cit.*, pp. 377-393; MARKS, Harry M. "What does evidence do?" *op.cit.*, pp. 81-100.

<sup>279</sup> MARTINS, M. F.M. & GOMES, M. "Procurando a melhor evidência clínica". In GOMES, Marleide da Mota (org). *Medicina Baseada em Evidências*. *op.cit.*, pp.76-77.

dessa base de dados é mensal. O MEDLINE possui algumas ferramentas para elaboração de estratégias de busca a fim de maximizar os resultados<sup>280</sup>.

George Weisz<sup>281</sup> associa o crescimento da Medicina Baseada em Evidência a alguns fatores que o autor divide em três tópicos: 1) Primeiramente, a MBE desempenha um papel retórico na defesa da autoridade médica, pois afirma a medicina como uma prática científica e a distingue de várias formas de tratamentos alternativos, além de possibilitar a redução de custos dos prestadores de serviços e das seguradoras. 2) Em segundo lugar, a MBE valoriza particularmente a pesquisa clínica - uma forma de ciência que nunca alcançou o sucesso ou o *status* das ciências de laboratório. Portanto, alça a pesquisa clínica a uma posição mais próxima das ciências de laboratório. Desse modo, se a biomedicina não possui o estatuto epistemológico do experimento de laboratório, ao menos tem a relevância da investigação rigorosa aplicada que define qual a terapêutica mais eficaz para determinado caso. Além disso, ela se alia às tecnologias computadorizadas a partir das quais dados estatísticos podem ser recombinaados em múltiplas formas de pesquisa; 3) Em terceiro lugar, a MBE é um conceito tão multiforme que qualquer um pode se apropriar dele. Os políticos e gestores de saúde podem invocá-lo para defender o corte de custos e para limitar a autonomia dos médicos; simultaneamente, os médicos podem usá-lo para defender práticas clínicas e julgamentos contra pressões econômicas para cortar custos. Todos, desde os profissionais da saúde pública, passando por enfermeiros até praticantes de métodos alternativos, podem se associar ao rigor científico que supostamente a MBE encarna.

Não aprofundaremos o debate acerca da Medicina Baseada em Evidência devido a sua complexidade e ao fato de sua consolidação ocorrer ao longo dos anos de 1990, o que acaba por escapar a nosso recorte temporal. Porém, é relevante registrar que seus princípios e tecnologias – como os ensaios clínicos, por exemplo – são cruciais no desenvolvimento e afirmação tanto dos psicofármacos quanto da Psiquiatria Biológica. Ainda que ambos tenham surgido num momento anterior a este movimento da MBE se constituir como tal, eles acompanham uma tendência do campo biomédico<sup>282</sup> que a MBE explicita. Illana Lowy sintetiza bem esta tendência à qual nos referimos:

---

<sup>280</sup> Ibidem, pp. 67-68.

<sup>281</sup> WEISZ, G. “From Clinical Counting to Evidence Medicine”. *op.cit.*, p. 388.

<sup>282</sup> Para mais informações indicamos: LÖWY, Illana. *Historiography of Biomedicine: “Bio,” “Medicine,” and In Between*. *Chicago Journals*. Vol. 102. N. 1. pp. 116-122; LÖWY, Illana. “Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica”. In: PORTOCARRERO, V. (org.). *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: Abordagens Contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 233-249.

*A pesquisa biomédica precisa responder a ‘demandas médicas’ e, frequentemente, industriais. Pesquisas recentes sobre os laboratórios biomédicos e clínicos investigaram os mecanismos de adaptação mútua entre ‘fatos’ biomédicos e clínicos. Eles assinalaram a importância da ‘tradução’ de questões médicas para questões biológicas, ou seja, para problemas que podem ser pesquisados no laboratório e naturalizados no “estilo de pensamento” do laboratório (Amsterdamska, 1993:274). Tal ‘tradução’ está de acordo com a ideologia da medicina científica, que considera as ciências básicas como a principal fonte de inovação em medicina, e reflete a estratégia adotada no século XX, para resolver problemas médicos<sup>283</sup>.*

## **2.4 - A CONSOLIDAÇÃO DO USO DOS PSICOFÁRMACOS E SEUS EFEITOS DE LONGO PRAZO**

Healy<sup>284</sup> destaca, que a partir dos anos de 1980 e 1990, os psiquiatras passaram a se apoiar cada vez mais nos resultados apresentados pelos Ensaio Clínicos Randomizados (ECR) para legitimar suas prescrições de medicamentos psicotrópicos. No entanto, isto traz muitos dilemas, pois, como vimos anteriormente, os ECR garantem apenas um efeito mínimo da droga em comparação com o placebo ou com uma outra droga de efeito similar atuante no mercado. Desse modo, um sistema avaliativo como os ECR passou a servir para as indústrias farmacêuticas legitimarem a validade de seus remédios junto aos médicos que, por sua vez, passaram a associá-los a determinada enfermidade para a qual era testado e aprovado.

Além do efeito inespecífico e difuso do medicamento, discutido anteriormente, não ser devidamente explicitado pelas companhias farmacêuticas e, até mesmo pelos psiquiatras, as companhias também não costumam divulgar para o público mais amplo<sup>285</sup> os efeitos colaterais encontrados em seus estudos – e vale dizer que alguns efeitos colaterais, como a discinesia tardia, podem se manter mesmo depois da retirada do remédio – nem os efeitos de abstinência quando da retirada do medicamento.

---

<sup>283</sup>LÖWY, Illana. “Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica”. *op.cit.*, p. 243.

<sup>284</sup>HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p. 312.

<sup>285</sup> Nos Estados Unidos a propaganda de medicamentos pode ser feita diretamente para o consumidor, enquanto que no Brasil as companhias só podem divulgar os medicamentos para os médicos. Para mais informações: ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007, pp. 151-186.

Como Márcia Angell<sup>286</sup> e Healy<sup>287</sup> argumentam, os ensaios clínicos e estudos multicêntricos são extremamente dispendiosos, o que permite que a indústria farmacêutica seja a principal responsável por sua realização e pela divulgação de seus resultados. A história dos benzodiazepínicos é um bom exemplo sobre o perigo de se deixar nas mãos da indústria farmacêutica tanto a validação de sua eficácia quanto a divulgação – por fatores de concorrência – dos efeitos colaterais ou de dependência<sup>288</sup>.

Durante a década de 1980 na Grã-Bretanha, Peter Tyrer, Heather Asthon, e Malcolm Lader divulgaram a dependência gerada pelos benzodiazepínicos. Os casos clínicos estudados por eles apontavam que parte da razão pela qual os consumidores continuavam a tomar esta classe de medicamento era o fato de que alguns deles se tornaram dependentes desta classe de medicamentos. Os sintomas de abstinência descritos poderiam incluir até convulsões. A relação entre os sintomas de dependência e os benzodiazepínicos ficava mais evidente quanto menor fosse o tempo de uso dos benzodiazepínicos<sup>289</sup>. O que caracteriza um episódio como crise de abstinência é que uma baixa dose do medicamento antipsicótico resolveria o problema muito rapidamente, ao passo que o tratamento de um novo episódio da doença geralmente requer doses de drogas elevadas e pode levar semanas ou meses para se tornar eficaz.

A Mead-Johnson interessada em lançar a buspirona, um ansiolítico que atuava sobre o sistema da serotonina, incentivou a divulgação das evidências sobre os problemas causados pelos benzodiazepínicos. Palestras e simpósios sobre esses problemas foram patrocinados e geraram artigos de revistas e suplementos de jornais que foram amplamente divulgados. Em meio a estas controvérsias as empresas farmacêuticas começaram a atacar umas as outras tentando demonstrar que seu medicamento era menos viciante ou possuía menos efeito colateral que sua concorrente, como havia feito a Mead-Johnson<sup>290</sup>.

Segundo Healy<sup>291</sup>, neste momento a APA criou uma comissão para investigar os problemas de dependência dos psicotrópicos. Porém, esta comissão acabou por afirmar que devido ao fato de o uso dos benzodiazepínicos não ter sido associado à tolerância –

---

<sup>286</sup> *Ibidem*, pp. 111-130.

<sup>287</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 164-173.

<sup>288</sup> ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. op.cit.*, pp. 111-130; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 164-173.

<sup>289</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, pp. 164-173.

<sup>290</sup> *Ibidem*, pp. 164-173.

<sup>291</sup> *Ibidem*, pp.168.

ou seja, por não terem exigido o uso de doses cada vez maiores para manutenção do resultado terapêutico – não podiam ser considerados como substâncias viciantes.

Nos anos de 1990, tornou-se do conhecimento público que os antipsicóticos induziam a um transtorno de movimento involuntário chamado “discinesia tardia”, que havia sido descrito pela primeira vez em 1960. Como a “discinesia tardia” era algo bastante visível para qualquer observador externo, tornava-se bastante evidente que o tratamento psiquiátrico poderia gerar mais danos para o paciente do que a doença<sup>292</sup>. Mesmo estando claro que muitos pacientes que tomavam um antipsicótico e desenvolviam a discinesia tardia poderiam nunca ser capazes de parar de tomar o medicamento, independentemente do quanto tentassem, a discussão sobre a dependência gerada pelos antipsicóticos permaneceu desconhecida do grande público e de muitos médicos. Essa dependência demonstrou ser de uma magnitude maior do que os problemas enfrentados pelos usuários de quaisquer outras drogas. Ao final dos anos de 1990 foi demonstrado que a retirada dos Inibidores de Recaptação de Serotonina (ISRS) também poderia gerar crise de abstinência.<sup>293</sup>

E vale destacar, que nesta mesma década, quando as discussões acerca das implicações dos efeitos colaterais e da dependência dos psicofármacos estavam em alta no meio médico norte-americano, o metilfenidato (Ritalina) – uma droga cujo perfil farmacêutico difere pouco do perfil da cocaína – se torna a droga mais amplamente prescrita para as crianças dos Estados Unidos<sup>294</sup>.

Até os dias de hoje existem controvérsias sobre o que pode ser considerado dependência ou vício no campo da psicofarmacologia. Alguns argumentam que, enquanto a dependência é uma questão farmacológica, o vício é uma questão social, com implicações políticas.

## **2.5- O COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL NA PSIQUIATRIA**

Paralelamente a estas controvérsias, crescia ao longo dos anos de 1980 e 1990 a influência que a indústria farmacêutica exercia sobre o meio acadêmico da psiquiatria

---

<sup>292</sup> Ibidem, p.165.

<sup>293</sup> HEALY, D. *The Antidepressant Era. op.cit.*; HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*; ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. op.cit.*

<sup>294</sup> Para mais informações: HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology. op.cit.*, p. 173.

norte-americana. Neste período, muitas revistas e jornais da área se sustentavam graças à propaganda de medicamentos feitas em suas páginas e muitos centros de excelência e pesquisadores reconhecidos na área tinham suas pesquisas financiadas por laboratórios, podendo receber uma encomenda de alguma pesquisa ou mesmo receber um determinado modelo de pesquisa pronta, que teriam apenas que realizar: são os chamados estudos multicêntricos. Os pesquisadores poderiam também ser contratados como consultores pelas empresas de medicamentos ou mesmo se tornarem pesquisadores da própria empresa<sup>295</sup>.

Por outro lado, os centros de excelência e pesquisadores financiados pela indústria farmacêutica passavam a dispor de mais recursos financeiros e tecnológicos que permitiam que seus centros de excelência e suas carreiras individuais ganhassem destaque perante seus pares, o que, por sua vez, tornava mais confiáveis e válidas as pesquisas que realizavam com os medicamentos, o que, por fim, gerava um fortalecimento na validação do uso destes medicamentos.

Segundo Márcia Angell<sup>296</sup>, a questão foi se tornando mais complexa à medida que a aliança entre médicos-pesquisadores e as grandes corporações farmacêuticas foi se fortalecendo ao longo do governo de Ronald Reagan nos anos de 1980. Neste período, o Congresso americano promulgou uma série de leis projetadas com o intuito de acelerar a transformação de pesquisa de base financiada por impostos em produtos que fossem úteis para a sociedade – chamada de tecnologia de transferência.

A lei mais importante desta série chama-se Bayh-Doyle – uma homenagem a seus criadores, os senadores Birch Bayh e Robert Doyle. Esta lei permitia que universidades e pequenas empresas patenteassem descobertas de pesquisas financiadas pelo *National Institute of Health* (NIH) – principal distribuidor de impostos para pesquisas médicas. Estas patentes, por sua vez, poderiam vir a ser licenciadas para laboratórios farmacêuticos. Até este momento, toda pesquisa financiada pelo NIH deveria pertencer ao domínio público. A partir desta lei, as universidades – que realizavam o maior número de pesquisas financiadas pelo NIH – poderiam patentear e licenciar suas descobertas e ainda cobrar *royalties* das empresas farmacêuticas<sup>297</sup>.

---

<sup>295</sup> HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. *op.cit.*; HEALY, D. *The anti-depressant era*. *op.cit.*. ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. *op.cit.*.

<sup>296</sup> ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. *op.cit.*, pp. 19-37.

<sup>297</sup> *Ibidem*, pp. 19-37.

Para Angell<sup>298</sup>, a administração de Reagan e, em especial, essa lei modificou profundamente o *ethos* da pesquisa médica na universidade e nos hospitais-escola. Estas instituições que tradicionalmente não visavam fins lucrativos começaram a se perceber como parceiras das indústrias, passando a possuir, cada vez mais, um *ethos* empresarial. Médicos-pesquisadores e professores-pesquisadores eram incentivados a patentear e lucrar – recebendo, muitas vezes, participação nos *royalties* das empresas – com seu trabalho que antes era cedido para a universidade.

Conforme o espírito empreendedor crescia durante a década de 1990, as universidades norte-americanas passaram a criar escritórios com o fim exclusivo de administrar os negócios realizados com as tecnologias de transferência, assim como cresciam os acordos individualmente realizados entre os professores e médicos-pesquisadores das universidades com as empresas farmacêuticas.

A partir de 1984, com a aprovação de uma nova legislação conhecida como Hatch-Waxman, os direitos de monopólio de marcas registradas foi prorrogado. Esta prorrogação foi fundamental para a indústria, pois depois que expiram os direitos exclusivos de comercialização de medicamentos, os chamados medicamentos de imitação entram no mercado e o preço cai chegando a custar 20 % em relação a seu valor original.

Ao longo da década de 1990, o prazo de exclusividade da patente de marcas registradas aumentou ainda mais. Assim, se o tempo de patente de um medicamento de marca registrada era de oito anos em 1980, no ano 2000 ele havia passado para quatorze anos. Angell<sup>299</sup> afirma que os remédios que alcançam sucesso de vendas nos Estados Unidos atualmente, como o antidepressivo Zoloft, rendem um bilhão de dólares por ano. Desse modo, a prorrogação dos prazos de patente acrescenta bilhões de dólares a mais nas receitas das empresas.

Segundo Márcia Angell<sup>300</sup> os lucros da indústria ao longo das décadas de 1980-1990 praticamente triplicaram, chegando a 200 bilhões de dólares por ano em 2000<sup>301</sup>. E à medida que crescem os lucros da indústria, seu poder de influência cresce junto,

---

<sup>298</sup> Ibidem, pp. 19-37.

<sup>299</sup> Ibidem, pp. 19-37.

<sup>300</sup> Ibidem, pp.19-37.

<sup>301</sup> Vale dizer que Angell contabilizou apenas a venda de medicamentos com prescrição médica o que exclui os remédios comprados por hospitais e outras instituições de saúde. Sobre isso ver: ANGELL, Márcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. op.cit., p. 19.

tornando-se cada vez mais difícil a sua regulação pelos órgãos governamentais, como a FDA, que vem tendo o seu papel colocado em dúvida. Vianna<sup>302</sup> denomina esta complexa rede estabelecida entre os diversos atores do campo da saúde e destes com os demais setores da economia de complexo médico-industrial. Segundo Vianna:

*A conformação e a dinâmica do complexo médico-industrial resultam do próprio processo de desenvolvimento histórico do sistema de saúde, sendo, portanto, um de seus estágios particulares de evolução. Este se constituiu, ao longo do tempo, como uma resposta à função que, de um lado, a medicina tem no mundo moderno e, de outro, ao papel que a tecnologia assume na forma como se estabelecem as relações de produção e as trocas entre os componentes do setor, em particular após o advento da revolução tecnológica ocorrida nas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos após a II Guerra Mundial (Vianna, 1995a e b)*<sup>303</sup>

Steven Shapin<sup>304</sup> descreve acontecimentos próximos aos descritos por Angell. No entanto, sua leitura destes acontecimentos apresenta diferenças significativas em relação à da autora. Primeiramente, Shapin<sup>305</sup> não estuda a relação específica entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria, nem sua relação com o campo estrito da saúde, como o faz Vianna<sup>306</sup>, mas a relação entre as ciências e a pesquisa industrial de modo mais amplo. Shapin<sup>307</sup> considera que ocorre uma mudança mais geral no modo de a ciência ser exercida ao longo do século XX e, conseqüentemente, no modo de o cientista se colocar diante de sua ciência. Estas mudanças teriam sido decorrentes, principalmente, do intercâmbio de informações acadêmicas ocorrido durante a Segunda Guerra Mundial e institucionalizado durante a Guerra Fria. A partir deste momento, a pesquisa científica passa a ser uma questão de Estado e o governo americano passa a investir maciçamente neste setor. Simultaneamente, a indústria e as grandes corporações se tornam uma possibilidade de trabalho a mais para o cientista que até então tinha seu ambiente de trabalho restrito aos centros de pesquisa universitários. Nestes novos

---

<sup>302</sup> Para mais informações: VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-finaceiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2009, pp. 375-390.

<sup>303</sup> Para mais informações: VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-finaceiro. *op.cit.*, p. 378-379.

<sup>304</sup> SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation*. Chicago: The University of Chicago Press, 2008, pp. 165-208.

<sup>305</sup> *Ibidem*.

<sup>306</sup> Utilizamos este termo no sentido empregado por Vianna. Segundo o autor o conceito de complexo médico-industrial é utilizado para ressaltar múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor da saúde e destes com os demais setores da economia. Para mais informações: VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-finaceiro. *op.cit.*.

<sup>307</sup> SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation.. op.cit.*.



espaços, o modelo de pesquisa no qual se investe é a pesquisa organizada e aplicada, na qual o trabalho de equipe é dominante. Mas isso não ocorre sem polêmica. Shapin<sup>308</sup> apresenta os argumentos de cientistas e estudiosos que consideram a pesquisa científica organizada e aplicada uma ciência menor.

Shapin<sup>309</sup> argumenta que é a partir dos anos de 1970 que todo este movimento iniciado no pós-segunda guerra desemboca numa “nova moral da ciência” na qual esta passa a ser vista como profissão e, ganhar dinheiro fazendo ciência passa a ser uma consequência disso:

*Por volta da década de 1970, tornou-se comum pensar que ser um cientista era fazer um trabalho como qualquer outro trabalho profissional e que os cientistas eram moral e motivacionalmente muito parecidos com qualquer outra pessoa com suas experiências e seu lugar na sociedade. Não era mais novidade na cultura norte-americana que cientistas eram trabalhadores dignos de seus salários, que conhecimento científico deveria ser produzido de modo organizacional, que os cientistas deveriam ser trabalhadores contabilizados como valiosos – ainda que sub-valorizados – cuja produção contribuiria não apenas para o crescimento do conhecimento que eles mesmos buscavam, mas para geração de riqueza e a projeção do poder do Estado. Foi compreendido que se poderia fazer dinheiro e fazer ciência, mesmo ciência acadêmica. As recompensas monetárias ainda não eram amplamente pensadas para serem altas, ou mesmo, em pé de igualdade com aquelas recebidas por médicos e advogados – mas agora a profissão da ciência deveria ser pensada plausivelmente como uma rota para um estilo de vida confortavelmente burguês<sup>310</sup>.*

Assim, a pesquisa científica, que outrora era abordada pelo âmbito da vocação, associada ao desprendimento financeiro e ao trabalho individual, apoiado na ideia de gênio ou do método científico, passa a ser tratada como profissão, o que inclui questões salariais e de carreira, bem como trabalho em equipe. É o que Shapin<sup>311</sup> chama de pesquisa organizada.

---

<sup>308</sup> Steven Shapin apresenta o argumento de diversos estudiosos que consideram a pesquisa organizada e aplicada uma ciência menor. Não retomaremos esta discussão por ela fugir ao nosso objetivo, mas indicamos especialmente os capítulos 6, 7 e 8 do livro de Steven Shapin para acompanhar esta discussão. Para mais informações: SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation*. *op.cit.*, pp. 165-304.

<sup>309</sup> SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation*. *op.cit.*, pp. 209-304.

<sup>310</sup> *Ibidem*, p. 209. (tradução nossa)

<sup>311</sup> *Ibidem*, pp. 165-208.

No desenvolvimento de seu argumento Shapin<sup>312</sup> demonstra que a ciência organizada, predominante nas empresas e corporações, possuiria muitas vezes mais liberdade de criação do que se supõe e que, por outro lado, a pesquisa acadêmica universitária, com seu caráter primordialmente individualista, apresentaria restrições que não costumam ser cogitadas pelos críticos da pesquisa empresarial. Para Shapin<sup>313</sup>, o formato menos hierarquizado das empresas e a existência de um projeto comum, ao qual todos os pesquisadores estão ligados, facilitariam a troca de informações e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos de determinado projeto, enquanto o formato bastante hierarquizado e individualizado das pesquisas acadêmico-universitárias geraria um ambiente de maior competição e menos cooperação entre os pesquisadores.

Desse modo, Shapin<sup>314</sup> não considera que a busca de lucro por parte das empresas e os ganhos monetários dos cientistas, bem como o trabalho de equipe, sejam constrangimentos maiores do que aqueles oferecidos pelo meio acadêmico universitário, mas apenas diferentes destes, possuindo qualidades também diferentes. Por outro lado, para Angell<sup>315</sup>, a pesquisa vinculada à indústria ou a pesquisa universitária dominada pelo *ethos* empresarial é descrita de forma bastante crítica, sendo sinônimo de um empobrecimento da pesquisa e até mesmo de corrupção.

Nosso ponto de vista está mais alinhado ao de Steven Shapin<sup>316</sup> no que se refere a proposta de analisar este novo modo de fazer científico que inclui a indústria – seja articulada a universidade ou não – com seus ônus e bônus, porém as denúncias que Márcia Angell<sup>317</sup> faz acerca dos excessos cometidos pelas indústrias não devem ser ignoradas. Para continuarmos nossa discussão, analisaremos um outro ponto de vista, o de Bruno Latour<sup>318</sup>.

---

<sup>312</sup> Ibidem, pp. 165-304.

<sup>313</sup> Ibidem, pp.165-304.

<sup>314</sup> Ibidem, pp. 165-304.

<sup>315</sup> ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. *op.cit.*,

<sup>316</sup> SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation*. *op.cit.*, pp.165-304.

<sup>317</sup> ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. *op.cit.*,

<sup>318</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. *op.cit.*; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. *op.cit.*; LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. *op.cit.*,

## 2.6- TECNOCIÊNCIA: A CIÊNCIA TORNADA PROFISSÃO

Latour<sup>319</sup> considera que os desenvolvimentos tecnológicos adquiridos em meados do século XX deram origem ao que o autor chama de *tecnociência*<sup>320</sup>. A tecnociência consiste numa ciência baseada na técnica e na tecnologia. Nela o que está em jogo são os artefatos de inscrição, a conexão entre as ideias e as tecnologias e a capacidade política do cientista ou do laboratório de atrair financiamentos e de fazer sua ciência circular, transformando-se em uma *caixa preta*<sup>321</sup>, que seja capaz de transcender a fronteira do laboratório e de seu próprio grupo de pesquisa, reproduzindo-se como um autômato<sup>322</sup>.

Para Latour<sup>323</sup>, a ligação academia-indústria-governo-laboratórios é característica primordial da tecnociência e, em alguma medida, anterior a ela. Latour aponta que a “pureza científica” fundada tanto na ideia de gênio – que considera a existência de alguma atividade cognitiva especial no cientista – como na ideia de método científico – de que a ciência possuiria um método particular de funcionamento que a faria avançar em direção ao progresso independentemente do contexto social no qual está inserida – ignora toda a rede que sustenta uma descoberta científica, para além do cientista e seu laboratório. Segundo Latour<sup>324</sup>, esta postura está muito arraigada entre os sociólogos e historiadores da ciência, por estes acreditarem que existe uma diferença entre o mundo de “dentro do laboratório” e de “fora do laboratório”, o que reproduziria, em termos gerais, a velha querela entre “internalistas-externalistas<sup>325</sup>”. Latour<sup>326</sup> considera esta postura equivocada, pois acredita ser de fundamental importância

---

<sup>319</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. *op.cit.*,

<sup>320</sup> Ibidem, pp. 239-292.

<sup>321</sup> O conceito de *caixa preta* é utilizado em cibernética para se referir a um conjunto de comandos que se revele complexo demais. Bruno Latour se apropria desse conceito para se referir ao momento em que uma dada teoria científica ou técnico-científica se consolida de tal forma que todo o percurso que levou à sua construção é esquecido, partindo-se dela como um *fato*. E como tal esta passa a se reproduzir como um *autômato*. Cf LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação*. *op.cit.*, p. 14 e p. 216

<sup>322</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação*. *op.cit.*, p. 216.

<sup>323</sup> Ibidem; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. *op.cit.*; LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. *op.cit.*.

<sup>324</sup> Cf nota anterior.

<sup>325</sup> Sobre isso ver: SHAPIN, Steven. Discipline and bounding: the history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate. *History of Science*, part.4, nº 90, 1992, pp. 333-369.

<sup>326</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. *op.cit.*; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. *op.cit.*; LATOUR, B. “Give me a laboratory and I will raise the world”. *op.cit.*, pp. 141-170; LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. *op.cit.*,

compreender o mecanismo de funcionamento da ciência em seus próprios termos e não transferir para esta área específica do conhecimento conceitos oriundos da sociologia e da história.

Apesar de afirmar as particularidades da tecnociência, quando Latour<sup>327</sup> discute a descoberta da vacina contra o *anthrax* feita por Pasteur em 1881, ele demonstra que, mesmo num momento anterior à institucionalização da tecnociência – no qual a ciência computadorizada não existia, as técnicas e tecnologias não faziam parte do cotidiano do cientista e a ciência não era necessariamente uma questão da indústria e de governo – mesmo ali já havia a necessidade de construção de uma rede que ligasse o laboratório de Pasteur aos granjeiros e ao governo para que sua ciência pudesse circular e não virasse “uma mera curiosidade”.

O autor<sup>328</sup> demonstra como Pasteur foi pródigo em aproximar seus interesses científicos dos interesses de veterinários, granjeiros, jornalistas e uma série de grupos sociais que estavam sendo atingidos direta ou indiretamente pelo *anthrax*. O laboratório de Pasteur mexeu com interesses com os quais não possuía inicialmente nenhuma relação. A partir do momento em que Pasteur desenvolve a vacina contra o *anthrax*, e esta passa a ser difundida sociedade adentro, já não se pode mais saber onde começa e onde terminam os limites da sociedade e do laboratório. A vacinação se torna um gesto rotineiro e anual que é um produto do laboratório, mas já não se restringe a ele, nem pode prescindir dele.

No entanto, vale destacar que, para Latour<sup>329</sup>, a dissolução da dicotomia dentro e fora não implica numa equivalência destas situações. O contexto do laboratório de Pasteur e o da granja de *Pouilly Le Fort*, por exemplo, não são os mesmos. A vacina não pode sair imediatamente do laboratório e ser utilizada sob outras condições diretamente. É preciso que a vacina do laboratório seja modificada de acordo com as condições que encontrará no “mundo real” e/ou que, na medida do possível, as condições do “mundo real” sejam aproximadas das condições existentes no laboratório. Este duplo movimento, do mundo para o laboratório e do laboratório para o mundo, é denominado pelo autor de *tradução*, ou seja, é preciso traduzir a linguagem e as condições de um lugar para outro. Desse modo, os experimentos realizados fora do laboratório são

---

<sup>327</sup> LATOUR, B. (1983). “Give me a laboratory and I will raise the world”. *op.cit.*, pp. 141-170.

<sup>328</sup> *Ibidem*, pp. 141-170.

<sup>329</sup> *Ibidem*, pp. 141-170.

sempre diferentes daqueles feitos dentro do laboratório, mesmo que sejam aparentemente idênticos.

Nesse sentido, não pretendemos comparar a ciência de Pasteur ao fazer tecnocientífico de meados do século XX, mas demonstrar que, a partir de uma leitura latouriana, essa pureza do cientista e seu isolamento em relação ao mundo que o cerca jamais existiu. Em certo sentido, podemos considerar que o discurso de Latour<sup>330</sup> e Shapin<sup>331</sup> encontram-se alinhados no que se refere à transformação da ciência em profissão a partir da tecnociência, bem como ao fato de esta ser uma atividade primordialmente coletiva. Como Latour argumenta:

*Esse divórcio entre contexto e conteúdo é muitas vezes chamado de divisão interior/exterior. Os cientistas ficam dentro, esquecidos do mundo de fora, o qual pode apenas influenciar suas condições de trabalho e sua velocidade de desenvolvimento. (...) Tenho sugerido implicitamente aquilo que seria o esqueleto de uma anatomia diferente da tecnociência, e agora direi como é ele: nele, a divisão interior/exterior é resultado provisório de uma relação inversa entre recrutamento “externo” de interesses – sociograma – e o recrutamento “interno” de novos aliados – o tecnograma. A cada passo do caminho, altera-se a constituição daquilo que é “interno” e daquilo que é “externo”<sup>332</sup>.*

Para ilustrarmos essa integração interior-exterior apresentaremos dois exemplos fictícios – mas que se baseiam em dados típicos da realidade tecnocientífica – utilizados por Latour. No primeiro exemplo, um ramo da tecnociência não consegue se estabelecer como profissão, recrutar aliados, nem construir uma rede que o sustente, vindo a desaparecer<sup>333</sup>. No segundo, um outro ramo da tecnociência consegue construir uma sólida rede a partir da qual irá circular<sup>334</sup>. Selecionamos estes exemplos, não apenas a título ilustrativo do que estamos discutindo, mas por considerarmos que eles nos auxiliarão na compreensão do funcionamento do Programa de Ansiedade e Depressão que apresentaremos no próximo capítulo.

O primeiro exemplo conta a história de um engenheiro eletrônico chamado João da Cruz que trabalha numa oficina de aparelhos eletrônicos em São Paulo. João e seu

---

<sup>330</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação*. op.cit., p. 262.

<sup>331</sup> SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation*. op.cit.,

<sup>332</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação*. op.cit., p. 262.

<sup>333</sup> Ibidem, pp. 248-252.

<sup>334</sup> Ibidem, pp. 252-267; STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002, p. 145-150.

chefe passaram oito anos estudando o *chip* MOS<sup>335</sup>. Eles consideravam que o momento era oportuno para a produção dos *chips* MOS no Brasil devido à união do governo brasileiro, dos militares, da indústria e das universidades para buscar a autossuficiência na construção de computadores no país. Eles receberam uma determinada quantia em dinheiro do governo para aparelhar a oficina e explorar a arquitetura dos *chips* MOS que, até então, eram produzidos apenas pelo Japão e pelas universidades americanas. Latour descreve as esperanças iniciais que motivaram João da Cruz e seu chefe a embarcarem nesta empreitada:

*Durante um ano ou dois, acreditaram que um dia estariam no centro de um grande movimento nacionalista para a criação de um computador cem por cento brasileiro. A oficina deles se tornaria ponto obrigatório para técnicos, estudantes, militares, engenheiros eletrônicos. “Quem controlar os chips – costumavam eles brincar – vai mandar na indústria de computadores”. Infelizmente eles eram os únicos convencidos desta prioridade<sup>336</sup>.*

Porém, ocorreram alguns imprevistos: os militares recuaram em seu interesse, o governo não impôs nenhuma taxa à importação de circuitos integrados estrangeiros – só à importação de computadores –, as universidades não possuíam nem especialistas, nem estrutura para trabalhar com os *chips* MOS e a indústria, por sua vez, não demonstrou interesse suficiente em investir na produção de *chips* MOS devido à concorrência estrangeira. Enquanto isso, o chefe decide assumir um cargo melhor para o qual foi convidado na Bélgica e desiste de trabalhar com os *chips* MOS. João não desiste, trabalha muito, por anos a fio e com poucos recursos. Mas o que acontece com a parte interna de uma especialidade composta por uma só pessoa? Como Latour argumenta, ela desaparece:

*É essa a questão que toma João tão desesperadamente: a parte interna desaparece. Como não há ninguém com quem discutir o rascunho de seus artigos, ninguém para pôr à prova as ligações que faz entre as várias partes da arquitetura do chip, ninguém a quem possa apresentar propostas para provas de força, ninguém para corrigir seus protótipos, João termina por não saber o que é real e o que é ficção na tecnologia MOS. (...) João será um “ex-engenheiro” sobrevivendo de aulas particulares e de artigos de ciência popular.*

---

<sup>335</sup> MOS: Metal Oxide Semiconductor, método de produção de certos circuitos integrados (chips) em que padrões de condutores de metal e óxidos são depositados sobre os semicondutores. (N.T.) LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação. op.cit.*, p. 248.

<sup>336</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação. op.cit.*, p. 248.

*Ele teme que sua especialidade em breve deixe de ter – pelo menos no Brasil – sustentação externa e existência interna.*<sup>337</sup>

Como Latour<sup>338</sup> nos mostra neste exemplo, quando todas as partes envolvidas na construção do *chip* MOS saem de cena e João se torna o único interessado em produzi-lo, a ciência dele sucumbe.

*Só quando a quantidade de recursos é suficientemente grande é que podem ser recrutados muitos contra-especialistas, que serão colocados um contra o outro. Essa discordância, por sua vez, eleva o custo da corrida probatória, multiplica os testes de força, redesenha os objetos novos que, por sua vez, podem ser usados para transladar mais interesses externos, e assim por diante. Mas enquanto a pesquisa em motores de combustão interna, neuroendocrinologia, geologia ou projeto de chips ainda não existir como profissão, não haverá especialistas do lado de dentro, nem grupos interessados do lado de fora*<sup>339</sup>.

Por outro lado, quando um determinado ramo da tecnociência se afirma como profissão e consegue capturar o interesse de outras instituições e do público, ele passa a existir e se expandir de tal maneira que em determinado momento nada precisará ser feito para sua expansão devido ao grande número de instituições e atores envolvidos com ele. Este ramo se reproduzirá como um autômato<sup>340</sup>. No outro exemplo, Latour<sup>341</sup> analisa a história da descoberta de uma substância denominada de pandorina através da rotina de dois cientistas que trabalham com esta substância num laboratório da Califórnia. Um deles é o diretor do laboratório, chamado de “Chefe”, a outra é uma cientista, chamada de “colaboradora”.

No relato de Latour, percebemos que enquanto o Chefe passa pouco tempo dentro do laboratório na bancada de trabalho, ele passa muito tempo fora do laboratório em reuniões com autoridades de alto escalão do governo, corporações, universidades, jornalistas, religiosos, outros cientistas, grupos de pacientes que possam se beneficiar da pandorina e assim por diante. A rotina do chefe apresenta uma “visão empresarial da ciência”, uma mistura de política, negociação de contratos, relações públicas etc. Paralelamente, a colaboradora do chefe encontra-se no laboratório estudando a pandorina. Quase não sai de sua bancada de trabalho. Ela afirma que quer se manter

---

<sup>337</sup> Ibidem, pp. 250-251.

<sup>338</sup> Ibidem, 2000.

<sup>339</sup> Ibidem, p. 252.

<sup>340</sup> Ibidem, p. 216.

<sup>341</sup> Ibidem, pp. 252-267; STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas. op.cit.*, p. 145-150.

distante de advogados, da indústria, e mesmo do governo. Ela garante que só está fazendo ciência, “ciência básica, ciência no duro.”<sup>342</sup>

No relato de Latour<sup>343</sup>, vemos diversos encontros ocorrerem ao longo da semana do Chefe. Em um dos encontros o Chefe discute com dirigentes da indústria farmacêutica a possibilidade de produzir a pandorina em larga escala, realizar testes clínicos e obter uma patente. Em seguida, o Chefe almoça na Academia Nacional de Ciência e procura convencer seus colegas a criarem uma nova subseção, para que os cientistas que venham participar desta nova disciplina não fiquem perdidos entre a fisiologia e a neurologia. O Chefe garante que seus esforços neste sentido “serão recompensados<sup>344</sup>”. Num outro momento, o Chefe conversa com um amigo jesuíta e lhe mostra as relações entre a ciência do encéfalo e o mistiscismo, e associa a pandorina como responsável pelo “estalo” de São João da Cruz. Acrescenta ainda que a psicanálise está morta.

Na França, o Chefe critica as políticas científicas francesas e exige uma flexibilização dos regulamentos da política científica. Em resposta, o Ministério Francês compra um novo instrumento para mapear peptídeos no encéfalo e convida a colaboradora do Chefe a montar um laboratório para estudar a pandorina na França. O Chefe avisa aos jornalistas para que todos estejam preparados para uma “nova revolução no estudo do encéfalo” e critica os jornalistas que passam “uma imagem negativa da ciência e estão sempre atrás de sensacionalismo.”<sup>345</sup> A revista *Endocrinology*, após reunião com o Chefe, cria uma nova seção na qual as questões em torno da pandorina podem vir a ser publicadas. Pouco tempo depois vemos que a colaboradora do Chefe tem um artigo aceito nesta revista justamente para a seção criada a pedido do Chefe.

Em outro dia, o Chefe vai a um hospital psiquiátrico convencer os médicos a realizar ensaios clínicos com pandorina em pacientes esquizofrênicos; ele sugere que ele e os médicos escrevam um artigo em coautoria. Vemos que a colaboradora passa a contar com um técnico no laboratório que foi empregado “graças a uma bolsa especial concedida pela Associação dos Diabéticos – depois do discurso do Chefe na Casa Branca<sup>346</sup>”. Além disso, a colaboradora agora possui dois ex-alunos do Chefe trabalhando com ela, que foram atraídos por seu trabalho após o curso que fizeram na

---

<sup>342</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação. op.cit*, p. 256.

<sup>343</sup> Ibidem.

<sup>344</sup> Ibidem, p. 254.

<sup>345</sup> Ibidem, p. 253.

<sup>346</sup> Ibidem, p. 257.



universidade. A colaboradora passa a contar ainda com hipotálamos “frescos e muito mais limpos que antes” graças às reclamações do chefe.<sup>347</sup>

Neste exemplo, Latour<sup>348</sup> descreve dois tipos ideias de cientistas que representam o “lado de fora” e o “lado de dentro” do laboratório: respectivamente, “o Chefe” e “a colaboradora”. Porém, após a descrição da rotina de ambos, vemos os lugares do chefe e da colaboradora se entrelaçarem. Assim, o trabalho da colaboradora “dentro do laboratório” obtém mais suporte à medida que o trabalho realizado pelo chefe “fora do laboratório” é bem sucedido.

*Quanto maior, mais sólida, mais pura a ciência é lá dentro, maior a distância que outros cientistas precisam percorrer lá fora. É por causa dessa retroalimentação que quem entra num laboratório não vê relações públicas, políticos, problemas éticos, lutas de classes, advogados; vê ciência isolada da sociedade. Mas esse isolamento existe só porque outros cientistas estão sempre ocupados a recrutar investidores, a interessar e convencer outras pessoas. Os cientistas puros são como filhotes indefesos que ficam no ninho enquanto os cientistas adultos se ocupam construindo abrigo e trazendo alimento<sup>349</sup>.*

Por mais que Latour<sup>350</sup> nos apresente um quadro extremamente simplificado sobre o funcionamento da tecnociência, podemos perceber através dele que o crescimento do laboratório do Chefe e de sua colaboradora encontra-se absolutamente atrelado à capacidade do Chefe de ligar seu laboratório a um número cada vez maior de elementos. É justamente porque o Chefe consegue realizar esta tarefa, que matadouros, o Ministério da Saúde da França, o Salão Oval e peptídeos encefálicos são atados numa mesma rede<sup>351</sup>.

*Inicialmente, o chefe é fraco demais para obter mais subvenções, mais espaço e mais crédito simplesmente com base em suas atividades anteriores. No meio, seu trabalho passa a ser reconhecido, seus artigos e os de seus colaboradores são lidos e citados, suas patentes aplicadas; subvenções, espaço e prestígio podem ser obtidos com mais facilidade. No fim, todas as forças alistadas no processo estão prontas para atribuir a responsabilidade do movimento geral a ele e a seu laboratório ou sua disciplina. O que no início era um lugar isolado, passou no fim a ser um ponto de passagem obrigatório<sup>352</sup>.*

---

<sup>347</sup> Ibidem, p. 257.

<sup>348</sup> Ibidem, pp. 252-267.

<sup>349</sup> Ibidem, p. 258.

<sup>350</sup> Ibidem, pp. 252-267.

<sup>351</sup> Ibidem, p. 266.

<sup>352</sup> Ibidem, p.. 266

O que começou com alegações tímidas e controversas limitadas ao laboratório do Chefe, termina como um corpo sólido de conhecimentos, não sujeito a controvérsia, que circula através de uma extensa rede mundial, tornando-se uma “respeitável profissão”<sup>353</sup>.

Latour<sup>354</sup> argumenta que o que permite à tecnociência circular nessa extensa rede mundial é a mudança de escala produzida através de uma série de artefatos de inscrição. Estes artefatos de inscrição tornam os dados produzidos num determinado laboratório (a) *móveis* para que circulem por outros lugares; (b) os mantêm *estáveis* para que sejam trazidos e levados sem distorções, decomposição ou deterioração; e (c) permitem que sejam *combináveis* de tal modo que, independentemente da matéria de que sejam feitos, possam ser acumulados, agregados ou “embaralhados como um maço de cartas”<sup>355</sup>. Desse modo, os artefatos de inscrição permitem que os dados analisados num contexto específico possuam mobilidade, estabilidade e combinabilidade em diversos outros contextos de análise, sejam esses contextos outros laboratórios, outros países, governos etc. Como Latour argumenta:

*Quando uma bióloga molecular fala de mutações no milho, não tem mais a seu lado uns sabuguinhos silvestres, mas sim livros de registro com milhares de resultados de fertilização cruzadas. (...) Essa mobilização de tudo o que pode ser inscrito e levado de lá para cá é o elemento principal da tecnociência, e devemos tê-lo em mente se quisermos entender o que acontece dentro desses centros*<sup>356</sup>.

Assim, é por meio dos artefatos de inscrição que as redes heterogêneas da tecnociência podem se estender dos centros à periferia e da periferia aos centros<sup>357</sup>. Dentro dos centros, os dados e números podem ser recombinados de diversas formas, ganhando novos sentidos. São estes dados finais que permitem que bebês, doenças, milhos e outros elementos sejam ligados a escritórios. “Diferenças e semelhanças são recombinadas tanto quanto os tipos de inscrições nas quais devemos acreditar mais do que em outras.”<sup>358</sup>

---

<sup>353</sup> Ibidem, p. 265

<sup>354</sup> Ibidem, pp. 252-267.

<sup>355</sup> Ibidem, p.362.

<sup>356</sup> Ibidem, p. 378.

<sup>357</sup> Ibidem, p.379.

<sup>358</sup> Ibidem, p.388.

Esse trabalho de mobilização, estabilização e combinação dos dados permite que “muitos ajam como um só<sup>359</sup>”, pois o resultado final que estes dados vierem a tomar num determinado escritório será repassado sem que o seu percurso de construção seja retomado. Segundo Latour:

*(C)onstruir centros implica trazer para eles elementos distantes – permitir que os centros dominem a distância –, mas sem trazê-los “de verdade” – para evitar que os centros sejam inundados. Esse paradoxo é resolvido criando-se inscrições que conservem, simultaneamente, o mínimo e o máximo possível, através do aumento da mobilidade, da estabilidade ou da permutabilidade desses elementos. Esse meio-termo entre presença e ausência muitas vezes é chamado de informação. Quando se tem uma informação em mãos, tem-se a forma de alguma coisa sem ter a coisa em si (por exemplo, o mapa de Sacalina sem Sacalina, a tabela periódica sem as reações químicas, um modelo do porto de Roterdã sem o porto). /Como sabemos essas informações (ou formas, ou formulários, ou inscrições – todas essas expressões designam o mesmo movimento e resolvem o mesmo paradoxo) podem ser acumuladas e combinadas nos centros<sup>360</sup>.*

No entanto, Latour<sup>361</sup> chama a atenção para o fato de que a tecnociência não pode se expandir da forma aqui relatada em qualquer contexto, devido aos altos custos – principalmente financeiros, mas não apenas – para construção e consolidação desta rede. Assim, países desenvolvidos como os Estados Unidos, que possuem um forte investimento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), têm mais “potencial humano”, dinheiro e revistas que países de pequeno investimento em P&D<sup>362</sup>. Por isso, Latour<sup>363</sup> afirma que metade da tecnociência mundial é “negócio americano<sup>364</sup>”; os outros países desenvolvidos trabalham com fatias menores da tecnociência. Latour argumenta:

*Uma vez que os fatos novos e incontestáveis são criados pela reunião de recursos e pela manutenção dos aliados sob controle, a estratificação em termos de potencial humano, dinheiro e revistas significa que alguns países alistam e outros são alistados. Se um país pequeno quiser duvidar de uma teoria, rejeitar uma patente, interromper a propagação de um argumento, desenvolver seus próprios laboratórios, escolher suas próprias prioridades, decidir que controvérsia deve ser iniciada, formar seu próprio pessoal, publicar*

---

<sup>359</sup> Ibidem, p. 381

<sup>360</sup> Ibidem, p. 396

<sup>361</sup> Ibidem, pp. 267-289.

<sup>362</sup> Ibidem, p. 274-275.

<sup>363</sup> Ibidem, p. 274-275.

<sup>364</sup> Ibidem, p. 274

*suas próprias revistas, criar seu próprio banco de dados, falar sua própria língua, achará impossível*<sup>365</sup>.

Desse modo, existiria uma desigualdade nas condições de realização da tecnociência e sua disseminação, que faria com que alguns poucos países produzissem tecnociência propriamente, enquanto outros apenas assimilariam esta tecnociência e poderiam acreditar nos fatos produzidos por ela, reforçá-la, criticá-la, comprar patentes, importar conhecimentos, exportar pessoal e recursos, mas não poderiam “questionar, discordar ou discutir e ser levado a sério. No que se refere à construção de fatos, um país desses não tem *autonomia*”<sup>366</sup>.

Todo este cenário apresentado por Latour<sup>367</sup>, no que se refere às tecnociências, pode ser transposto, em certa medida, para a discussão que aqui empreendemos acerca da Psiquiatria Biológica e sua indissociável ligação com os medicamentos e a indústria farmacêutica, bem como com o ambiente universitário. Além disso, percebemos também a crescente profissionalização da pesquisa psicofarmacológica e da pesquisa psiquiátrica como parte desta rede.

A partir das discussões empreendidas ao longo do capítulo 1 e deste capítulo, pudemos perceber que a relação da indústria farmacêutica com a Psiquiatria Biológica gera um ciclo de “retroalimentação”, que dificulta saber onde uma começa e onde a outra termina: a indústria de medicamentos precisa dos diagnósticos bem demarcados, que a Psiquiatria Biológica oferece para realizar suas pesquisas e para a aprovação dos seus medicamentos junto à FDA, bem como precisa da prescrição dos medicamentos por parte dos psiquiatras<sup>368</sup>; por outro lado, a Psiquiatria Biológica utiliza os medicamentos psicotrópicos em sua terapêutica e se apoia nos financiamentos da indústria farmacêutica para realizar suas pesquisas e divulgar seus diagnósticos, bem como sua visão de ciência de modo mais amplo. E quanto mais a visão de ciência, diagnósticos e psiquiatras-pesquisadores da Psiquiatria Biológica estiverem consolidados, mais confiabilidade e validade ganha o uso do medicamento psicofarmacológico, que é a principal via de tratamento desta vertente, o que, por sua vez, gera mais lucro para as indústrias farmacêuticas, que podem financiar cada vez

---

<sup>365</sup> Ibidem, p. 274-275.

<sup>366</sup> Ibidem, p. 275. (grifo no original)

<sup>367</sup> Ibidem.

<sup>368</sup> Qualquer psiquiatra sendo da vertente biológica ou não pode recomendar um medicamento, porém apenas os psiquiatras biológicos possuem o medicamento como opção de primeira escolha no tratamento das “doenças mentais”

mais centros de excelência, pesquisas, psiquiatras-pesquisadores e assim por diante. Todo este circuito deixa as fronteiras entre a psicofarmacologia, a indústria farmacêutica e a Psiquiatria Biológica cada vez mais diluídas e, ao mesmo tempo, deixa todas estas áreas cada vez mais fortalecidas.

Nos próximos capítulos analisaremos como esta complexa rede se apresenta no Programa de Ansiedade e Depressão (IPUB/UFRJ).

## CAPÍTULO 3

# O IPUB E O PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

### INTRODUÇÃO

Durante os anos de 1980-1990, a psiquiatria brasileira parece acompanhar as modificações do cenário psiquiátrico norte-americano, descritas nos capítulos 1 e 2. Segundo Russo<sup>369</sup> é possível perceber, especialmente no meio psiquiátrico do Rio de Janeiro, uma hegemonia psicanalítica no pós-segunda guerra<sup>370</sup>, principalmente em torno dos anos de 1960 e 1970. Cabe destacar, que sua difusão não se deu apenas nos meios psiquiátricos e adentrou diversos setores da sociedade, o que devido à força de sua difusão se convencionou chamar de *boom* psicanalítico<sup>371</sup>. Esse *boom* coincide com o período de maior repressão da ditadura militar (1964-1985). Ana Cristina Figueiredo argumenta:

*O boom psicanalítico coincidiu com o período de maior obscurantismo da ditadura militar que, iniciada com um golpe em 1964, estendeu-se por mais de duas décadas. Foi um período de forte repressão ideológica e perseguição política dirigida aos setores mais intelectualizados da população jovem, principalmente no meio universitário, a partir do Ato Institucional nº5 de 1968, que restringiu*

---

<sup>369</sup> RUSSO, J. Os três sujeitos da psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n.8, 1997, pp. 11-21.

<sup>370</sup> Vale dizer que a consolidação da psicanálise no Brasil se deu de modo bastante distinto da sua consolidação nos Estados Unidos, no entanto, o período de hegemonia e declínio desta teoria foram semelhantes tanto aqui como lá. Para uma história da psicanálise no Brasil ver: FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.) *Efeito Psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988; ROCHA, Gilberto. *Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989; RUSSO, J. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002; BIRMAN, Joel. “Como era gostoso o meu francês: Sobre o campo psicanalítico no Brasil nos anos 80”. In GUIMARÃES e TAVARES (orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, pp.155-169; BEZERRA, Jr. “De médico, de louco todo mundo tem um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80”. In GUIMARÃES e TAVARES (orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, pp. 171-191; FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Psicanálise dos Psicólogos no Rio de Janeiro dos anos 1970. *Culturas Psi*. vol 0, 2012, pp. 84-99; FACCHINETTI, Cristiana. Psicanálise Para Brasileiros: História de sua circulação e apropriação no entre-guerras. *Culturas Psi*. vol 0, 2012, pp. 45-62; RUSSO, Jane. “O movimento psicanalítico brasileiro”. In JACÓ-VILELA; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. *História da Psicologia: Rumos e Percursos*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2006, pp. 413-424; RUSSO, Jane. Psychoanalysis in Brazil – Institutionalization and Dissemination among the lay public. *Estudios Interdisciplinarios de America Latina y el Caribe*. vol. 18, nº 1, 2007, pp. 63-80.

<sup>371</sup> FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.) *Efeito Psi: a influência da psicanálise*. *op.cit.*; FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Psicanálise dos Psicólogos no Rio de Janeiro dos anos 1970. *op.cit.*; RUSSO, Jane. Psychoanalysis in Brazil – Institutionalization and Dissemination among the lay public. *op.cit.*.

*drasticamente a liberdade de expressão atingindo intelectuais, professores e estudantes (Martins, 1979; Coimbra, 1993)<sup>372</sup>.*

A partir dos anos de 1980, a psicanálise começa a perder sua hegemonia no campo, em especial com a redemocratização do país. Esse período foi marcado por uma série de acontecimentos, como as denúncias a respeito da participação do psicanalista Amílcar Lobo nas torturas realizadas durante o período da ditadura, bem como pelo surgimento, no cenário fluminense, de “terapias alternativas” e da Psiquiatria Biológica<sup>373</sup>.

Segundo Russo<sup>374</sup> esta última vertente, objeto de nosso estudo, vem consolidando sua liderança no meio psiquiátrico nacional notadamente a partir dos anos de 1990. Todavia, a autora afirma que o cenário psiquiátrico do Rio de Janeiro deste período possui pelo menos mais duas linhas de trabalho que não apenas coexistem com a Psiquiatria Biológica como fazem frente a esta: a própria psicanálise e o que a autora denomina de psiquiatria “militante”, influenciada pelas propostas do movimento denominado Reforma Psiquiátrica<sup>375</sup>.

No Brasil, como nos Estados Unidos, os psicofármacos começaram a ser empregados na clínica psiquiátrica a partir dos anos de 1950<sup>376</sup>. Segundo Bueno<sup>377</sup> as primeiras substâncias a serem utilizadas foram o meprobamato e a talidomida. Nas décadas seguintes, passam a ser utilizados os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs), os tricíclicos, os sais de Lítio e os benzodiazepínicos. A partir da década de 1990 chegam ao Brasil os Inibidores da Recaptação de Serotonina (ISRS), recém-lançados nos Estados Unidos.

Segundo Rogério Azize<sup>378</sup>, a relação entre a indústria farmacêutica e o meio acadêmico psiquiátrico brasileiro se estreitou ao longo dos anos de 1990, transformando os Congressos Psiquiátricos em verdadeiros “Shopping Centers” de medicamentos. As

---

<sup>372</sup> FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Psicanálise dos Psicólogos no Rio de Janeiro dos anos 1970. *op.cit.*, p. 86.

<sup>373</sup> RUSSO, J. *O movimento psicanalítico brasileiro*. *op.cit.*, p. 421.

<sup>374</sup> RUSSO, J. Os três sujeitos da psiquiatria. *op.cit.*

<sup>375</sup> *Ibidem*.

<sup>376</sup> BUENO, Eduardo e TEITELBAUM, Paula. *História dos medicamentos no Brasil*. ANVISA, 2008; BUENO, J. R. O aspecto da psiquiatria biológica – Uma revisão histórica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. UFRJ: Rio de Janeiro. Maio/junho 1988. Vol. 37, n. 3, 1988, pp. 127-132.

<sup>377</sup> BUENO, J. R. O aspecto da psiquiatria biológica – Uma revisão histórica. *op.cit.*

<sup>378</sup> AZIZE, R. *A nova ordem cerebral: a concepção de ‘pessoa’ na difusão neurocientífica*. 281 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2010.

empresas farmacêuticas possuem desde então estandes nos quais anunciam os benefícios de seus medicamentos, bem como oferecem brindes e atividades para os médicos. Azize<sup>379</sup> destaca que os panfletos e estandes dos laboratórios faziam a associação entre as doenças psiquiátricas, como a depressão e transtornos de ansiedade, por exemplo, e doenças com marcadores biológicos bem delimitados. Para o autor<sup>380</sup>, esta constante referência à materialidade das doenças psiquiátricas, marcante no material publicitário dos psicofármacos, teria duas finalidades:

*(P)or um lado, os laboratórios participam de uma política para reduzir o estigma que cerca as doenças relacionadas ao cérebro/mente, construindo uma equivalência com outros males não (ou menos) estigmatizados através de comparações ou metáforas; por outro, a materialidade dos males serve ao objetivo comercial de divulgar um certo modelo de doença e tratamento, que conferiria critérios mais objetivos ao universo da saúde mental. Em síntese: para afirmar a realidade física dos males cerebrais/mentais, nega-se a eles explicitamente uma dimensão de ordem moral<sup>381</sup>.*

Se por um lado, Azize<sup>382</sup> constata que os ideais perpetrados pelo material publicitário das companhias farmacêuticas fazem parte de uma “estética do bem-estar e da qualidade de vida”, que compõe a ideologia da cultura ocidental moderna de modo mais amplo, por outro lado, o autor chama a atenção para o fato de que não se pode menosprezar a capacidade que as indústrias farmacêuticas possuem na multiplicação dessas ideias, quando estas atendem aos seus interesses.

Em 1996 é criado o primeiro documento para regulamentar a pesquisa com seres humanos no Brasil. A Resolução CNS 196/1996 é considerada um marco no contexto científico brasileiro, especialmente no se refere ao campo da saúde, e regulamentou a pesquisa com uso de psicofármacos em seres humanos. As suas diretrizes e normas se baseiam em princípios presentes em diversos documentos internacionais sobre ética em pesquisa com seres humanos, dentre eles a Declaração de Helsinque<sup>383</sup>, que apresentamos no capítulo 2. Segundo Guilhem e Greco:

---

<sup>379</sup> Ibidem, pp. 127-128.

<sup>380</sup> Ibidem.

<sup>381</sup> Ibidem, p.127.

<sup>382</sup> Ibidem, p. 127.

<sup>383</sup> GUILHEM, DIRCE; GRECO, Dirceu. “A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/Conep”. In DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Orgs). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: Letras Livres, Editora UnB, 2008, p. 96; GUILHEM, D.; DINIZ, D. *O que é ética em pesquisa*. São Paulo: Brasiliense, 2008.



*A Resolução CNS 196/1996 passou a ser o documento de referência para a revisão ética das investigações envolvendo seres humanos no Brasil. Além disso, ela definiu a criação e consolidação do sistema brasileiro de revisão ética das pesquisas – o Sistema CEP/Conep. No entanto, a estrutura normativa e legal do país é mais ampla, envolvendo, também, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), por meio das resoluções e leis da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio). Cada uma dessas instâncias assume responsabilidade específica a depender do tipo de protocolo de pesquisa que será avaliado (NISHIOKA, 2006)<sup>384</sup>.*

Contudo, a discussão se torna ainda mais complexa quando refletimos sobre o fato de o Brasil não possuir sua produção própria de medicamentos e sobre o fato de os medicamentos que são testados e utilizados em território nacional serem produzidos por indústrias internacionais – americanas, suíças, alemães etc. Além disso, a Psiquiatria Biológica que aqui se institucionaliza, ao longo dos anos de 1980 e 1990, é oriunda dos Estados Unidos. Desse modo, indagamo-nos sobre o modo como os psiquiatras brasileiros se apropriam da Psiquiatria Biológica norte-americana e seu tratamento medicamentoso: será que a posição da nossa Psiquiatria Biológica pode ser comparada à posição da tecnociência nos países com baixo investimento em P&D tal qual abordada por Latour<sup>385</sup>? Mais especificamente, o que pretendemos saber é se a apropriação da Psiquiatria Biológica pelos psiquiatras brasileiros possui autonomia na construção de *atos científicos*. Poderiam os psiquiatras brasileiros participar verdadeiramente da construção desses *atos*?<sup>386</sup> Este debate será empreendido ao logo deste e dos próximos capítulos.

Neste capítulo, especificamente, trataremos da criação e estruturação do Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro que consideramos ser um dos primeiros programas do Rio de Janeiro, e mesmo do Brasil, a institucionalizar a abordagem biológica da psiquiatria norte-americana surgida a partir da publicação do DSM-III em 1980. Para tanto, se faz necessário apresentar o contexto institucional no qual este Programa emerge. Assim, trataremos da história do IPUB, sua fundação e consolidação, a partir da história de alguns de seus diretores, devido às marcas particulares que cada gestão imprimiu na instituição, para em seguida abordar a história do Programa propriamente.

---

<sup>384</sup> GUILHEM, DIRCE; GRECO, Dirceu. *A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/Conep. op.cit.*, p.91.

<sup>385</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação*. São Paulo: UNESP, 2000, p. 274-275.

<sup>386</sup> *Ibidem*, p. 275.

### 3.1- O IPUB E SUAS DIREÇÕES

O Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi criado pelo Decreto-Lei n. 591, de 3 de agosto de 1938, localizando-se, então, na Praia Vermelha<sup>387</sup>. Sua criação foi o resultado da transferência para a Universidade do Brasil<sup>388</sup> do Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas que era parte do primeiro hospício brasileiro, nessa época chamado Hospício Nacional dos Alienados<sup>389</sup>.

*O Presidente da República, usando suas atribuições que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta: Art. 1º. Fica transferido para a Universidade do Brasil, e passará a constituir o seu Instituto de Psiquiatria, o Instituto de Psicopatologia pertencente ao Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. / Art. 2º. O Instituto de Psiquiatria se destinará ao ensino, e a direção dele ficará inerente à função do professor catedrático de clínica psiquiátrica./ Art. 3º. Revogam-se disposições em contrário<sup>390</sup>.*

A partir deste decreto, o Instituto de Psiquiatria passa a manter vinculação tanto com sua matriz originária, o Hospício Nacional dos Alienados, como com a Universidade do Brasil, sua nova sede. Esta dupla vinculação permitia a esta instituição tratar de pacientes advindos do hospício e, ao mesmo tempo, desenvolver atividades de pesquisa e ensino em torno do tema da doença mental.

Como Venâncio<sup>391</sup> nos mostra, este modelo de instituição psiquiátrica, baseado simultaneamente na assistência, ensino e pesquisa no qual o IPUB se sustentava era

---

<sup>387</sup> ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. *Anais do Instituto de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1942, n. 1, pp. 3-11.

<sup>388</sup> A Universidade do Brasil é denominada atualmente como Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A UFRJ foi criada no dia 07 de setembro de 1920, com o nome de Universidade do Rio de Janeiro. Em 1937, durante o Estado Novo, a Lei nº 452 define uma nova estrutura para a instituição que passa a então a se chamar Universidade do Brasil. A referida lei propunha a ampliação da instituição e incorporação de novas unidades. É em 1965 que a Universidade do Brasil passa a se chamar Universidade Federal do Rio de Janeiro. Informações obtidas no site da UFRJ: [http://www.ufrj.br/pr/conteudo\\_pr.php?sigla=HISTORIA](http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=HISTORIA) Data de acesso: 18/07/2013.

<sup>389</sup> O hospício foi criado em 1852, com o nome de Hospício Pedro II, numa clara deferência ao imperador. A partir da proclamação da República ele passa a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. Para mais informações: TEIXEIRA, M. O.L. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. *Cadernos IPUB*, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2000; MEDEIROS, Tácito de. Formação do Modelo Assistencial psiquiátrico no Brasil. 165f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Instituto de Psiquiatria, UFRJ, , Rio de Janeiro, 1977.

<sup>390</sup> Trecho do Decreto-Lei n. 591, transcrito por Henrique Roxo: ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. op.cit., p. 3.

<sup>391</sup> VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. 216f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1996, pp. 147-148; VENÂNCIO, A. Ciência

inspirado nos moldes do *Kaiser Wilhem Institut* de Munique<sup>392</sup>. O que vinha indicar a grande influência das proposições da psiquiatria alemã naquela instituição.

Desde o final do século XIX, as pesquisas na área da anatomia-patológica que embasavam o modelo da observação clínica estavam ganhando espaço no cenário psiquiátrico brasileiro. Estas concepções fisicalistas, inspiradas na psiquiatria alemã, se inseriam em um contexto no qual o ideário moral de inspiração francesa era predominante<sup>393</sup>.

O primeiro diretor do IPUB, Henrique de Brito Belford Roxo (1877-1969) alinhava-se justamente a vertente fisicalista alemã e se orgulhava de ter frequentado a Clínica Psiquiátrica de Heildberg e de Munique, onde se encontrava Émil Kraepelin, um dos maiores representantes da referida vertente<sup>394</sup>.

*Em Munich, tive ocasião de observar um grande Instituto, em que pesquisas das mais interessantes eram feitas.(...)Se eu conseguir obter para o nosso Instituto de Psiquiatria tudo quando pretendo, ficará ele o único capaz de se igualar ao de Munich nos tempos antigos*<sup>395</sup>

Henrique Roxo era psiquiatra e se formou em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1900, com a tese de doutoramento intitulada “Duração dos atos psíquicos elementares nos alienados”. Roxo se tornou catedrático de Clínica Psiquiátrica em 1921 e foi diretor do IPUB de 1938 a 1946. Durante sua gestão Henrique Roxo investiu fortemente em pesquisa:

---

Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Vol. 10, set.-dez. 2003.

<sup>392</sup> No entanto, o Instituto alemão realizava suas pesquisas de forma autônoma a qualquer Universidade, diferentemente do que ocorrera no IPUB atrelado à Universidade do Brasil. Para mais informações: ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, p. 6; VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, pp. 147-148; VENÂNCIO, A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *op.cit.*.

<sup>393</sup> MEDEIROS, Maurício. A Clínica Psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1948, pp.10-11; VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, pp. 147-148; VENÂNCIO, A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *op.cit.*, pp. 883-900.

<sup>394</sup> ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, pp. 5-6; VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, pp. 147-148; VENÂNCIO, A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *op.cit.*.

<sup>395</sup> ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, p. 6.

*Os assuntos escolhidos serão preferentemente aqueles que possam esclarecer pontos obscuros da psiquiatria, concorrer para que se disponha de um tratamento mais eficiente das psicopatias, comprovar as alterações bioquímicas que nestas existam, solucionar problemas obscuros da química biológica, demonstrar quais alterações anátomo ou histopatológicas existem nas doenças mentais*<sup>396</sup>.

O segundo diretor do IPUB foi Maurício de Medeiros (1885-1966). Ele era formado em farmácia (1903) e em medicina (1907) pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1929 tornou-se professor catedrático de patologia médica (1929-1933) e, em 1946, de clínica psiquiátrica (1946-1966) sucedendo Henrique Roxo. Foi diretor do IPUB durante os anos de 1946 a 1956. Conforme argumenta Venâncio<sup>397</sup>, Medeiros fazia referência às teorias psicanalíticas de Freud, Jung e Adler em seus trabalhos e salientava que as abordagens psicológicas não deviam ser ignoradas pelos psiquiatras, porém considerava que o tratamento da doença mental deveria se dar especialmente através do corpo.

Segundo Venâncio<sup>398</sup>, este tipo de abordagem conferida por Medeiros à psiquiatria representava muito mais uma formação erudita, presente entre os grandes catedráticos da época, do que uma intenção de aplicar preceitos psicológicos a clínica psiquiátrica.

É com o quarto diretor do IPUB<sup>399</sup>, José Leme Lopes (1904-1990) que os preceitos das abordagens psicológicas ganham espaço na clínica psiquiátrica. Leme Lopes institucionalizou os primeiros serviços de psicologia no IPUB. Natural do Rio de Janeiro, Leme Lopes se formou em medicina pela UFRJ em 1926. Em 1943 se tornou livre-docente de Clínica Psiquiátrica pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Foi professor catedrático da UFRJ (1956) e da Universidade Federal Fluminense (1954). Esteve à frente da direção do IPUB durante dois períodos: 1958 a 1966 e de 1970 a 1974<sup>400</sup>. Apesar de Leme Lopes se alinhar a vertente fisicalista/organicista da psiquiatria, ele foi o responsável pela criação em sua gestão do Serviço de Psicologia, Terapia Ocupacional e o Centro de Orientação à Infância e

---

<sup>396</sup> ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, p.9; VENÂNCIO, A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *op.cit.*, p.895.

<sup>397</sup> VENÂNCIO, A. Ciência Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *op.cit.*, p.896.

<sup>398</sup> *Ibidem*, p.896.

<sup>399</sup> Adatao Botelho (1895-1963): Foi diretor do IPUB de 1956-1958.

<sup>400</sup> BASTOS, Othon. Professor José Leme Lopes: mestre exemplar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (online), 2001; v. 23; n. 1, p. 36.

Adolescência<sup>401</sup>. Em sua segunda gestão foi criado o primeiro curso de pós-graduação em psiquiatria da instituição, que foi também a primeira pós-graduação na área do país, credenciada pelo MEC em 1970<sup>402</sup>.

É com o sexto diretor<sup>403</sup> do IPUB Eustachio Portella Nunes que a prática psicanalítica cresce no IPUB. Portella Nunes será diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) durante os anos de 1974 a 1986. Natural do Piauí, Portella Nunes se formou em Medicina pela Universidade do Brasil em 1953 e logo foi nomeado, pelo professor Maurício de Medeiros, como professor auxiliar do Instituto de Psiquiatria, em 1954 e, em 1958, se torna professor assistente do IPUB. Em 1974, passa para concurso de professor titular e, como era tradição, em seguida da aprovação no concurso assume a direção do Instituto de Psiquiatria<sup>404</sup>.

Portella Nunes<sup>405</sup> (1929- ), assim como seus predecessores na direção do IPUB, se enquadrava na figura do grande catedrático devido a sua grande erudição e conhecimento amplo acerca da clínica psiquiátrica. No entanto, diferentemente de seus predecessores ele não era apenas um conhecedor da psicanálise, mas era psicanalista propriamente e ampliou muito o uso desta terapêutica no Instituto de Psiquiatria. Além disso, expandiu a entrada de profissionais não-médicos na instituição.

Deste modo, em sua gestão, o IPUB passava a produzir a associação da psiquiatria com a psicanálise, por meio da união da assistência psiquiátrica tradicional com a utilização de preceitos psicoterápicos de orientação psicanalítica<sup>406</sup>. Segundo depoimento de Portella Nunes, houve neste período o receio de que ele transformasse o Instituto de Psiquiatria num instituto de psicanálise, o que jamais teria sido sua intenção:

*(...) Quer dizer, quando eu entrei para o instituto, para a direção do instituto, eu já estava fazendo psicanálise. E as pessoas pensavam que eu ia, vamos dizer, transformar o instituto num instituto de psicanálise. Mas eu mostrei que não era esse o meu objetivo. Meu objetivo era abrir o instituto para todas as possibilidades, inclusive*

---

<sup>401</sup> Informações obtidas nos arquivos da biblioteca do Instituto de Psiquiatria e nos seguintes artigos: BASTOS, Othon. Professor José Leme Lopes: mestre exemplar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (online), 2001; v. 23; n. 1, p. 36; S/A. In memoriam: José Leme Lopes (1904-1990). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 39, n. 4, junho/julho 1990, p. 156; VERSIANI, M. Professor José Leme Lopes (1904-1990). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.v. 39, n. 5, agosto/set 1990, p. 219.

<sup>402</sup> S/A. In memoriam: José Leme Lopes (1904-1990). *op.cit.*, p. 156.

<sup>403</sup> Entre as duas gestões de Leme e Lopes, Cincinato Magalhaes Freitas (? -?) assume a direção de 1966 a 1970.

<sup>404</sup> Entrevista concedida pelo Dr. Portella Nunes no dia 09/10/2013.

<sup>405</sup> Entrevista concedida pelo Dr. Portella Nunes no dia 09/10/2013.

<sup>406</sup> VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, p. 153-155.

*para a psicanálise. Eu inclusive era psicanalista. Mas absolutamente não pretendia que o instituto se transformasse num instituto de psicanálise*<sup>407</sup>.

Esta tendência alinhava-se com o “boom” psicanalítico que ocorria no cenário psiquiátrico brasileiro mais amplo e aumentava drasticamente a demanda por esta linha terapêutica. Outra proposta terapêutica bastante empregada no cenário psiquiátrico nacional deste período, a qual a gestão do Portella Nunes deu ênfase, foi a chamada Psiquiatria Comunitária. Nas palavras de Portella Nunes<sup>408</sup>:

*(...) foi quando começou a psiquiatria comunitária, quer dizer, já era, mais ou menos, uma direção praticada em outros hospitais. E no instituto, na minha época, eu dei um valor muito grande à psiquiatria comunitária. Quer dizer, era estender a psiquiatria fora dos âmbitos, vamos dizer, do prédio do Instituto de Psiquiatria. Dar um caráter mais comunitário (...)*<sup>409</sup>

No entanto, para Venâncio<sup>410</sup>, as medidas empregadas pela gestão de Portella Nunes para implementação da Psiquiatria Comunitária no instituto não chegaram a constituir um projeto nos moldes da Psiquiatria Comunitária propriamente dita.

Ainda segundo Venâncio<sup>411</sup>, a ênfase dada a Psiquiatria Comunitária e, especialmente, a abordagem psicanalítica durante a gestão de Portella Nunes não inviabilizava a existência no IPUB de práticas referentes a uma vertente da psiquiatria dita biológica. Para a autora, o emprego corrente de psicofármacos nos tratamentos parecia justamente assegurar uma certa “estabilidade” nos pacientes permitindo a implementação da terapêutica psicanalítica. Ao mesmo tempo em que era possível verificar que os representantes da vertente biológica não deixavam de absorver o conhecimento psicanalítico. Como afirma Venâncio<sup>412</sup>:

*Para além das vantagens financeiras que a psicanálise oferecia frente ao mercado de trabalho existente, os psiquiatras “biológicos” absorviam o conhecimento “psicanalítico”, na medida em que este não era incompatível com sua prática de tratar de forma eminentemente medicamentosa. Nesse sentido, não houve uma incompatibilidade entre tais terapêuticas, mas uma complementaridade que garantiu à psiquiatria a abertura*

---

<sup>407</sup> Entrevista concedida pelo Dr. Portella Nunes no dia 09/10/2013.

<sup>408</sup> Entrevista concedida pelo Dr. Portella Nunes no dia 09/10/2013.

<sup>409</sup> Entrevista concedida pelo Dr. Portella Nunes no dia 09/10/2013.

<sup>410</sup> VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, pp. 153-154.

<sup>411</sup> *Ibidem*, pp. 154- 155.

<sup>412</sup> *Ibidem*, pp. 154- 155.

*da possibilidade do doente mental levar uma vida extra-muros. Ainda que não se pretendesse uma transformação radical do modelo assistencial hospitalar, preconizava-se a possibilidade de saída da situação de internação, através de um tratamento ambulatorial, fundado na psicanálise e respaldado pelo uso corrente de psicofármacos<sup>413</sup>.*

Desse modo, vemos que ao longo da gestão de Portella Nunes diversas correntes psiquiátricas coexistiam e se desenvolviam no Instituto de Psiquiatria, ainda que a psicanálise e a psiquiatria comunitária tivessem se expandido na instituição. A gestão de Portella Nunes encerra suas atividades sem indicar sucessores, em meio a uma conjuntura de abertura política e maior liberdade da sociedade civil.

Neste momento Horácio Macedo<sup>414</sup> (1925-1999) assume o cargo de reitor da UFRJ. Eleito em 1985, ele foi o primeiro reitor brasileiro a ser eleito pela comunidade universitária<sup>415</sup>. O período de sua gestão (1985-1989) foi marcado pelo movimento de “democratização da Universidade”, que gerou por parte das associações de docentes, servidores e alunos, campanhas que propunham uma maior ligação da Universidade com a comunidade na qual esta estava inserida<sup>416</sup>.

No mesmo período, 1985, Rafaelle Infante (1950 – 1998) é eleito diretor do IPUB. Até este momento, havia a tradição de que aquele psiquiatra que fosse aprovado em primeiro lugar no concurso para professor titular seria necessariamente nomeado pelo reitor da UFRJ como diretor da instituição<sup>417</sup>. Infante rompe com esta tradição e não realiza concurso para professor titular, sendo eleito com votos dos funcionários da instituição – especialmente enfermeiros e outros profissionais não-médicos – e dos alunos.

---

<sup>413</sup> Ibidem, pp. 154- 155.

<sup>414</sup> Horácio Cintra de Magalhães Macedo nasceu no Rio de Janeiro, em 14 de outubro de 1925. Formou-se em Química Industrial pela Universidade do Brasil (hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro) em dezembro de 1947. Desde jovem militou na política. Horácio Macedo ensinou em diversas instituições, mas foi na UFRJ que Horácio Macedo teve destaque especial. Foi nomeado, em 1953, professor de Físico-Química da Escola Nacional de Química, e em 1964 foi promovido a Regente da cadeira. Ocupou sucessivamente vários cargos docentes, entre os quais, de 1982 a 1985, o de Decano do Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza (CCMN). Informações obtidas no site da UFRJ: [http://www.ufrj.br/pr/conteudo\\_pr.php?sigla=EX\\_REIT\\_HCMM](http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=EX_REIT_HCMM). Acesso em: 16/03/2014

<sup>415</sup> Informações obtidas no site da UFRJ: [http://www.ufrj.br/pr/conteudo\\_pr.php?sigla=EX\\_REIT\\_HCMM](http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=EX_REIT_HCMM). Data de acesso: 16/03/2014.

<sup>416</sup> Informações obtidas no site da UFRJ: [http://www.ufrj.br/pr/conteudo\\_pr.php?sigla=EX\\_REIT\\_HCMM](http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=EX_REIT_HCMM) Data de acesso:16/03/2014; VENÂNCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op.cit.*, p.155.

<sup>417</sup> Segundo o artigo segundo do Decreto-Lei de 1938 que cria o instituto a direção do instituto ficará a cargo daquele que assumir a função do professor catedrático de clínica psiquiátrica. Para mais informações: Trecho do Decreto-Lei n. 591, transcrito por Henrique Roxo em artigo intitulado Instituto de Psiquiatria. Referência: ROXO, Henrique. Instituto de Psiquiatria. *op.cit.* p. 3.

Raffaele Infante era psiquiatra e se formou em medicina em 1974 pela faculdade de Medicina da UFRJ. Realizou mestrado e doutorado no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Sheffield, na Grã Bretanha durante os anos de 1975-1979<sup>418</sup>. Foi diretor do IPUB de 1986 a 1994. A sua gestão encontrava-se afinada com o movimento de “democratização da Universidade” e acompanhava uma certa tendência deste período de considerar que a doença mental seria um produto do meio social. Infante destaca alguns dos principais objetivos de sua gestão no editorial do *JBP* de julho/agosto de 1987:

*A nossa gestão enquanto Diretor do Instituto de Psiquiatria tem tido, como objetivos maiores, a defesa da universidade pública brasileira, a articulação desta com as comunidades organizadas e, como consequência, a efetivação de projetos e de novas formulações no campo da cultura e da ciência.*<sup>419</sup>

Suas concepções terapêuticas estavam alinhadas com as proposições da Psiquiatria Comunitária e, do que, se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica. Assim, a ênfase do tratamento da doença mental estava direcionada para a dimensão social, buscando religar o doente mental a seu meio.

Segundo Venâncio<sup>420</sup>, a direção de Infante investia primordialmente na dimensão social do tratamento ainda que outras linhas de trabalho como a bioquímica, a biológica e a psicológica tivessem seu espaço na instituição. A área psicológica, especialmente, foi bastante ampliada e passou a incorporar novos modelos terapêuticos como a terapia ocupacional, por exemplo.

O investimento em pesquisa foi uma das prioridades desta gestão que criou o Centro Integrado de Pesquisas (CIPE) com o objetivo de conseguir novos financiamentos para as pesquisas do Instituto de Psiquiatria<sup>421</sup>. No que se refere à assistência, a nova direção passou a questionar a estrutura institucional considerada asilar e investir na construção de uma nova unidade assistencial: o Hospital-dia. O Hospital-dia é inaugurado na mesma data em que o Instituto de Psiquiatria comemora

---

<sup>418</sup> Estes dados foram coletados em documentos da biblioteca do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Vale destacar que segundo a central de informações do CNPq Infante não chegou a publicar nenhuma versão do Currículo Lattes tendo realizado apenas um pré-cadastro.

<sup>419</sup> INFANTE, Raffaele. A sociedade, a ação comunitária e a consolidação democrática das estruturas universitárias. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987. vol. 36, n. 4, pp. 207-208.

<sup>420</sup> VENÂNCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. *op. cit.*, pp. 147-148.

<sup>421</sup> INFANTE, RAFFAELE. O Instituto de Psiquiatria: passado, presente, futuro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 36, n. 1, 1987, p. 4.



seu 49º aniversário, em 3 de agosto de 1987. No editorial do *JBP* de setembro/outubro de 1987, Infante comemora o ocorrido e explica a importância do Hospital-dia:

*Na data de 3 de agosto, em que comemorou-se o 49º aniversário do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, não poderia ter havido melhor presente que a inauguração do Hospital-Dia Luiz Cerqueira. (...) A importância da abordagem do hospital-dia reside na possibilidade de, no seu bojo, introduzirem-se sistematicamente múltiplas atividades de socialização que, orientadas criticamente para a realidade de nosso meio, favorecem a maior vinculação de nossa clientela com a comunidade de origem e com os elementos constituintes da cultura.(...)*<sup>422</sup>

A implantação do Hospital-Dia (HD) se deu como alternativa aos outros modelos assistenciais vigentes no instituto até aquele momento: o ambulatório e as enfermarias<sup>423</sup>. Segundo Venâncio<sup>424</sup>, neste período o ambulatório passa a ser considerado um espaço desvirtuado do ideal comunitário proposto pela instituição devido a seu viés psicanalítico, sendo considerado excessivamente “individualista”, enquanto que as enfermarias eram consideradas um exemplo da permanência do modelo asilar devido ao uso de medidas de contenção dos pacientes, tratamento medicamentoso e ausência de perspectiva de saída dos pacientes.

Durante sua gestão, Infante assumiu o posto de editor do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, apesar de constar o nome do psiquiatra e psicanalista Jeremias Ferraz<sup>425</sup> como editor, nos créditos do *JBP*, e se incumbiu da responsabilidade de escrever os editoriais que abriam o *JBP* ao longo de todo o período em que esteve à frente da direção do Instituto<sup>426</sup>. Segundo depoimento de Jeremias Ferraz<sup>427</sup>, ele e Raffaele Infante trabalhavam juntos na editoração do *JBP*.

---

<sup>422</sup> INFANTE, Raffaele. Hospital-dia: uma nova proposta do Instituto de Psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987, v. 36, n.5, p. 265.

<sup>423</sup> Sobre a estruturação do Hospital-Dia no Instituto de Psiquiatria da UFRJ ver: VENANCIO, A. *Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*. *op.cit.*

<sup>424</sup> VENÂNCIO, A. *Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*. *op.cit.*, p.159.

<sup>425</sup> Jeremias Ferraz se graduou em medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora em 1970, fez especialização em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1971 e concluiu seu doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1995. Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Professor da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro. Informações contidas no currículo Lattes. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2067046483421511>. Data de acesso: 14/01/2014.

<sup>426</sup> O primeiro editorial do *JBP* feito por ele apresenta o seu discurso de posse, proferido em 10 de dezembro de 1985, e publicado no *JBP* em fevereiro de 1986 e seu último editorial data do número de Novembro-dezembro de 1993 período em que deixa a direção do instituto.

<sup>427</sup> Entrevista realizada com o Dr. Jeremias Ferraz em 17/02/2014.

Nestes editoriais Raffaele Infante costumava tratar de questões referentes a situação da psiquiatria brasileira na época, especialmente, aquelas concernentes as novas políticas de saúde mental, questões referentes a sua gestão no Instituto de Psiquiatria e, dedicou alguns editoriais, a tratar do próprio *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.

Enquanto Infante demonstrava um tom entusiasta quanto ao *JBP* e suas conquistas, dentre elas, a formação de uma comissão científica internacional durante o ano de 1991<sup>428</sup>, o psiquiatra Romildo Bueno (representante da vertente biológica da psiquiatria)<sup>429</sup>, que havia sido editor do *JBP* de 1969 a 1972, apresenta críticas à editoração deste período e a própria gestão de Infante de modo mais amplo em artigo publicado em 1998<sup>430</sup>. No referido artigo Bueno afirma:

*Ao final da década de 1970 [sic]<sup>431</sup>, julguei cumprida minha missão e passei a edição do JBP para o Prof. Márcio Versiani, que aprimorou ainda mais o jornal, criando novas seções e agilizando sua publicação. Foi o período em que o jornal passou a servir de referência nacional e internacional, sendo indexado em todos os órgãos especializados<sup>432</sup>.*

E continua:

*Entretanto... a já então Universidade Federal do Rio de Janeiro teve sua crise **infantil** de democratismo, **um novo reitor e um novo diretor do IPUB (em minúsculas mesmo!...)** assumiram as rédeas, afastando Márcio Versiani da edição. O JBP, de 1986 a 1993 foi perdendo suas características nacionais, passou a publicar editais e noticiários que não eram lidos por ninguém, a qualidade dos artigos foi baixando, baixando até desaparecer. Doíam-me os ossos e a alma ver tanto esforço pessoal e amor ao jornal serem progressivamente espoliados, jogados na lixeira; era como se o IPUB estivesse abdicando de sua liderança nacional e esquecendo suas obrigações de qualificar os melhores psiquiatras que pudesse<sup>433</sup>. (grifo nosso)*

Não é nossa intenção tratar da história do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* neste momento, pois abordaremos este tópico no capítulo seguinte. O que nos interessa é pontuar a tensão institucional que emerge no discurso de Bueno através da história do

---

<sup>428</sup> INFANTE, R. A consolidação do Jornal Brasileiro de Psiquiatria no plano internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 40, n. 8, 1991, p.391 e INFANTE, R. O Jornal Brasileiro de Psiquiatria em foco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 39, n. 6, Nov/Dez 1990, p. 283.

<sup>429</sup> BUENO, R. O Jornal Brasileiro de Psiquiatria. *Cadernos do IPUB: 60 anos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, pp. 185-188.

<sup>430</sup> *Ibidem*, pp. 185-188.

<sup>431</sup> Na realidade Romildo Bueno se refere ao início da década de 1970, pois ele foi editor do *JBP* até 1972, data em que Márcio Versiani assume a editoração do *JBP*.

<sup>432</sup> BUENO, R. O Jornal Brasileiro de Psiquiatria. *op. cit*, p. 187.

<sup>433</sup> *Ibidem*, p. 187-188.

*JBP*. Ao contrário de Bueno, nos editoriais do *JBP* Infante enaltece a grande importância e desenvolvimento da referida publicação durante sua gestão. Verificamos ainda que ao longo de todo o período em que Raffaele Infante esteve à frente do *JBP*, os artigos foram sempre heterogêneos podendo-se encontrar artigos representantes da vertente biológica, social, psicanalítica e outras. Além disso, o corpo editorial do *JBP* era composto por psiquiatras pertencentes a diferentes nichos do IPUB: Raffaele Infante era o Diretor Científico do *JBP*, enquanto que o psiquiatra de orientação psicanalítica, Jeremias Ferraz Lima era o editor oficial, os editores associados eram Eustachio Portella Nunes (vertente psicanalítica), Márcio Versiani (vertente biológica), João Romildo Bueno (vertente biológica) e Walderedo Ismael de Oliveira (vertente psicanalítica). Enquanto que a Comissão Editorial era composta por: Antônio Egídio Nardi (vertente biológica), Ceres El-Jack de Andrade (vertente social), Isabela Falcato Ribeiro (vertente psicanalítica), Jerson Laks (vertente biológica), Sandra Fortes (vertente social) e Theodor Salomão Lowenkron (vertente psicanalítica).

De qualquer modo, é possível perceber no editorial de jan/fev de 1987 do *JBP*, que Infante encontra resistências a sua gestão já em seu primeiro ano de mandato. Segundo Infante:

*(...) Entretanto, como já dizia há um ano, e esse tempo passado já é mais do que suficiente para pensarmos para frente, aqueles que infensos ao processo democrático persistem em ressentimentos e em resistências, não contra mim, mas contra nossa instituição, o único e renovado consolo que lhes posso dar é o de que lhes asseguro que não me esquecerei de morrer e que a Instituição é muito maior e mais importante que nós*<sup>434</sup>.

Segundo relatos de alguns médicos do IPUB, como o do psiquiatra Márcio Amaral<sup>435</sup>, a situação do IPUB não era boa quando da saída de Infante. Para Amaral<sup>436</sup>, a própria condição física da instituição estava degradada bem como a qualidade de seu atendimento. O psiquiatra Jorge Adelino<sup>437</sup>, que foi Diretor Clínico durante a gestão de

---

<sup>434</sup> INFANTE, R. O Instituto de Psiquiatria – passado, presente e futuro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987, v. 36, n. 1, pp. 3-4.

<sup>435</sup> Márcio Amaral é psiquiatra e professor adjunto do departamento de Psiquiatria e medicina legal da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Diretor clínico do Instituto de Psiquiatria (IPUB) sob a direção do professor João Ferreira (1998-2002). Vice-diretor e coordenador do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria.

<sup>436</sup> AMARAL, Márcio. “Procurando em tudo a dimensão humana!” In TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 71.

<sup>437</sup> Dr. Jorge Adelino se forma em Medicina em 1970 pela Universidade Federal Ingressou em 1971 na especialização do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e em 1974 se torna professor do Instituto de

Raffaele Infante, considera que, em termos administrativos, Infante realmente não teria “cuidado bem do Instituto”.<sup>438</sup>

Em 1994 chega ao fim a segunda gestão de Raffaele Infante e quem assume a direção é João Ferreira (1949-2008). A eleição que elegeu João Ferreira foi bastante conturbada, devido ao fato de Raffaele Infante ter decidido se candidatar a um terceiro mandato, o que não era tradição na instituição<sup>439</sup>. Havia um acordo tácito de que cada diretor da instituição só poderia se reeleger uma vez. Desse modo, a tentativa de reeleição de Infante soou para muitos profissionais do IPUB como uma espécie de golpe.

João Ferreira era psiquiatra e foi diretor de 1994 a 2002. Natural de São Luís do Maranhão, ele se formou pela Faculdade Nacional de Medicina em 1973. Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 1974) e em Psiquiatria (UFRJ, 1975), Mestre (1979) e Doutor (1985) em Psiquiatria e Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ, fez seu pós-doutorado no Instituto Mario Negri de Milão, na Itália (1991).

Ferreira já havia exercido diversas funções na instituição ao longo de sua carreira, mas como diretor, ele passa a ser reconhecido, especialmente, por seu empreendedorismo. Além de reformar as enfermarias, que segundo depoimentos de psiquiatras que trabalhavam no IPUB deste período<sup>440</sup>, teriam sido deixadas de lado pela gestão anterior, criou o Centro para Doença de Alzheimer e outros Transtornos Mentais na Velhice (CDA), transformou o hospital-dia em Centro de Atenção Diária, deu suporte a criação do Projeto de Estudos e Assistência ao Uso indevido de Drogas (PROJAD) e construiu diversos dos prédios que compõe o instituto atualmente. Em sua gestão ainda, o IPUB alcançou o posto de Centro de Excelência em Saúde Mental do SUS-RJ e Centro Colaborador em Saúde Mental para Ensino, Pesquisa e Treinamento em Serviço da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>441</sup>.

---

Psiquiatria. Conclui seu mestrado em 1976 no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Desde 1997 coordena o comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUB (CEP-IPUB) e é diretor do departamento de Psiquiatria e Medicina Legal do IPUB. Informações fornecidas em entrevista realizada dia 19/03/2014 e presentes no Currículo Lattes: Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5729373322501641>. Data de acesso: 26/03/2014.

<sup>438</sup> Entrevista realizada com o Dr. Jorge Adelino em 19/03/2014. Suas palavras exatas foram: “Administrativamente falando eu não acho que ele tenha cuidado bem do Instituto. Acho que não. O João cuidou melhor. O João cuidou bem melhor. O João tinha um tino administrativo bem maior.”

<sup>439</sup> Informação obtida em entrevista com o Romildo Bueno e Dr. Jeremias Ferraz. Respectivamente dias 16/01 e 17/02/ 2014.

<sup>440</sup> TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

<sup>441</sup> FILHO, J. F. da S. O Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ. *Cadernos do IPUB: 60 anos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, pp. 11-19; TAVARES, M. e FIGUEIREDO, C. e LEIBING, A. (org) *Por uma*

Em termos de linhas de trabalho, sua gestão foi marcada pela tentativa de transformação do modelo assistencial promovendo uma série de discussões teóricas e políticas acerca da Reforma Psiquiátrica<sup>442</sup>, sem, no entanto, deixar de apoiar outras vertentes como a biológica, a psicofarmacológica, a psicanalítica e outras que permaneceram atuantes no período de sua gestão, como demonstram os depoimentos de Serpa Jr.<sup>443</sup> e Julio Vertzman<sup>444</sup> acerca do contexto do IPUB durante a gestão de João Ferreira:

*O professor João Ferreira exigia de nós uma forma de contato permanente que não permitisse a estabilização de um corpo no campo da saúde mental. Sua atuação na direção do Instituto de Psiquiatria (IPUB) foi um exemplo marcante dessa forma de pensar. O IPUB é um microcosmo que representa de forma relativamente confiável o macrocosmo da saúde mental no Brasil. Há, na instituição, representantes, com projeção nacional de diversas correntes que disputam a hegemonia no campo, como a psiquiatria biológica e a psicofarmacologia, a psiquiatria pública e as políticas públicas de saúde mental, a epidemiologia e variadas correntes de psicoterapia; o IPUB possui em seus quadros membros e ex-membros da Associação Brasileira de Psiquiatria, gestores em diversos níveis da rede pública de assistência, diretores de conselhos profissionais e participantes de sociedades de psicanálise e psicoterapias<sup>445</sup>.*

A gestão de João Ferreira se encerra no ano de 2002 e, quem assume a direção a partir deste momento, é o psiquiatra de orientação biológica e coordenador do Programa de Ansiedade e Depressão Márcio Versiani (1947- ). Ele permanecerá no cargo de diretor de 2002 até 2009.

---

*psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

<sup>442</sup> ALVES, D. S. N. e SCHECHTMAN, A. “João Ferreira, ensino, militância e política de Saúde Mental”. In TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. op. cit., p. 51.

<sup>443</sup> Octavio Domont de Serpa Jr. é psiquiatra. Mestre e Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutor pelo Centre de Recherche en Épistémologie Appliquée. Professor adjunto e coordenador do laboratório de Psicopatologia e Subjetividade do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>444</sup> Julio Sergio Vertzman é psiquiatra e psicanalista. Mestre e Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Médico-supervisor do Instituto de Psiquiatria (IPUB) e coordenador do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica de Contemporaneidade (NEPECC), ambos da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>445</sup>SERPA, Jr, O. & VERTZMAN, J. Psicopatologia, Saúde Mental e futebol, ou o maestro do meio campo e a súmula do jogo. In TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. op. cit, p.88.

### 3.2- O PROGRAMA DO LÍTIO: RAÍZES

Podemos dizer que a história do Programa de Ansiedade e Depressão tem início em 1968, antes de sua fundação propriamente<sup>446</sup>, quando o psiquiatra Romildo Bueno cria um grupo de pesquisa para estudar lítio. O nome informal do grupo de estudos criado por Bueno era Programa do Lítio. Trataremos da história da consolidação do Programa do Lítio a partir da trajetória de seu fundador, por considerar que sua trajetória aponta para os caminhos que levaram a ascensão da psiquiatria biológica no Instituto de Psiquiatria da UFRJ e por ele ter exercido grande influência sobre Márcio Versiani, fundador e coordenador do Programa de Ansiedade e Depressão.

A nosso ver, Bueno e Versiani, representam a primeira geração de psiquiatras-pesquisadores representantes da vertente biológica da psiquiatria norte-americana no IPUB. Vale enfatizar que estamos nos referindo especificamente a esta psiquiatria biológica que se consolida nos Estados Unidos a partir da publicação do DSM-III em 1980, pois as linhas de pesquisa voltadas para o biológico sempre estiveram presentes no IPUB desde sua fundação, como pudemos perceber na primeira parte deste capítulo. Vale explicar que chamamos de psiquiatras-pesquisadores uma classe de psiquiatras que realizam pesquisa vinculada a universidade, especialmente, a pós-graduação.

Romildo Bueno fez parte da construção do primeiro curso de pós-graduação de psiquiatria do IPUB, que é um dos mais antigos do Brasil, e foi uma figura bastante atuante nesta área ao longo de toda a sua carreira<sup>447</sup>. Segundo Piccinini<sup>448</sup> não é possível tratar da história da pós-graduação de Psicanálise, Psiquiatria e Saúde Mental<sup>449</sup> do IPUB, criada em 1970 durante a segunda gestão de Leme Lopes<sup>450</sup>, sem falar de Romildo Bueno, tamanha a sua importância.

---

<sup>446</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 129. E entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014.

<sup>447</sup> PICCININI, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação em Psiquiatria no Brasil (parte III). Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0407.php>. Data de acesso: 19/11/2013.

<sup>448</sup> *Ibidem*.

<sup>449</sup> Em torno dos anos de 1998-1999 a pós-graduação em Psicanálise, Psiquiatria e Saúde Mental é fechada pela Capes devido a nota do programa ter sido rebaixada para 2. Posteriormente, quando é reaberta passa a se chamar pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. O termo Psicanálise é suprimido e a ênfase dos estudos da pós-graduação passa para os estudos da vertente biológica da psiquiatria.

<sup>450</sup> BASTOS, Othon. Professor José Leme Lopes: mestre exemplar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (online), 2001; v. 23; n. 1, p. 36; S/A. In memoriam: José Leme Lopes (1904-1990). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 39, n. 4, junho/julho 1990, p. 156; VERSIANI, M. Professor José Leme Lopes (1904-1990). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.v. 39, n. 5, agosto/set 1990, p. 219.

Romildo Bueno (1938- ) se graduou em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1963. Realizou sua residência no Instituto de Psiquiatria da UFRJ de 1963 a 1964. Era visto como discípulo do Leme Lopes<sup>451</sup>. Ele não realizou mestrado e concluiu seu doutorado em 1970, já sendo professor do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 1965<sup>452</sup>. Em seu doutorado estudou algumas substâncias que poderiam ter efeitos antidepressores. Sua tese intitula-se: “*Substâncias antidepressoras: possíveis mecanismos de ação*”<sup>453</sup> e não teve orientador. Assim, sua tese foi uma compilação de resultados de pesquisas que Bueno já vinha desenvolvendo no IPUB/UFRJ<sup>454</sup>. Segundo Bueno<sup>455</sup> quando os cursos de pós-graduação foram abertos no Instituto de Psiquiatria os psiquiatras professores que já realizavam pesquisas foram automaticamente alçados a categoria de doutores para que pudessem ministrar os novos cursos. Até aquele momento não era comum se realizar mestrado e, menos ainda, doutorado nesta área no Brasil.

Bueno possui uma trajetória profissional muito distinta dos pares de sua geração. Primeiramente, jamais fez formação psicanalítica o que durante os anos 60 e 70 era quase que obrigatório para um psiquiatra que pretendesse construir sua carreira no Rio de Janeiro<sup>456</sup>, e no IPUB, não era diferente. Segundo Bueno<sup>457</sup>, ele jamais fez formação psicanalítica por não considerar que esta fosse necessária para sua prática psiquiátrica. Em sua opinião houve uma “confusão” entre a psiquiatria e a psicanálise, que as tornaram indissociáveis durante os anos 60 e 70 no Brasil e, em outras partes do mundo, como os Estados Unidos e a Argentina<sup>458</sup>. Em suas palavras:

---

<sup>451</sup> Romildo Bueno em entrevista realizada no dia 16/01/2014.; e Piccinini, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação em Psiquiatria no Brasil (parte III). Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0407.php>. Data de acesso: 19/11/2013.

<sup>452</sup> Entrevista com o Prof. Dr. Romildo Bueno realizada dia 16/01/2014. Para mais informações sobre a constituição das pós-graduações em psiquiatria ver: Piccinini, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação em Psiquiatria no Brasil (parte I, II, III). Endereço eletrônico principal: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0407.php>. Data de acesso: 19/11/2013.

<sup>453</sup> BUENO, R. J. *Substâncias antidepressoras: possíveis mecanismos de ação*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro

<sup>454</sup> Informação concedida pelo psiquiatra Romildo Bueno em entrevista realizada no dia 16/01/2014.

<sup>455</sup> Informação concedida pelo psiquiatra Romildo Bueno em entrevista realizada no dia 16/01/2014.

<sup>456</sup> RUSSO, J. e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM-III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n.3, 2006, p. 462.

<sup>457</sup> Informação concedida pelo psiquiatra Romildo Bueno em entrevista realizada no dia 16/01/2014.

<sup>458</sup> Vale dizer que até hoje a psicanálise é forte na Argentina, mesmo entre os psiquiatras, e segundo argumenta Lakoff a mesma indústria farmacêutica que vende remédios psicotrópicos em diversas partes do mundo com argumento biológico, na Argentina, para conseguir se inserir num mercado dominado pela psicanálise utiliza argumentos sociais e psicológicos para vender justificar os transtornos psiquiátricos e tratamento medicamentoso. Informações obtidas em: LAKOFF, Andrew. *Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry*. New York: Cambridge University Press, 2005, pp.158-159.

*A psicanálise... o que houve foi que a partir de Adolph Meyer, em 42, nos Estados Unidos e aqui a partir da influência Argentina na década de 50, houve uma confusão entre psiquiatria e psicanálise. O sujeito para ser psiquiatra tinha que ser analisado. Todos os psicanalistas eram psiquiatras. Não podia não ser psiquiatra. Havia um imbróglio com as duas especialidades. O Márcio Versiani fez psicanálise. Eu sou o único no Rio, a única pessoa da época que não fez psicanálise. Nunca tive nada contra a psicanálise, tenho vários amigos psicanalistas, mas nunca senti necessidade para o exercício da psiquiatria de ser psicanalisado. Eu tenho, publiquei, fiz escalas com Leme Lopes, publiquei trabalhos de psicopatologia. Nunca me interessei por psicanálise, porque não me atraía, não era um desafio intelectual a psicanálise. (...) Aí, a partir da década de 80 a psicanálise começa a aceitar não psiquiatras para o exercício psicanalítico. Aí é que realmente se dá uma cisão.*

Além disso, desde o início de sua carreira, Bueno trabalhou com pesquisa acadêmica – vinculada a universidade e aos órgãos de fomento como Capes e CNPq. As suas pesquisas estiveram sempre voltadas para a área da psicofarmacologia – campo ainda em desenvolvimento quando do início de sua carreira. Seu primeiro trabalho nesta área de pesquisa data de 1962. Nas palavras de Bueno:

*O meu primeiro trabalho em psicofarmacologia data do tempo em que eu ainda trabalhava só em farmacologia junto com o professor Lauro Solero e dizia respeito aos efeitos psico-dislépticos alucinogênicos do LSD e dos derivados metilados da triptamina. Chama-se receptores triptamínicos, foi um trabalho que eu apresentei na Academia Brasileira de Ciências (...) Eu já era bolsista do Conselho Nacional de Pesquisa, então era um programa oficial.<sup>459</sup>*

Aliando a pesquisa farmacológica e a pesquisa psiquiátrica, Bueno se dividiu de 1961 a 1969 – com intervalos, pois foi para os Estados Unidos estudar e trabalhar neste meio tempo – entre o laboratório de farmacologia na Praia Vermelha e a vida de residente no Instituto de Psiquiatria.

*Então, entre 1961 e até 1969, eu trabalhei com uma perna na farmacologia, na praia vermelha, laboratório de farmacologia, comecei trabalhando com o professor Paulo de Carvalho, depois com o professor Lauro Solero e, ao mesmo tempo, eu era interno residente do Instituto de Psiquiatria com o professor Leme Lopes<sup>460</sup>.*

---

<sup>459</sup> Entrevista realizada dia 16/01/2014.

<sup>460</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014.



Bueno termina a sua residência em fins de 1964 e se torna professor do Instituto de Psiquiatria em 1965, indo logo em seguida trabalhar nos Estados Unidos no *Illinois States Psychiatric Institute*. Bueno explica como era seu trabalho no hospital e os motivos de sua rápida ascensão a chefe do ambulatório de pesquisa:

*(E)u fui para “ISPI” Illinois States Psychiatric Institute” e trabalhei no “Gainsburg State Missouri Hospital”. Fui chefe de uma enfermaria de pesquisa com 32 pacientes, que a gente estudava justamente a influência de metabólitos polimetilados da serotonina no desencadear de quadros delirante-alucinatórios de pacientes. Essa era a minha função matinal. Além da enfermaria nós tínhamos um ambulatório de pesquisa dentro do próprio hospital. Eu era o chefe do ambulatório. (...)Nessa época, a psiquiatria americana ainda era dominada pela psicanálise de Adolf Meyer, eles não sabiam nada de psicopatologia. Eu era um gênio perto deles. Tive uma formação de psiquiatria franco-germânica, a única pessoa no hospital inteiro, que tinha tido uma formação semelhante a minha era o meu chefe, com quem eu conversava Harold Himwich com quem num ano só eu publiquei 14 trabalhos<sup>461</sup>.*

Segundo depoimento do psiquiatra Jorge Adelino é depois da volta de Bueno dos Estados Unidos que ele passa a dominar o cenário da psicofarmacologia nacional, que desde os anos de 1950, possuía José Caruso Madalena (1916-2010)<sup>462</sup> como principal representante:

*Aí chegou o Romildo e tomou o lugar do Madalena, o Madalena deixou de ser procurado pelos laboratórios e aí passou se ser o Romildo procurado pelos laboratórios. Porque o Romildo tinha acabado de chegar dos Estados Unidos, onde ele fez uma super formação com um pesquisador famosíssimo chamado Himwich. E o Romildo ficou lá não sei quando tempo, dois, três anos...Aí quando o Romildo estava chegando o José Caruso Madalena estava se aposentando (...) Aí o Romildo tomou conta do cenário nacional da psicofarmacologia. Não havia Congresso, Reunião, Simpósio, o diabo que fosse no Brasil de psicofarmacologia para o qual o Romildo não fosse chamado<sup>463</sup>.*

---

<sup>461</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014.

<sup>462</sup> José Caruso Madalena era psiquiatra. Trabalhou boa parte da sua vida na Casa de Saúde Dr. Eiras onde chegou ao cargo de Diretor e Presidente. Fundador do Centro de Estudos da Casa de Saúde Dr. Eiras, ocupou várias funções até chegar a presidência. Junto com Isaias Paim foi redator da Revista de Psiquiatria, importante revista psiquiátrica dos anos 60 e 70. Foi Professor Assistente de Psiquiatria na Faculdade Nacional de Medicina, atual Faculdade de Medicina da UFRJ e professor de inúmeras outras faculdades. Informações contidas em: BUENO, J. R.; PICCININI, W. José Caruso Madalena(196-2010). In: *Psychiatry on line*. vol. 16, n.1, jan/2011. Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano11/wal0111.php> Data de acesso: 22/03/2014.

<sup>463</sup> Entrevista realizada com o Dr. Jorge Adelino em 19/03/2014.

É no contexto de sua volta dos Estados Unidos, que Bueno funda no IPUB um programa de pesquisa com lítio. Até aquele momento o lítio era uma substância pouco conhecida no Brasil e que ainda estava sendo investigada no cenário internacional. Nas palavras de Bueno:

*Aí quando eu cheguei dos Estados Unidos tanto o professor Leme Lopes quanto o professor Lauro Solero me apoiaram, me estimularam e eu fundei, porque eu ganhei, recebi como doação um fotômetro de chama para poder dosar lítio. Então, foi o primeiro grupo de estudos organizado no Brasil foi em 1968, foi o grupo do lítio. Que era um programa de depressão e doença bipolar. Naquela época se chamava doença...psicose maníaco-depressiva. **Que é o embrião do restante dos grupos depois**<sup>464</sup>.*

O nome informal deste grupo de pesquisa fundado em 1968 era “Programa do Lítio”, mas segundo Bueno, estava registrado oficialmente no CNPq como, Projeto de Pesquisa em Psicofarmacoterapia: a) Efeito do Carbonato de Lítio; b) Efeito de outros agentes terapêuticos<sup>465</sup>. Para conseguir a substância Bueno comprava o sal de lítio com grau de pureza e o farmacêutico do Instituto Philippe Pinel produzia comprimidos de 250mg. Bueno explica como era feito:

*(E)ra um produto de farmacopeia...basta ter um farmacêutico responsável, você compra o sal de lítio, eu comprava o sal de lítio pró-análise, com grau de pureza... e o farmacêutico responsável do hospital Pinel fazia os comprimidos de 250mg. E a gente dava para os pacientes. Era de graça. Tudo era feito com verba do CNPq<sup>466</sup>.*

Neste Programa do Lítio o financiamento das pesquisas vinha tanto da universidade e dos órgãos de fomento, CNPq e CAPES, como da indústria farmacêutica. Bueno explica como os financiamentos funcionavam:

*Nós tínhamos acesso a medicações pelo Instituto de Psiquiatria, porque o Instituto tinha uma farmácia própria. Então, comprava as medicações. Então, vamos dizer assim, a cesta básica era garantida pelo Instituto e as substâncias de pesquisa pelas instituições que estavam interessadas em fazer a pesquisa. Às vezes eram fundações, às vezes eram laboratórios farmacêuticos, às vezes eram mistas<sup>467</sup>.*

---

<sup>464</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014 (grifo nosso).

<sup>465</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014.

<sup>466</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014.

<sup>467</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014.

Segundo Bueno, neste primeiro momento os laboratórios não pagavam pelos serviços prestados, mas forneciam materiais ou financiavam viagens de trabalho. Nas palavras de Bueno o que ocorria com os laboratórios era uma espécie de permuta:

*O financiamento era muito errático. Às vezes o financiamento significava você fazer uma pesquisa e o laboratório te levava para um Congresso Americano de Psiquiatria e passava sete dias. Às vezes o laboratório te levava para participar de um grupo de pesquisa, uma reunião de pesquisa internacional, estudos multicêntricos (...) Não havia muito dinheiro envolvido. Era muita troca de favor. As pesquisas começam a ser financiadas na década de 80<sup>468</sup>.*

Na visão de Bueno, é a partir da década de 1980 que as pesquisas psicofarmacológicas e a relação com os laboratórios se tornaram mais institucionalizadas no Brasil. Neste mesmo período, mais especificamente, entre 1982 e 1984 o Programa do Lítio se subdivide em outros três programas: um programa voltado para farmacoterapia, outro para ansiedade e depressão e outro de eletroencefalografia digital e mapeamento cerebral<sup>469</sup>. Para Bueno, esta divisão do Programa do Lítio ocorreu devido a um processo natural de crescimento. Márcio Versiani, que já trabalhava com ele no Programa do Lítio, desde 1971, e foi seu orientando de mestrado e doutorado, é o responsável pela fundação do Programa de Ansiedade e Depressão:

*(O) Programa do Lítio se expande para criar o ambulatório de depressão que depois passa para ansiedade e depressão e aí, sim, graças a insistência, a persistência e a teimosia do Márcio Versiani, porque ele investiu nisso, ele formou uma equipe. Equipe hoje que tem professores titulares no Rio de Janeiro, fora do Rio de Janeiro, tem professores adjuntos no Rio, em Niterói, tudo formação desta teimosia do Márcio. E, é claro, sendo eu, um apoiador do Márcio desde os tempos de residente dele, é claro que eu apoiava tudo. Sempre acreditei piamente na capacidade do Márcio, nunca tive nenhum problema de relacionamento com o Márcio<sup>470</sup>.*

Desse modo, Romildo Bueno passou a coordenar o Programa de Psicofarmacoterapia, Roberto Airthon Marques Piedade<sup>471</sup>, que já trabalhava no

---

<sup>468</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014 (grifo nosso)

<sup>469</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014.

<sup>470</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014. (grifo nosso)

<sup>471</sup> Possui graduação em Medicina pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (1971), Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977) e Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Programa do Lítio e foi orientado no mestrado e doutorado por Bueno, passa a coordenar o Programa de Eletroencefalografia Digital e Mapeamento Cerebral, enquanto Márcio Versiani coordenava o Programa de Ansiedade e Depressão. E, Márcio Versiani e Romildo Bueno, trabalhavam como pesquisadores “comuns” no programa um do outro.

### 3.3- PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

O Programa de Ansiedade e Depressão é criado em 1984. O objetivo deste Programa é a realização de pesquisa acerca dos transtornos mentais com ênfase na delimitação diagnóstica destes e seus respectivos tratamentos farmacológicos, possuindo a orientação da vertente biológica norte-americana desde sua fundação. Durante o período estudado, o financiamento de suas pesquisas era proveniente da própria Universidade, dos órgãos de fomento como a Capes e o CNPq e dos laboratórios farmacêuticos<sup>472</sup>.

Em artigo publicado pela equipe do Programa no *JBP* em 1993 a história e os objetivos do Programa de Ansiedade e Depressão são apresentados a partir das modificações ocorridas no campo psiquiátrico durante os anos de 1980. Para o grupo de pesquisadores do Programa,<sup>473</sup> os diagnósticos, a pesquisa e o tratamento dos

---

Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Chefe desde 1988 do Laboratório de Eletroencefalografia Quantitativa e Integração Sensorio-Motora do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Informações retiradas de seu Currículo Lattes. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8757588706957615>. Data de acesso: 24/01/2014.

<sup>472</sup> Segundo Bueno no momento de fundação do Programa de Ansiedade e Depressão, o Rio de Janeiro encontrava-se “mais adiantado” que São Paulo no que se refere à institucionalização da vertente biológica da psiquiatria. E o Programa de Ansiedade e Depressão pode ser considerado grande responsável por esse cenário. Ainda segundo Bueno, eles recebiam pesquisadores de diversas regiões do Brasil, inclusive de São Paulo naquele momento. No entanto, atualmente o cenário se modificou e São Paulo, especialmente o núcleo de pesquisa em psiquiatria da USP, coordenado pelo psiquiatra Valentim Gentil, se tornou a maior referência na área do Brasil. Valentim Gentil encontra-se numa geração intermediária entre Bueno e Versiani e suas trajetórias profissionais se entrecruzam em diversos momentos de suas carreiras. Informações fornecidas pelo psiquiatra Dr. Romildo Bueno em entrevista realizada dia 16/01/2014. Valentim Gentil Filho é formado em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1970), Ph.D. (Doutorado) pelo *Institute of Psychiatry*, Universidade de Londres (1976), Livre-Docente em Psiquiatria (1987) e Professor Titular de Psiquiatria pela FMUSP (1994). Foi docente do Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Biomédicas da USP (1971-1986) e presidiu o Conselho Diretor do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (1994-2006), do qual é membro permanente. Foi Chefe do Departamento de Psiquiatria da FMUSP (1992-1996 e 2008- 2010) e Visiting Professor do Institute of Psychiatry, Kings College (Londres). Endereço para acessar este CV de Valentim Gentil: <http://lattes.cnpq.br/9771743515214749>. Data de acesso: 20/01/2014.

<sup>473</sup> VERSIANI, Márcio; NARDI, Antônio; FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ, Mauro; VENTURA, Paula; SABOYA, Eloisa; PINTO, Sandra. Programa de Ansiedade e Depressão do

transtornos mentais teriam passado por uma revolução científica nos anos de 1980, o que teria propiciado a criação de estudos baseados em um “modelo médico moderno” e, seria a partir deste modelo, que o Programa trabalharia:

*O diagnóstico, pesquisa e tratamento dos transtornos de ansiedade ou depressão entraram na década de 80 no que se pode chamar de uma revolução científica, segundo T. Kuhn. Antes, vistos como manifestações inespecíficas causadas por diferentes fatores, mas sem delimitação clínica precisa, passaram a ser estudados de acordo com **um modelo médico moderno**. Isto é, definidos segundo critérios clínicos objetivos, operacionais e, **na medida do possível, ateóricos**<sup>474</sup>.*

Desse modo, as pesquisas do Programa teriam por objetivo identificar os transtornos psiquiátricos, “passíveis de diagnóstico claro, com repercussões terapêuticas significativas e, idealmente, *validade científica*”<sup>475</sup>.

Em artigo publicado em 1998 no caderno comemorativo dos 60 anos do IPUB, Versiani, detalha com maior precisão os objetivos das pesquisas do Programa. Ele afirma que as pesquisas visam “(...) estudar os transtornos afetivos lato sensu, isto é, transtornos de ansiedade e depressão relativos a: diagnóstico, fenomenologia, demografia, história familiar, resultados e respostas a tratamentos farmacológicos, comorbidade, morbidade no passado (psiquiátrica), relacionamento com transtornos de personalidade, aferições, traços sócio-culturais, distinções do “normal”, indicações para tratamento e demarcação de outros transtornos psiquiátricos”<sup>476</sup>.

A partir destes estudos, o Programa pretendia construir uma base de dados que permitisse a validação não apenas dos diagnósticos psiquiátricos estudados, mas também de seus respectivos tratamentos farmacológicos<sup>477</sup>. Segundo Versiani<sup>478</sup> isso seria realizado:

*Através do aperfeiçoamento do processo de elaboração de protocolos, bem adequado para a avaliação dos efeitos das drogas nos pacientes com transtornos afetivos, aplicados em vários ensaios, com diferentes fármacos, com amostras clínicas homogêneas, contribuindo com*

---

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. UFRJ: Rio de Janeiro, vol. 42, n.2, 1993, pp. 61-62.

<sup>474</sup> Ibidem, p. 61. (grifo nosso)

<sup>475</sup> Ibidem, p. 61. (grifo no original)

<sup>476</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 129.

<sup>477</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *op.cit.*, p. 129.

<sup>478</sup> Ibidem, p. 129.

*orientações relevantes e práticas para o tratamento farmacológico apropriado destes pacientes*<sup>479</sup>.

Para alcançar os objetivos acima descritos o Programa investiu na divulgação de suas pesquisas através de meios de comunicação de massa e de comunicação científica. Através destes mesmos meios de comunicação colocavam anúncios para convocar “pacientes adequados” para a pesquisa clínica<sup>480</sup>. Octávio Serpa Jr<sup>481</sup>, psiquiatra do IPUB, faz um relato, como observador externo, acerca da relação entre o Programa de Ansiedade e Depressão e a mídia:

*(E)les tinham uma coisa que na época era muito nova aqui no Instituto que era uma certa relação, uma procura pelos veículos da mídia para divulgar o Programa, a pesquisa e com isso captar esses pacientes. Então, as pessoas procuravam mesmo, muito ativamente o Programa, porque o Programa tinha uma visibilidade. Foi um certo marco inicial disso que hoje é supercomum da mídia publicar artigo sobre determinada substância, tinha página de ciência do jornal. Então, isso acontecia muito frequentemente*<sup>482</sup>.

Os pacientes que procuravam o Programa para participar das pesquisas passavam por uma seleção a fim de avaliar se o seu perfil diagnóstico era adequado à pesquisa que estivesse sendo realizada. Cada pesquisa possuía sua própria metodologia e, conseqüentemente, requisitos específicos para inclusão e exclusão do paciente. Como vimos no capítulo 2, os transtornos psiquiátricos não possuem marcadores biológicos, assim, a demarcação do diagnóstico era realizada a partir da metodologia descritiva dos sintomas dos mesmos, proposta pelo DSM-III e suas sucessivas edições, e por instrumentos que pretendiam dar maior precisão a intensidade dos sintomas. Os instrumentos utilizados pelas pesquisas do Programa eram principalmente entrevistas semi-estruturadas (SCID-1), Escala de Impressões Clínicas Globais (CGI)<sup>483</sup>, Escala de Hamilton para Depressão<sup>484</sup>, Escala de Hamilton para Ansiedade, Escala Y-BOCS para sintomas obsessivos compulsivos<sup>485</sup>, Escala Liebowitz para Fobia Social, Escala de

---

<sup>479</sup> Ibidem, p. 129.

<sup>480</sup> Ibidem, p. 130.

<sup>481</sup> Octávio Serpa Jr. nunca foi membro do Programa de Ansiedade e Depressão, mas construiu toda a sua trajetória profissional no IPUB. Ele trabalha no IPUB desde 1986, quando fez residência na instituição e desde então jamais esteve desvinculado dela.

<sup>482</sup> Entrevista realizada com o prof. Dr. Octávio Serpa Jr. dia 22/08/2013.

<sup>483</sup> ANEXO 3

<sup>484</sup> ANEXO 4

<sup>485</sup> ANEXO 6

Sheehan<sup>486</sup> entre outros. Todas estas escalas possuem um certo padrão em seu funcionamento. Elas apresentam uma lista de características sintomáticas associadas a patologia que se pretende avaliar e cada uma dessas características constitui um item que deve ser marcado com um escore – que normalmente varia de 0 a 4 – de acordo com a intensidade relatada pelo paciente do sintoma sentido por ele. Ao final estes escores devem ser somados e o resultado final indicará se a pessoa possui a patologia analisada ou não de acordo com as medidas da escala. Por exemplo, para a escala de Hamilton para Depressão com 17 itens – ela pode ter 21 itens também – os valores finais podem variar de 0 a 52. Na prática atual aceita-se que escores com mais de 25 pontos caracterizam pacientes gravemente deprimidos; escores entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimido, e escores entre 7 e 17 pontos, pacientes com depressão leve<sup>487</sup>.

Os pacientes do Programa eram avisados sobre o funcionamento da pesquisa e sua participação de forma oral, sem documentação escrita<sup>488</sup> – durante os primeiros doze anos de existência do Programa não havia exigência de termo de consentimento escrito para pesquisa com seres humanos, que passa a vigorar no país a partir de 1996<sup>489</sup>. Aqueles que não fossem selecionados para as pesquisas recebiam tratamento no ambulatório do próprio Programa, podendo eventualmente vir a ser selecionados para uma outra pesquisa na qual seu perfil diagnóstico se enquadrasse<sup>490</sup>.

Os resultados das pesquisas do Programa eram regularmente publicados em periódicos nacionais e internacionais<sup>491</sup>, o que demonstra uma grande atualização

---

<sup>486</sup> ANEXO 5

<sup>487</sup> GALLUCCI NETO, José; CAMPOS Jr., Miguel Siqueira, HUBNER, Carlos Von Krakauer. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): 40 anos de sua utilização. *Revista da Faculdade de Ciência Médica de Sorocaba*, v. 3, n. 1, 2001, pp. 10-14.

<sup>488</sup> Segundo Ana Beatriz Edler (psiquiatra que trabalhou no Programa de Ansiedade e Depressão durante os anos de 1989-1991) e Romildo Bueno (psiquiatra e professor do IPUB que participava das pesquisas do Programa durante o período por nós estudado) afirmam que os pacientes eram avisados sobre o funcionamento da pesquisa antes que esta fosse iniciada. Fonte: Entrevista realizada com a Dr. Ana Beatriz Edler em 05/10/2013 e Entrevista realizada com o prof. Dr. Romildo Bueno.

<sup>489</sup> Para mais informações sobre a Resolução 196/96 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil ver site do Ministério da Saúde: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm), data de acesso: 20/01/2014.; Para mais informações sobre a Resolução 196/96 recomendamos: GUILHEM, DIRCE; GRECO, Dirceu. “A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/Conep”. In DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Org). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008, pp.87-122.

<sup>490</sup> Informação concedida em entrevista realizada dia 05/10/2013 pela psiquiatra Ana Beatriz Edler que trabalhou no Programa de Ansiedade e Depressão durante os anos de 1989 a 1991. E confirmada por Romildo Bueno em entrevista concedida em 16/01/2014. Romildo Bueno participava das pesquisas do Programa de Ansiedade e Depressão durante o período por nós estudado (1984-1998).

<sup>491</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *op.cit*, p. 130.

quanto às normas atuais da pesquisa acadêmica nas quais o número de publicações em revistas da área servem como forma de valorização e validação das pesquisas - e dos pesquisadores.

Além disso, os resultados das pesquisas costumavam ser publicados em nome do conjunto dos pesquisadores envolvidos, alternando-se o nome do primeiro autor, sem que o nome do coordenador do Programa ou de qualquer outro membro seja privilegiado em relação aos demais. Deste modo, vemos que os créditos da pesquisa são distribuídos de forma bastante equivalente entre os pesquisadores do Programa, como se fossem um corpo único. Este tipo de pesquisa e de publicação de pesquisa está na base das pesquisas das ciências de laboratório e parecem servir de exemplo para as pesquisas que embasam o DSM-III e suas sucessivas edições, que por sua vez, são pesquisas que servem de referência para o Programa de Ansiedade e Depressão.

Vale destacar, que apesar do DSM- III, e suas sucessivas edições, afirmarem que as bases de suas pesquisas são a-teóricas, estamos de acordo com Manoel Olavo Teixeira<sup>492</sup> quando este argumenta que ao se propor a lidar apenas com a observação das evidências empíricas, partindo de casos particulares para a construção de categoriais generalizáveis, o DSM-III e suas sucessivas edições, encontram-se apoiados no método empírico-indutivo, ao qual não fazem a devida referência.

Seguindo esta linha de raciocínio o que vemos ser empregado nas pesquisas do Programa publicadas na Série Psicofarmacologia, é o método empírico-dedutivo, que simplificadamente, podemos dizer que faz o caminho inverso do empírico indutivo, partindo de premissas gerais para as particulares<sup>493</sup>. Ou seja, partindo das categorias diagnósticas gerais presentes no DSM-III, e suas sucessivas edições, para análise de casos ou de grupo de casos clínicos pesquisados ou atendidos pelo Programa. Neste sentido, estamos de acordo com Romildo Bueno<sup>494</sup> quando este afirma que o método que embasa as pesquisas do Programa é o que ele chama de “lógico-dedutivo”:

*Nossa abordagem teórico-metodológica...O nosso modelo é o modelo de lógica dedutiva. Nós usamos o método da lógica dedutiva. Nós trouxemos para o Brasil...Eu trouxe para o Brasil durante três anos seguidos o professor Max Hamilton, autor das escalas de ansiedade e depressão utilizadas até hoje. Para dar aula de método científico no insipiente curso de mestrado do Instituto de Psiquiatria. Ele esteve*

---

<sup>492</sup> TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. O método empírico indutivo e suas relações com a psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 44, n. 12, 1995, pp. 605-615.

<sup>493</sup> Ibidem, pp. 607.

<sup>494</sup> Entrevista realizada com o Psiquiatra Romildo Bueno no dia 16/01/2014.



*aqui em 73,74,75. (...)A gente utilizava instrumentos baseados na lógica dedutiva. Então, eu não posso dizer que sou a-teórico<sup>495</sup>.*

Um exemplo da utilização do método “empírico dedutivo” ou “lógico dedutivo” presente na Série, dentre outros que analisaremos nos capítulos seguintes, é o do artigo publicado em fevereiro de 1994, que se intitula: “*Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos*”<sup>496</sup>. Neste artigo os autores procuram avaliar a estabilidade do diagnóstico de Fobia Social em dois casos clínicos atendidos no Programa. Assim, procura-se a partir das categorias diagnósticas presentes no DSM-III e DSM III-R, enquadrar e avaliar as manifestações sintomáticas das duas pacientes atendidas.

Segundo Bueno<sup>497</sup>, no momento em que o Programa de Ansiedade e Depressão é fundado, a psiquiatria biológica e os vínculos com os laboratórios encontram-se mais consolidados do que durante a existência do Programa do Lítio. Desse modo, os laboratórios passam a participar das pesquisas de três formas: pagavam por cada paciente que participasse da pesquisa – caso o paciente desistisse no meio da pesquisa, o laboratório pagava do mesmo modo; forneciam um determinado serviço que a pesquisa exigisse – exame de sangue, eletroencefalograma etc –; ou faziam as permutas que já eram frequentes durante a existência do Programa do Lítio – levavam os psiquiatras para algum Congresso no exterior ou reunião. Bueno<sup>498</sup> explica como isto se dava:

*Os projetos tinham financiamento CNPq, Capes que garantia a bolsa do pessoal envolvido. O instituto, a universidade, a faculdade de medicina garantia o pessoal básico. O instituto dava o laboratório para fazer os testes. Tinha que acompanhar as pesquisas com teste sanguíneo etc. E, eventualmente, a gente com paciente internado não tinha problema porque os eletrocardiogramas eram feitos no hospital e eram enviados para análise lá no hospital do fundão. Agora pesquisa de ambulatório... alguns pacientes faziam eletrocardiograma, eletroencefalograma...Eletrocardiograma no próprio instituto, eletroencefalograma fazia no Fundão. Outros achavam o fundão muito longe, aí o laboratório contratava uma*

---

<sup>495</sup> Entrevista realizada com o Psiquiatra Romildo Bueno no dia 16/01/2014.

<sup>496</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.2, fevereiro de 1994, pp. 55-61.

<sup>497</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>498</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

*equipe de eletroencefalografista, que a gente mandava o paciente com uma senha e ele fazia os exames lá*<sup>499</sup>.

Bueno<sup>500</sup> afirma ainda que muitas vezes os laboratórios enviavam projetos prontos para que fossem aplicados no IPUB. São os chamados estudos multicêntricos. Como vimos no capítulo 1, estes estudos têm o seu projeto desenhado por uma equipe de pesquisadores contratada por um determinado laboratório e a partir do momento que o projeto fica pronto é distribuído para ser realizado em diferentes centros de pesquisa ao longo do mundo. Bueno participou do desenho de alguns destes projetos, que eram sempre feitos em grupo, contavam com a participação de pesquisadores do mundo todo e costumavam ser produzidos nos Estados Unidos. Bueno explica como se dava a construção destes projetos:

*A gente tinha uma tese central multicêntrica. Eu participava...eu participei de desenho de projeto de pesquisa para laboratório. Saí daqui fui para Halford em Connecticut, bolamos o projeto todo, e escolhemos, vamos fazer tal parte neste lugar, tal parte naquele lugar. Fizemos uma parte até em Istambul*<sup>501</sup>.

E continua:

*Por exemplo, trazia-se...vou citar só instituições porque senão posso me esquecer de algum nome...trazia-se gente do Karolinska, Suécia; gente da Salpêtrière e do Santana de Paris; do Instituto de Psiquiatria do Bento Harm de Londres, dos laboratórios...[troca as palavras] dos Hospitais Suíços, principalmente os vinculados à área de depressão. Então, a gente se reunia em qualquer lugar do mundo. (...)Normalmente era nos Estados Unidos porque eles tinham mais dinheiro para bancar as viagens*<sup>502</sup>.

O pagamento dos psiquiatras envolvidos nestes projetos era feito através de um “fee”, “uma espécie de pagamento por serviço prestado. Não era...não tinha compromisso com o laboratório<sup>503</sup>”. Ainda segundo Bueno<sup>504</sup>, os laboratórios não participavam das reuniões diretamente, nem influenciavam os resultados das pesquisas.

Para Bueno<sup>505</sup>, este modo de atuação dos laboratórios simultaneamente em vários países, com forte investimento de capital em pesquisa e interligando vários centros de excelência na área ao longo do mundo foram fatores determinantes para a

---

<sup>499</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>500</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>501</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>502</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>503</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>504</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>505</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

rápida internacionalização da Psiquiatria Biológica. Para ele, “sem os laboratórios (a rápida internacionalização da Psiquiatria Biológica) seria impossível. (...) Claro que eles tiveram muito lucro com isso. Eles são uma empresa, uma indústria, tem acionistas.”<sup>506</sup> Bueno acredita que a relação indústria-universidade é indissociável até o momento atual. Em suas palavras: “A contribuição universitária-acadêmica-indústria é indissolúvel no momento (...) os custos são muito altos.”<sup>507</sup>”

Márcio Versiani também mantinha relações estreitas com a indústria farmacêutica. Ele, juntamente com o psiquiatra Jorge Alberto Costa e Silva<sup>508</sup>, foi o principal responsável por trazer o Frontal, um benzodiazepínico, para o Brasil<sup>509</sup>. No entanto, diferentemente de Bueno, Versiani construiu sua carreira num momento em que a Psiquiatria Biológica estava se consolidando no mundo e a pesquisa acadêmica estava mais institucionalizada no Brasil. Esses fatores certamente facilitaram a sua ascensão na área e expansão de seus projetos de pesquisa.

No que se refere à pesquisa acadêmica, cabe destacar que ao longo da década de 1980 ocorreu a expansão e consolidação dos programas de pós-graduação no Brasil, o que, por sua vez, impulsionou a pós-graduação em psiquiatria<sup>510</sup>. Tal movimento não foi espontâneo, mas estimulado pelo governo federal por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)<sup>511</sup>. A CAPES propôs diretrizes para a ampliação e uniformização do padrão de ensino dos programas de pós-graduação do país através do Plano Nacional para Pós-Graduação (PNPG), que apresentou três

---

<sup>506</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno dia 16/01/2014.

<sup>507</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014.

<sup>508</sup> Jorge Alberto Costa e Silva possui graduação em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1966) e foi professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro de 1980 a 2006. Atualmente é professor titular da Faculdade Souza Marques, professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, diretor presidente do Instituto Brasileiro do Cérebro Ltda, chefe do serviço de psiquiatria - Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, membro da sessão cérebro e dor da Associação Mundial de Psiquiatria, *Cientista senior - International Committee Against Mental illness, Inc*, Membro titular da Academia Nacional de Medicina e membro da sessão de metodologia de pesquisa da Associação Mundial de Psiquiatria. Informações presentes no Currículo Lattes: Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6046075020921585> . Data de acesso: 27/01/2014.

<sup>509</sup> Entrevista realizada com o prof. Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014.

<sup>510</sup> PICCININI, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação no Brasil (parte II). In: *Psychiatry online*. v.12, n.3, Março/2007. Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0307.php> Data de acesso: 20/01/2014.

<sup>511</sup> A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) foi criada em 11 de julho de 1951, pelo Decreto nº 29.741, com o objetivo de "assegurar a existência de pessoal especializado em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades dos empreendimentos públicos e privados que visam ao desenvolvimento do país". A CAPES é reconhecida como Agência Executiva do Ministério da Educação e Cultura junto ao sistema nacional de Ciência e Tecnologia, cabendo-lhe elaborar, avaliar, acompanhar e coordenar as atividades relativas ao ensino superior, o que inclui a avaliação dos programas de pós-graduação do país. Informações contidas em: <http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/historia-e-missao>. Data de acesso: 05/03/ 2014.

versões: I PNPG (1975 a 1979)<sup>512</sup>, II PNPG (1982 a 1985)<sup>513</sup> e III PNPG (1986 a 1989)<sup>514</sup>.

De modo simplificado, podemos dizer que a política para a pós-graduação no Brasil, implementada pelas três versões do PNPG, procurou inicialmente capacitar o corpo docente das universidades (I PNPG); em seguida, priorizou o desenvolvimento do sistema de pós-graduação (II PNPG); e, por último, reforçou a ideia de que a pós-graduação deveria ser o lugar da pesquisa científica e tecnológica por excelência, bem como a necessidade de sua integração com as necessidades do país (III PNPG)<sup>515</sup>. Destacamos um trecho acerca das propostas implementadas pelo III PNPG (1986 a 1989), devido a sua relevância para nosso estudo:

*O III PNPG, além das diretrizes e recomendações gerais para a pós-graduação e pesquisa, traz medidas específicas para a institucionalização da pesquisa, tais como destacar, nos orçamentos das universidades, verbas específicas para a pesquisa e a pós-graduação, reestruturar a carreira docente a fim de valorizar a produção científica tanto para o ingresso como para a promoção, planejar e ampliar os quadros universitários e institucionalizar a atividade sabática e o fortalecimento do pós-doutorado, além de efetuar a atualização das bibliotecas e das informações científicas e de laboratórios./As relações entre ciência, tecnologia e setor produtivo são também abordadas, indicando uma tendência a considerar essas dimensões de uma forma integrada<sup>516</sup>.*

Como veremos a seguir, o desenvolvimento da carreira acadêmica de Márcio Versiani ocorreu ao longo da implementação do I, II e III PNPG. Sua carreira acadêmica foi construída durante as mudanças ocorridas na pós-graduação brasileira e

---

<sup>512</sup> As datas entre parênteses são referentes ao período de implementação de cada PNPG. I Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979). Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf). Data de acesso: 05/02/2014.

<sup>513</sup> II Plano Nacional de Pós-Graduação (1982-1985). Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II_PNPG.pdf) Data de acesso: 05/02/2014

<sup>514</sup> III Plano Nacional de Pós-Graduação (1986-1989). Endereço Eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III_PNPG.pdf). Data de acesso: 05/02/2014.

<sup>515</sup> Vale destacar que as discussões para elaboração do IV PNPG ocorrem entre 1996 e 2000, mas uma “série de circunstâncias, envolvendo restrições orçamentárias e falta de articulação entre as agências de fomento nacional, impediu que o documento final se concretizasse num efetivo *Plano Nacional de Pós-Graduação*. No entanto, diversas recomendações que subsidiaram as discussões foram implantadas pela Diretoria da CAPES ao longo do período, tais como expansão do sistema, diversificação do modelo de pós-graduação, mudanças no processo de avaliação e inserção internacional da pós-graduação. Para mais informações: S/A. Plano Nacional para Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010, pp. 17-18. (grifo no original) Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG\\_2005\\_2010.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG_2005_2010.pdf). Data de acesso: 05/02/2014.

<sup>516</sup> Plano Nacional para Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010, p. 15. Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG\\_2005\\_2010.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG_2005_2010.pdf). Data de acesso: 05/03/2014.

em sua relação com a pesquisa científica nacional. Já o Programa de Ansiedade e Depressão foi fundado durante a implementação do II PNPG (1982 a 1985) e do III PNPG (1986 a 1989), refletindo as modificações geradas a partir desses Planos.

O psiquiatra Márcio Versiani Caldeira (1947- ), fundador e coordenador do Programa de Ansiedade e Depressão, se formou em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1971; logo em seguida fez especialização no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), de 1972 a 1973. Em 1976, concluiu seu mestrado em Psicanálise, Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação de Romildo Bueno. Sua dissertação intitula-se: “*A classificação das desordens afetivas: a diferenciação entre os estados ansiosos e as doenças depressivas*”<sup>517</sup>. Em 1980, concluiu seu doutorado na mesma instituição, sob a orientação de Romildo Bueno. Sua tese intitula-se: “*A Classificação dos transtornos afetivos: a diferenciação entre os transtornos de ansiedade e as doenças depressivas*”<sup>518</sup>. Notamos que as temáticas e os títulos da dissertação de mestrado e tese de doutorado de Márcio Versiani são quase idênticos, com a única diferença de que o enfoque das *desordens afetivas* do mestrado passou para *transtornos afetivos* no doutorado.

Versiani foi aprovado como professor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ em 1975 e veio a se tornar professor titular de Psiquiatria do IPUB/UFRJ no ano de 2002. Ele assume a diretoria da instituição no mesmo ano, na qual permanecerá durante os anos de 2002 a 2008<sup>519</sup>. Versiani se licencia do IPUB por motivos médicos em 2008 e não volta a exercer suas atividades, estando oficialmente aposentado desde 2013.<sup>520</sup> Jorge Adelino relata a grande expressividade que Versiani teve ao longo de sua carreira:

*O Márcio foi um psiquiatra mundial. Até a chegada do Antônio Egídio (Nardi) ele era o brasileiro que mais artigos publicados tinha,*

---

<sup>517</sup> VERSIANI, M. *A classificação das desordens afetivas: a diferenciação entre os estados ansiosos e as doenças depressivas*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1976. (grifo nosso/ênfase acrescentada)

<sup>518</sup> VERSIANI, M. *A classificação dos transtornos afetivos: a diferenciação entre os transtornos de ansiedade e as doenças depressivas*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1980. (grifo nosso/ênfase acrescentada)

<sup>519</sup> Segundo relato de Jorge Adelino, a tradição de que o professor titular seria indicado pelo reitor da Universidade foi quebrada em definitivo a partir da eleição de Raffaele Infante. Assim, a partir de 1985 qualquer professor da instituição poderia se candidatar ao cargo de diretor e ser eleito por meio de votação sem necessidade de ser aprovado como professor titular. Desse modo, para Adelino o fato de Versiani ser aprovado em concurso para professor titular no mesmo ano em que foi eleito diretor foi não representa a continuidade da tradição. Entrevista realizada com o Prof. Dr. Jorge Adelino dia 19/03/2014.

<sup>520</sup>A informação sobre a sua aposentadoria está no Diário Oficial: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/61579833/dou-secacao-1-12-11-2013-pg-144>. Data de acesso: 22/03/2014.

*no Brasil e no exterior. O Márcio frequentou a psiquiatria do mundo inteiro. Da Tailândia, da China, do Peru, de Nova York. Então, ele se destacou muito do Romildo. Não que o Romildo não fosse importantíssimo, o Romildo foi. Sempre foi. O Romildo foi um dos poucos brasileiros, acho que é o único brasileiro, que tem artigos publicados no American Journal of Psychiatry, no British Journal of Psychiatry*<sup>521</sup>.

Diferentemente de Bueno, e assim como a maioria dos psiquiatras de sua geração, Márcio Versiani fez formação psicanalítica. Ele foi membro da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro (SPRJ). Iniciou sua formação analítica na SPRJ em 1978, titulou-se como membro associado em 1983, vindo a solicitar seu desligamento da SPRJ no ano 2000. Nenhum membro da SPRJ se disponibilizou a conversar conosco sobre a trajetória de Versiani na instituição, por considerar que sua participação na mesma teria sido pequena e que o seu maior investimento teria sido na área de psiquiatria do IPUB<sup>522</sup>.

Apesar de o psiquiatra Leonardo Fontenelle ser o sucessor de Versiani na coordenação do Programa de Ansiedade e Depressão, quando este se afasta em 2008, Jorge Adelino considera que o maior herdeiro de Márcio Versiani é Antônio Egídio Nardi, com quem Versiani trabalhou desde o começo do Programa de Ansiedade e Depressão e cuja participação no mesmo era de grande relevância. Segundo a psiquiatra Ana Beatriz Edler<sup>523</sup>, que trabalhou no Programa de Ansiedade e Depressão entre 1989 e 1991, uma das linhas de pesquisa mais fortes do Programa era a de Fobia Social e a de Pânico, justamente a especialidade de Nardi. Não por acaso, quando da divisão das linhas do Programa em 1998, Nardi fica responsável pela coordenação do Laboratório de Pânico e Respiração.

---

<sup>521</sup> Entrevista realizada com o Dr. Jorge Adelino em 19/03/2014.

<sup>522</sup> Ao entrar em contato com a Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro em busca de informações sobre o percurso de Márcio Versiani na instituição, soube que ao se desligar da sociedade no ano 2000, Versiani havia levado consigo todos os seus documentos que estavam na instituição. Nenhum dos membros de sua geração se sentiu a vontade de conversar comigo sobre seu percurso na mesma. Desse modo, o secretário do Conselho Diretor da SPRJ, João Luis Junqueira, me enviou os dados citados por e-mail no dia 04/02/2014.

<sup>523</sup> Ana Beatriz Edler é psiquiatra. Se formou pela UFRJ em 1987, realizou especialização no IPUB entre 1988-1989 e trabalhou no Programa de Ansiedade e Depressão a convite do professor Antônio Egídio Nardi durante os anos de 1989 a 1991. Entrevista realizada com a Dr. Ana Beatriz Edler em 05/10/2013.

### 3.4 - ENTRELAÇANDO AS GERAÇÕES

Na sequência destacaremos alguns psiquiatras que compunham a formação do Programa e são autores frequentes dos artigos da Série Psicofarmacologia. Eles foram escolhidos por terem sido orientados no mestrado e/ou doutorado por Márcio Versiani e seu principal herdeiro, Antônio Egídio Nardi. São, portanto, representantes das primeiras gerações do Programa. Os orientandos de Romildo Bueno não entraram nesta seleção porque eles não participavam da Série Psicofarmacologia.

Os descendentes de Versiani no IPUB são: Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques e Leonardo Fontenelle<sup>524</sup>. Já os descendentes de Nardi no IPUB são: Alexandre Valença e Isabella Nascimento. Todos os psiquiatras citados foram convidados a participar da pesquisa através de entrevista previamente aprovada pelo Comitê de Ética da Fiocruz<sup>525</sup>. Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira e Leonardo Fontenelle responderam agradecendo o convite e dizendo que preferiam não participar da pesquisa; Carla Marques relatou por e-mail que estava de licença médica e, por esse motivo, não poderia participar da entrevista para a pesquisa. Alexandre Valença e Isabela Nascimento não responderam aos e-mails enviados. Desse modo, as informações apresentadas sobre estes psiquiatras têm como base os seus Currículos Lattes<sup>526</sup>.

#### **Descendência de Márcio Versiani no IPUB:**

**Antônio Egídio Nardi**<sup>527</sup> é médico e docente do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Foi aprovado para concurso de docente no IPUB/UFRJ em 1994. Atualmente é coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração<sup>528</sup> (LABPR) do IPUB e

---

<sup>524</sup> Um importante psiquiatra biológico que não aparece na Série Psicofarmacologia, mas participava das pesquisas do Programa era Paulo Mattos. Segundo Bueno, ele não publicava na série porque costumava publicar com ele artigos mais voltados para o tratamento da depressão. Entrevista realizada com Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014. Não abordaremos a trajetória de Paulo Mattos por ele não participar da Série Psicofarmacologia.

<sup>525</sup> **Número do Parecer:** 403.035/ **Data da Relatoria:** 10/10/2013

<sup>526</sup> <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>

<sup>527</sup> Endereço para acessar este CV de Antônio Egídio Nardi: <http://lattes.cnpq.br/0970789513843822>. data de acesso: 09/03/2014.

<sup>528</sup> O Laboratório de Pânico e Respiração ([LABPR - Instituto de Psiquiatria / UFRJ](#)) é coordenado pelo Dr. Antonio Egídio Nardi, docente titular da [UFRJ](#). O LABPR possui pesquisadores de diferentes níveis. Conta com financiamentos do [CNPq](#), [CAPES](#), [CEPG-UFRJ](#), [Instituto de Psiquiatria - UFRJ](#), [Ministério da Saúde](#) e [FAPERJ](#). Home Page: <http://www.labpr-ufrrj.com/index.php>. Data de acesso: 10/03/2014

coordenador da sede no Rio de Janeiro do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) Translacional em Medicina (CNPq). É também bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq – Nível 1A.

Nardi se formou em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1984 e foi orientado em seu mestrado e doutorado por Márcio Versiani no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB/UFRJ. O mestrado foi concluído em 1989 com a dissertação intitulada: “*Fobia Social: tratamento farmacológico com antidepressores inibidores da monoamina oxidase*<sup>529</sup>”. E seu doutorado foi concluído em 1992, com a tese intitulada: “*Distímia: tratamento farmacológico com antidepressores*<sup>530</sup>”. Seu pós-doutorado foi realizado entre 1997 e 1998, no Laboratório de Fisiologia da Respiração do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho.

**Ivan Figueira**<sup>531</sup> é médico e docente do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Foi aprovado como docente do IPUB/UFRJ em concurso realizado em 1994. Atualmente é coordenador da área de psiquiatria da Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). Coordena também o Laboratório Integrado de Pesquisa do Estresse (LINPES)<sup>532</sup> do IPUB e é o vice-coordenador do Instituto do Milênio de Violência e Saúde Mental do CNPq. É bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq - Nível 2.

Figueira se graduou em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1984, concluiu seu mestrado em 1990 com a dissertação intitulada: “*Transtorno do Pânico, Dor Torácica e Clínica Cardiológica - Estudo de Pacientes Submetidos a Teste de Esforço em um Hospital do INAMPS*<sup>533</sup>”, sob orientação, de Márcio Versiani e co-orientação de Romildo Bueno. Já seu doutorado foi concluído em 1999 com a tese

---

<sup>529</sup> NARDI, A. E. *Fobia Social: tratamento farmacológico com antidepressores inibidores da monoamina oxidase*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1989.

<sup>530</sup> NARDI, A. E. *Distímia: tratamento farmacológico com antidepressores*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1992.

<sup>531</sup> Endereço para acessar este CV de Ivan Figueira: <http://lattes.cnpq.br/5344892572179842>. Data de acesso: 09/03/2014.

<sup>532</sup> Página do LINPES na internet: <http://traumaestresse.blogspot.com.br/> Data de acesso: 10/03/2014

<sup>533</sup> FIGUEIRA, I. *Transtorno do Pânico, Dor Torácica e Clínica Cardiológica - Estudo de Pacientes Submetidos a Teste de Esforço em um Hospital do INAMPS*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1990.



intitulada: “*Tratamento da Fobia Social com Clonazepam*”<sup>534</sup>, também sob orientação de Márcio Versiani. Ambos foram realizados no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental.

**Carla Marques**<sup>535</sup> é médica do Instituto de Psiquiatria da UFRJ desde 1997. Atualmente trabalha como pesquisadora do Laboratório de Transtornos Relacionados ao Estresse do IPUB/UFRJ, ligado ao Instituto do Milênio de Violência e Saúde Mental, atuando também como pesquisadora do Laboratório Integrado de Pesquisa do Estresse (LINPES).

Marques se formou em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina em 1983. Não há registro sobre a realização de mestrado. Concluiu seu doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação, de Márcio Versiani em 1994, com a tese intitulada “*Fobia Social: Estudo da Comorbidade*”<sup>536</sup>.

**Leonardo Fontenelle**<sup>537</sup> é médico e docente do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Foi aprovado em concurso como docente do IPUB/UFRJ em 2006 e como docente do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense em 2005. Atualmente coordena o atual Programa de Ansiedade e Depressão e o enfoque de seus estudos está voltado para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). É pesquisador associado do Instituto D' Or de Pesquisa e Ensino. É também membro do *Working Group on the Classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* da Organização Mundial da Saúde (OMS). É Jovem Cientista de Nosso Estado (FAPERJ). É também Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Editor Associado da Revista Brasileira de Psiquiatria e Editor Acadêmico do periódico PLoS ONE. É bolsista de produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

Fontenelle se graduou em Medicina pela Universidade Federal Fluminense em 1995. Seu mestrado foi concluído no ano 2000 e o doutorado em 2003. Ambos foram

---

<sup>534</sup> FIGUEIRA, I. *Tratamento da Fobia Social com Clonazepam*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ: Rio de Janeiro, 1999.

<sup>535</sup> Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9216797932062252>. Data de acesso: 15/03/2014.

<sup>536</sup> MARQUES, Carla. *Fobia Social: Estudo da Comorbidade*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1994.

<sup>537</sup> Endereço para acessar este CV de Leonardo Fontenelle: <http://lattes.cnpq.br/2368478960823352>. data de acesso: 15/03/2014.

realizados no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação de Márcio Versiani. Sua dissertação intitula-se: “*Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Avaliação Neuropsicológica das Funções Frontais*”<sup>538</sup>. Já sua tese intitula-se: “*Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: estudos neuropsiquiátricos*”<sup>539</sup>. O seu pós-doutorado foi realizado no Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2005 e no *Melbourne Neuropsychiatry Centre*, Departamento de Psiquiatria da Universidade de Melbourne, Austrália em 2010.

### **Descendência de Antônio Egídio Nardi no IPUB:**

**Alexandre Valença**<sup>540</sup> é médico do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Seu vínculo como médico se dá através da Divisão da Saúde do Trabalhador (DVST) e se divide em dois momentos: 1998-2005 e de 2012 até os dias de hoje. Atualmente é professor do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e é professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense-Niterói-RJ. É pesquisador do Laboratório de Pânico & Respiração do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É médico perito do Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É também pesquisador da sede do Rio de Janeiro do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) Translacional em Medicina (CNPq). É Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

Valença fez graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, vindo a se formar em 1987. Seu mestrado e seu doutorado foram orientados pelo psiquiatra Antônio Egídio Nardi no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde mental do IPUB/UFRJ. O mestrado foi concluído em 1997 com a dissertação intitulada: “*Bloqueio através do clonazepan de ataques de pânico provocados pelo dióxido de*

---

<sup>538</sup> FONTENELLE, L. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Avaliação Neuropsicológica das Funções Frontais*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

<sup>539</sup> FONTENELLE, L. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: estudos neuropsiquiátricos*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

<sup>540</sup> Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6780184620648314>. Data de acesso: 19/03/2014.

*carbono*<sup>541</sup>”. Enquanto seu doutorado foi concluído em 2001 e sua tese se intitula: “*Transtorno do pânico e respiração: conexões clínicas e biológicas*”<sup>542</sup>”. Já o pós-doutorado foi realizado em Fisiologia da Respiração pelo Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Isabella Nascimento**<sup>543</sup> é médica do IPUB/UFRJ desde 2003. Atualmente é coordenadora do Ambulatório Geral do IPUB/UFRJ e é pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração (LABPR).

Nascimento se forma em Medicina pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques no ano de 1989. Concluiu seu mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação de Nardi no ano 2000, com a dissertação intitulada “*Associação entre Transtornos de Ansiedade e Doenças Respiratórias*”<sup>544</sup>. Seu doutorado foi concluído em 2004, também em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e novamente, sob orientação de Nardi, com a tese intitulada “*Pânico e Função Respiratória*”<sup>545</sup>. Realizou Pós-Doutorado no Laboratório de Fisiologia da Respiração do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho entre 2006 e 2007.

Como podemos perceber o percurso acadêmico de Versiani e Nardi são condizentes com os parâmetros da pesquisa acadêmica que se desenvolvem a partir do I PNPG (1975-1979) e se institucionalizam através do II PNPG (1982-1985) e III PNPG (1986-1989). Como vimos anteriormente, estes novos parâmetros propostos especialmente pelo II e III PNPG, estimulam a associação entre pesquisa científica e universidade/pós-graduação, o que exige tanto a realização de mestrado e doutorado como a docência na pós-graduação para realização deste tipo de pesquisa – exigências que durante o desenvolvimento da carreira acadêmica de Versiani ainda estavam sendo estruturadas.

---

<sup>541</sup> VALENÇA, A. *Bloqueio através do clonazepan de ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1997.

<sup>542</sup> VALENÇA, A. *Transtorno do pânico e respiração: conexões clínicas e biológicas*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2001.

<sup>543</sup> Endereço para acessar o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1876616811918629>. Data de acesso: 15/03/2014.

<sup>544</sup> NASCIMENTO, Isabela. *Associação entre Transtornos de Ansiedade e Doenças Respiratórias*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

<sup>545</sup> NASCIMENTO, Isabela. *Pânico e Função Respiratória*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

Vemos que em termos de formação, Bueno encontra-se em uma geração acima de Versiani; duas gerações acima de Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira e Carla Marques; e três gerações acima de Alexandre Valença, Isabella Nascimento e Leonardo Fontenelle – este último pode ser considerado “filho temporão” do Programa<sup>546</sup>.

O percurso acadêmico de Bueno se diferencia dos demais psiquiatras de sua época em muitos aspectos: primeiramente ele jamais chegou a fazer formação psicanalítica e aliou, desde o início de sua carreira, pesquisa farmacológica à psiquiatria, o que era algo não apenas bastante novo como pouco valorizado naquele momento; realizou, ainda, parte de sua formação nos Estados Unidos, em ambulatórios de pesquisa psiquiátrica que empregavam pesquisa farmacológica. Além disso, associava a pesquisa acadêmica a projetos de pesquisa vinculados à indústria farmacêutica, o que não era comum nem se encontrava institucionalizado como está atualmente<sup>547</sup>.

Podemos considerar que Bueno é um dos primeiros psiquiatras do Rio de Janeiro, e talvez do Brasil, a aliar pesquisa farmacológica à pesquisa psiquiátrica através da relação academia-indústria. Ele contribuiu para a ascensão da Psiquiatria Biológica no Brasil, sendo militante e atuante na área até hoje através de instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (APERJ) – mesmo depois de ter se aposentado do IPUB em 2004. Fez parte do processo que internacionalizou a Psiquiatria Biológica, através da sua participação no desenho de estudos multicêntricos promovidos pelas mais diferentes empresas farmacêuticas, dentre as quais: Ciba, Sandoz, Rhône-Poulenc, Abbot entre outras<sup>548</sup>.

E vale dizer que Bueno não apenas participou do desenho destes estudos, como aplicou diversos deles no Brasil, servindo muitas vezes como uma espécie de ponte entre a indústria e o meio acadêmico psiquiátrico brasileiro através, especialmente, do IPUB/UFRJ. Nas palavras de Bueno:

---

<sup>546</sup> Termo utilizado por Romildo Bueno e Jorge Adelino para se referir a Leonardo Fontenelle que só se forma em medicina em 1995, se inserindo no Programa num momento muito posterior aos demais membros. Entrevista realizada com o prof. Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014 e Entrevista realizada com o Dr. Jorge Adelino em 19/03/2014.

<sup>547</sup> Para mais informações: verificar a Resolução CNS 196/96. COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras) = Rules on research involving human subjects/ Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 138p.; GUILHEM, DIRCE; GRECO, Dirceu. A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/Conep. *op.cit.*, pp.87-122.

<sup>548</sup> Estas empresas foram citadas pelo Dr. Romildo Bueno como exemplo de algumas das empresas farmacêuticas com as quais ele trabalhava. Entrevista realizado com o Dr. Romildo Bueno em 16/01/2014.

*Eu trouxe... Os primeiros projetos multicêntricos eram vinculados a laboratórios americanos ou a instituições americanas, os laboratórios nem tanto. Depois eu entrei em contato com o grupo europeu e aí a gente fazia muitas pesquisas com as instituições suíças. Suíças e francesas.(...)Naquela época os maiores laboratórios eram os Suíços. Bem maiores que os americanos. (...) Na Europa e nos Estados Unidos durante algum tempo eu fui o único contato<sup>549</sup>.*

Desse modo, vemos que Bueno fez parte de um período em que a pesquisa em psiquiatria não estava consolidada no Brasil e a figura do psiquiatra-pesquisador, vinculado à universidade/pós-graduação, ainda não possuía as exigências de formação que, posteriormente, serão demandadas para obtenção de financiamentos, aprovação em concurso e reconhecimento de seus pares<sup>550</sup>.

Márcio Versiani foi orientado por Bueno em seu mestrado e doutorado e permaneceu ligado a ele através de diferentes projetos ao longo de toda a sua carreira<sup>551</sup>. Versiani construiu uma trajetória profissional semelhante à de Bueno, com a diferença de que começou a trabalhar com pesquisa psiquiátrica num momento em que a vertente biológica da psiquiatria estava em ascensão no mundo, o que certamente facilitou seu percurso e o reconhecimento por parte de seus pares. Além disso, a pesquisa acadêmica encontrava-se mais estruturada na época de Versiani do que na época de Bueno, o que provavelmente facilitou o seu percurso. Outro diferencial entre ambos é que Versiani parece ter feito um investimento maior que Bueno na preparação de uma equipe de alunos, que hoje em dia são psiquiatras e professores estabelecidos na área e dão continuidade ao seu trabalho no Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Desse modo, vemos que os psiquiatras orientados em seus cursos de mestrado e doutorado por Márcio Versiani se mantiveram vinculados ao Instituto de Psiquiatria através das subdivisões das linhas de pesquisa do Programa de Ansiedade e Depressão. Destacamos especialmente o nome de Antônio Egídio Nardi, que é o descendente de Versiani que alcançou maior destaque na Instituição.

---

<sup>549</sup> Entrevista realizada com o Psiquiatra Romildo Bueno no dia 16/01/2014. (grifo nosso)

<sup>550</sup> Para mais informações: I Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979). Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf); II Plano Nacional de Pós-Graduação (1982-1985). Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II_PNPG.pdf); III Plano Nacional de Pós-Graduação (1986-1989). Endereço Eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III_PNPG.pdf); Plano Nacional de Pós-Graduação 2005-2010. Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG\\_2005\\_2010.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG_2005_2010.pdf). Acesso: 05/02/2014.

<sup>551</sup> Atualmente Versiani está aposentado e não atua mais na área por motivos médicos.

Consideramos que Romildo Bueno e Márcio Versiani representam a primeira geração de psiquiatras-pesquisadores da vertente da Psiquiatria Biológica do IPUB/UFRJ. Apesar de Romildo Bueno ser mais velho que Versiani e já trabalhar com abordagem biológica há mais tempo, consideramos que ambos, Bueno e Versiani representam, no IPUB/UFRJ, a primeira geração da Psiquiatria Biológica americana, devido ao fato de esta vertente ter se consolidado apenas em 1980, a partir da publicação do DSM-III. Desse modo, ambos representaram e perpetuaram todo um ideal de ciência condizente com esta nova vertente. Dentre os elementos que acreditamos compor este cenário encontram-se uma abordagem das doenças mentais condizentes com aquelas propostas do referido manual e um modelo específico de pesquisa, baseado em dados empíricos e que utiliza instrumentos avaliativos como os ensaios clínicos, escalas e entrevistas estruturadas.<sup>552</sup>

Desse modo, consideramos que ambos fizeram parte de um mesmo momento da Psiquiatria Biológica no Brasil. Momento este em que a caixa-preta desta disciplina, no sentido empregado por Bruno Latour, estava aberta e suas bases ainda estavam em construção.

A geração seguinte a Bueno e Versiani, composta por Antônio Egídio Nardi, Carla Marques e Ivan Figueira, encontra a Psiquiatria Biológica e, conseqüentemente, as pesquisas na área mais institucionalizadas no cenário nacional e no IPUB, em particular. Formados em medicina nos anos de 1980, eles realizaram seus mestrados e doutorados ao longo dos anos de 1990 – com exceção do mestrado de Nardi, que é concluído em 1989. Nos anos 2000 já eram profissionais estabelecidos na área, possuindo seus próprios orientandos e linhas de pesquisa.

A terceira geração é representada por Alexandre Valença, Isabela Nascimento e Leonardo Fontenelle, que se formam entre o final dos anos de 1980 e meados dos anos de 1990. Eles realizam seus mestrados e doutorados ao longo dos anos 2000 e atualmente são psiquiatras-pesquisadores estabelecidos, possuem seus próprios orientandos e linhas de pesquisa no IPUB/UFRJ.

---

<sup>552</sup> Este tópico foi abordado no capítulo 2. Para mais informações: GOMES, Marleide da Mota (org). *Medicina Baseada em Evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001; WEISZ, G. “From Clinical Counting to Evidence Medicine”. In JORLAND, G.; OPINEL, A. (org.) *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*. Montreal: McGill-Queens Press, 2005, pp. 377-393; MARKS, Harry M. “What does evidence do?” In BONAHE, Christian; MASUTTI, Christophe; RASMUSSEN, Anne; SIMON, Jonathan (org). *Harmonizing Drugs: Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*. Paris: Glype, 2009, pp. 81-100.

Assim, consideramos que a caixa-preta da Psiquiatria Biológica empregada no IPUB/UFRJ se fecha ao final da década de 1990, quando os orientandos de mestrado e doutorado de Romildo Bueno e Márcio Versiani passam a ocupar posições de destaque na área da psiquiatria e possuem seus próprios nichos de atuação e seus próprios orientandos. Um reflexo institucional desse movimento é a expansão do Programa de Ansiedade e Depressão em 1998, que dá origem a dois outros programas que empregam a mesma abordagem psiquiátrica: o Laboratório de Pânico e Respiração e o Laboratório de Estresse Pós-Traumático.

Isso demonstra que a Psiquiatria Biológica já se encontrava plenamente consolidada, estando em sua terceira geração de psiquiatras-pesquisadores no IPUB/UFRJ. A partir desta terceira geração, já não é fácil mapear os percursos que institucionalizaram esta vertente psiquiátrica no IPUB/UFRJ e todo o processo de pesquisa nesta área encontra-se pouco acessível a quem não faz parte dela especificamente, mesmo sendo psiquiatra.

As pesquisas com uso de psicofármacos em seres humanos já possui regulamentação própria desde 1996<sup>553</sup> e, em 2012<sup>554</sup>, apresentou uma versão revisada desta, o que faz com que a relação academia-indústria esteja por sua vez regularizada e institucionalizada, diferentemente do que ocorria à época do Programa do Lítio e dos primeiros doze anos do Programa de Ansiedade e Depressão.

Para finalizar, consideramos relevante esclarecer do que se trata o Projeto Translacional do qual a maioria dos psiquiatras por nós estudados participam. O Projeto Translacional é um projeto de âmbito nacional financiado pelo CNPq, que tem por objetivo reunir diversos centros de pesquisa do Brasil que trabalhem com um mesmo objeto, neste caso a Psiquiatria Biológica, formando um corpo único de pesquisadores por meio de uma rede de alcance nacional. Segundo Bueno<sup>555</sup>, através desse projeto o que até agora era motivo de competição vai se transformar em colaboração. Ele nos explica o funcionamento do projeto:

*Hoje nós temos com os projetos translacionais que eu espero que sejam renovados pelo governo, a gente tem centro de pesquisa no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina... em Criciúma, tem um centro de*

---

<sup>553</sup>COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras) = Rules on research involving human subjects/ Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 138p.

<sup>554</sup>[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENC\\_EP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENC_EP2012.pdf)

<sup>555</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014.

*pesquisa, o João Quevedo, tem centro de pesquisa em Natal, dois centros de pesquisa na capital paulista, tem dois no interior, aqui no Rio. É um projeto...Como é um projeto translacional ele tem um diretor, mas é o grupo, o diretor fica escondido pelo grupo. Então as coisas são muito promissoras. Se o governo continuar insistindo no projeto. O governo fez um plano piloto de 3 a 5 anos. Os resultados são excelentes<sup>556</sup>.*

Nos próximos capítulos analisaremos a Série Psicofarmacologia produzida pelo Programa de Ansiedade e Depressão, o que nos permitirá conhecer mais a fundo o funcionamento de suas pesquisas, bem como aprofundar as questões aqui levantadas.

---

<sup>556</sup> Entrevista realizada com o Dr. Romildo Bueno no dia 16/01/2014. (grifo nosso)



## CAPÍTULO 4

# CIÊNCIA, DOENÇA E TRATAMENTO NA SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA (1992-1994)

### INTRODUÇÃO

Neste capítulo daremos início à análise da Série Psicofarmacologia, produzida pelo Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e publicada no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. A análise desta Série se mostra relevante pelo fato desta ser publicada em nome do Programa de Ansiedade e Depressão como um todo, sendo, por isso, um meio de acessarmos as pesquisas realizadas pelo Programa.

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* é a publicação oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). Este periódico foi criado em 1942 com a denominação de *Anais do Instituto de Psiquiatria* e ganha a atual denominação em 1952<sup>557</sup>.

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 encontramos tanto discussões acerca dos métodos de tratamento da psiquiatria, com suas diferentes concepções e abordagens, quanto artigos discutindo a relação da psiquiatria com as políticas públicas de saúde e as políticas assistenciais de forma mais ampla. Acreditamos que esta abrangência dos temas abordados pelo *JBP* neste período reflete o momento institucional do IPUB, no qual estas discussões estavam em voga. Como vimos no capítulo 3, as décadas de 1980 e 1990 abarcam as gestões de Portella Nunes (1974-1985), Rafaelle Infante (1985-1994) e João Ferreira (1994-2002), respectivamente, que abriram a psiquiatria do IPUB para uma abordagem mais social da psiquiatria.

A periodicidade do *JBP* é bimensal em 1980 e mensal durante praticamente todos os anos de 1990 – com algumas poucas exceções. Segundo Márcio Versiani<sup>558</sup>, desde 1973, por iniciativa do professor Leme Lopes, o *JBP* vem sendo patrocinado

---

<sup>557</sup> Segundo o site do IPUB: <http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/JBP> Data de acesso: 03/04/2013.

<sup>558</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: IPUB. 1998, p. 131.

pelas propagandas da indústria farmacêutica, publicadas no próprio periódico. Nosso recorte temporal de análise do *JBP* compreende o período de existência da *Série Psicofarmacologia* que vai de 1992 a 1998, respectivamente, surgimento e extinção da Série. O *JBP* existirá apenas em versão impressa até o ano de 2003, quando passa a existir também em versão eletrônica disponível no site oficial do IPUB<sup>559</sup>.

Nosso intuito neste capítulo é o de compreender o funcionamento de suas pesquisas, bem como a visão de ciência, doença e tratamento está presente nos artigos da *Série Psicofarmacologia*, a fim de elucidar a abordagem que vem sendo conferida à Psiquiatria Biológica pelo Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Para tanto, nossa análise se dividirá em duas partes. Primeiramente apresentaremos neste capítulo nossas análises acerca dos artigos publicados entre os anos de 1992 e 1993 para, no capítulo seguinte, apresentarmos os artigos publicados de 1994 em diante. Esta separação foi feita devido à existência de particularidades presentes nos artigos a partir de 1994 que não estavam presentes durante os dois primeiros anos de existência da Série e apontam para a grande atualização e envolvimento do Programa de Ansiedade e Depressão com relação às modificações ocorridas na psiquiatria norte-americana proponente do DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publicado em 1980, que tornou a Psiquiatria Biológica hegemônica no cenário psiquiátrico internacional<sup>560</sup>.

Durante os anos de 1992 e 1993 percebemos que os artigos da Série estão apresentando o Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB – com sua abordagem teórica e tratamentos – e buscando consolidar e demarcar as categorias diagnósticas presentes no DSM III e no DSM III-R, regularmente citados nos artigos, assim como os medicamentos utilizados no tratamento destes transtornos. Além disso, durante este período a maioria das referências ao DSM era feita apenas para explicar os sintomas do transtorno tratado, enquanto do ano de 1994 em diante, além deste tipo de referência, vemos aparecer com frequência análises acerca da história da própria construção das categorias diagnósticas do DSM ao longo de suas diferentes versões – especialmente às

---

<sup>559</sup> <http://www.ipub.ufrj.br/portal/>. Data de acesso: 19/02/2013.

<sup>560</sup> Sobre isso ver: SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997; RUSSO, J e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol.IX, n.3, 2006, pp. 460-485; BEZERRA Jr. Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. VI, n. 18, 2000, p. 158-177.

mudanças ocorridas do DSM II para o DSM III, deste para o DSM III-R e do DSM III-R para o DSM-IV, que acabara de ser publicado naquele momento. Esta modificação ocorrida a partir de 1994 parece estar relacionada com o fato do Programa estar preocupado em validar não apenas os transtornos e tratamentos medicamentosos, mas o próprio DSM de modo mais amplo.

Como referido na Introdução da tese, os artigos possuem um modelo padronizado em sua abordagem que é descritiva acerca dos temas tratados apresentando pouca discussão teórica, quando esta existe, e citando com regularidade diversas pesquisas internacionais, dados estatísticos, tabelas e gráficos como forma de apresentar e justificar seus argumentos. Além disso, vemos que apesar dos artigos utilizarem uma linguagem biológica para descrever os transtornos e tratamentos abordados, raramente eles se detêm na busca da etiologia dos transtornos e, vale dizer, que toda vez que o fizeram acabaram por considerar os dados inconclusivos. A nosso ver este formato dos artigos tem relação com a metodologia empregada pelo próprio DSM-III e seus sucessores, que, como vimos no capítulo 1, se apresenta como a-teórico e descritivo, deixando de fora de seus propósitos as discussões teóricas acerca da etiologia dos transtornos.

Os artigos são publicados coletivamente em nome do Programa e costumam ser escritos pelo mesmo grupo de autores, com a alteração de alguns nomes<sup>561</sup> ao longo da Série. Este tipo de publicação coletiva também é bastante utilizada nas pesquisas que embasam o DSM-III, DSMIII-R, DSM-IV e DSM IV-R. Este modelo de publicação coletiva é comum as ciências de laboratório que, por sua vez, parecem servir de modelo para as pesquisas que embasam as referidas versões do DSM.

#### **4.1- SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA: OS ANOS DE AFIRMAÇÃO**

Durante os anos de 1992 e 1993 o corpo editorial do *JBP* é composto pelos seguintes membros: **Diretor Científico** - Rafaelle Giovanni Giacomo Infante (que foi

---

<sup>561</sup> Os autores são membros do Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB. Os nomes mais frequentes são: Márcio Versiani, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Leonardo Fontenelle, Alexandre Valença, Carla Marques, Isabella Nascimento, Mauro Mendlowicz, Eloisa Saboya, Paula Ventura, Yasmin Andrade, Sandra Pinto, Andrea Moraes e Carlos Camissão.

nomeado para este cargo em 1983 e permanecerá nele até 1994); **Editor** - Jeremias Ferraz Lima<sup>562</sup>; **Editores Associados** - Eustachio Portella Nunes, Márcio Versiani, J. Romildo Bueno, Walderedo Ismael de Oliveira; **Comissão Editorial** – Antônio Egídio Nardi, Ceres El-Jack de Andrade, Isabela Falcato Ribeiro, Jerson Laks, Sandra Fortes, Theodor Salomão Lowerkron; **Comissão Editorial Internacional** - Antonio Slavich (Itália), F.A. Jenner (Inglaterra), Ferruccio Marroti (Itália), Michael Liebowitz (Estados Unidos), René Lourau (França), Thomas A. Ban, M.D. (Estados Unidos), Tulio Aymone (Itália); **Secretária de Redação** - Maria Thereza de Moraes Geralde; **Secretário de Expediente** – Paulo Marcus Ferraz de Sant’ana.

O primeiro artigo que analisaremos é o que inaugura a Série Psicofarmacologia, referente ao número de jan/fev. de 1992 – um dos poucos números bimensais do ano de 1990 – intitulado *Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo*. Os autores do artigo são: Márcio Versiani, Ivan Figueira, Eloísa Saboya, Paula Ventura, Sandra Pinto, Andrea de Moraes, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi.<sup>563</sup>

Como costuma ocorrer na maioria dos artigos que tratam de um diagnóstico psiquiátrico específico, neste caso o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), os autores procuram demonstrar a grande incidência do transtorno na atualidade – neste caso, eles não especificam de onde estão falando, ora falam dos EUA, ora falam do Brasil –, a grande incapacitação que este transtorno traz para a vida das pessoas que o possuem e a *eficácia* da substância *clomipramina* no tratamento do referido transtorno. Argumentam que até 1980 o Transtorno Obsessivo Compulsivo era considerado uma doença rara e com mau prognóstico, mas afirmam que: “(...) *sofisticados estudos epidemiológicos aliados a estudos controlados psicofarmacológicos e de psicoterapia comportamental reverteram estas visões*”<sup>564</sup>.

Apresentam um questionamento a respeito da validade da teoria psicanalítica para o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo e afirmam:

---

<sup>562</sup> Apesar de Jeremias Ferraz constar como Editor do *JBP*, a função de editor era efetivamente assumida por Rafaelle Infante diretor do IPUB neste período. Vale dizer que Rafaelle se incumbiu da função de editor do JBP ao longo de toda sua gestão assim como da função de escrever os editoriais do JBP ao longo do mesmo período. Para mais informações: INFANTE, Raffaele. Editorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 35, n.2, 1986, pp.71-71; BUENO, R. O Jornal Brasileiro de Psiquiatria. In: *Cadernos do IPUB: 60 anos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, pp. 185-188.

<sup>563</sup> VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Serie Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ.v. 41, n.1.jan/fev de 1992, pp. 15-29.

<sup>564</sup> *Ibidem*, p. 15.

*A terapia de orientação psicanalítica não tem apresentado provas de sua eficácia no Transtorno Obsessivo Compulsivo. Apesar de melhorar em 11 meses do homem dos ratos, relatada por Freud, outros analistas como Malan<sup>565</sup> concluem que a cura do Transtorno Obsessivo Compulsivo através de técnicas orientadas pelo “insight”, mesmo dos casos não-complicados é incomum. Particularmente chama a atenção a escassez de trabalhos na literatura psicanalítica, nos últimos 20 anos, tendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo como tema<sup>566</sup>.*

Em seguida, analisam os resultados obtidos pelas terapias comportamentais demonstrando maior entusiasmo por esta vertente terapêutica:

*Já as psicoterapias comportamentais tem produzido sucesso no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo. Através da técnica de exposição ao vivo e prevenção de resposta, 70 a 80% dos pacientes apresentam redução dos rituais compulsivos. Esta redução, contudo, na maioria dos casos não é completa, atingindo média de 50 %. A terapia comportamental é menos eficaz para o Transtorno Obsessivo Compulsivo clássico, com comportamento ritualizado que pode ser alvo da prevenção de resposta. Geralmente a terapia comportamental é ineficaz nos pacientes substancialmente deprimidos, naqueles com delírios, e nos que não cumprem os procedimentos técnicos<sup>567</sup>.*

A partir disso é apresentado o relato de três casos clínicos de pessoas com T.O.C. Os casos são apresentados de um modo bastante padronizado: primeiramente são feitos relatos acerca da presença de sintomas obsessivo-compulsivos na vida de cada paciente desde tenra idade. Em seguida, demonstra-se a evolução de tais sintomas até o momento em que estes se tornaram impeditivos para a vida destas pessoas.

É apresentado em todos os casos o quadro de uma família estruturada que se esforça por ajudar seu parente doente e que se desorganiza por conta da sua doença. Em dois dos casos – caso A e C –, antes do paciente procurar o Programa, foi utilizado o tratamento com “psicoterapia psicanalítica” que não teria surtido efeito. E, por fim, é empregado tratamento medicamentoso em todos os casos, tendo dois deles – caso A e B – alcançado o resultado almejado pelos médicos: a remissão dos sintomas.

---

<sup>565</sup> MALAN, D. Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics, London, England: Butterworths; 1979, pp. 218-219 *apud* VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Serie Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *op.cit.*

<sup>566</sup> VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Serie Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ.v. 41, n.1.jan/fev de 1992, p. 15. (grifo nosso)

<sup>567</sup> *Ibidem*, p. 15.

No caso A, a substância utilizada é a clomipramina; no caso B, é a tranilcipromina e no caso C são tentados o uso da clomipramina e, posteriormente, da tranilcipromina. Neste último caso, o resultado do tratamento medicamentoso não foi o esperado com nenhuma das duas substâncias e chega-se a conclusão de que estaria ocorrendo o que Freud chama de “substituição de sintoma”, ou seja, os remédios apenas modificaram os sintomas manifestos sem eliminá-los. Desse modo, vemos que apesar de considerarem a teoria psicanalítica incapaz de tratar do TOC os sintomas do paciente C são interpretados com base nesta teoria. Este último caso foi o único caso relatado nos artigos da Série do ano de 1992 que não alcançou o resultado almejado.

#### **4.1.1- Do transtorno à normalidade: o tratamento**

A título de ilustração do modo como os casos são relatados neste período, descreveremos praticamente na íntegra o caso B: RSB, homem, 22 anos, solteiro, comerciário, assim era descrito:

*Roberto, desde criança era considerado “esquisito” e muito diferente de seus quatro irmãos. Vivia isolado, sem amigos. Tinha várias “manias”. Ninguém podia mexer em suas gavetas. Colecionava revistas guardadas em um armário trancado à chave que só ele podia abrir. Preocupado em exagero com horários criava problemas para a família, pois não admitia chegar “atrasado”, nem a acontecimentos de lazer. O rendimento escolar foi excepcional devido, além da inteligência, à dedicação total aos estudos. Em torno dos 17 anos Roberto foi ficando cada vez mais “esquisito”. Passou a usar bermudas grossas por debaixo de calças jeans largas por causa do receio de farpas entrarem nos seu corpo. Esse e outros comportamentos **anormais** impediram que ele entrasse na universidade. Foram tentados vários tratamentos, psicoterapia psicanalítica, ansiolíticos e antipsicóticos (fez-se o diagnóstico de esquizofrenia), sem qualquer resultado. Com 22 anos o quadro era rico de sintomas. A roupa foi ficando cada vez mais complicada para “protegê-lo das farpas”. Ao sair de casa amarrava os dois dedos indicadores com um barbante. Ao chegar ao destino verificava se o barbante continuava bem amarrado. Caso contrário, entrava em extrema angústia perseguido por uma dúvida recorrente: “Será que enforquei ou não alguém na rua?” Na loja do pai o trabalho tornou-se impossível pois o paciente passava todo o tempo atormentando os outros funcionários com rituais de verificação (...) Pensamentos repetitivos, com forte angústia, perseguiam constantemente o paciente com conteúdos de agressividade e culpa (...) Em casa chegava a*

*verificar trinta vezes, se havia fechado uma janela ou desligado o ar condicionado*<sup>568</sup>.

Vemos que o relato deste caso clínico se inicia com a descrição da presença de sintomas – considerados típicos do T.O.C. – presentes na vida do paciente desde que era criança, o que nos parece uma tentativa de evidenciar a origem biológica deste transtorno. Os autores destacam os problemas e perdas que os sintomas do T.O.C. geram para o paciente e sua família, mensurando o grau de suas preocupações como “exageradas” e seus comportamentos como “anormais”. Apontam ainda alguns tratamentos realizados sem sucesso para o T.O.C. e destacam o momento em que os sintomas se tornaram impeditivos para a vida deste paciente levando-o a procurar atendimento no Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB.

A partir deste ponto, o relato do caso clínico se detém na medicação empregada, descrevendo em detalhes sua dosagem e seus efeitos. Em um primeiro momento, prossegue a descrição, “*foi iniciado tratamento com tranilcipromina 10 mg de manhã e 10 mg à tarde. Após sete dias a dose foi aumentada para 20 mg de manhã e 20mg à tarde e após quatorze dias para 30 mg pela manhã e 30 mg à tarde*”, não deixando de registrar que “*precauções relacionadas com o uso de inibidores da monoaminoxidase foram cuidadosamente explicadas (dieta livre de tiramina, interações medicamentosas, etc.)*” Contudo, “*nos primeiros dois meses de tratamento não foi notada melhora significativa, apenas redução da ansiedade*”, e, por outro lado, “*efeitos colaterais, sim, foram bastante evidentes (boca seca, tonteira ortostática, sonolência diurna, insônia e sono perturbado, falta de ereção à masturbação, dificuldade de concentração, hipomnesia)*.”<sup>569</sup>

No terceiro mês a situação passou a mudar, e “*a melhora começou a manifestar-se*”. O paciente então:

*Deixou de usar bermudas por debaixo da calça “para evitar farpas”. Parou de sair com os dedos amarrados com um barbante para “não enforçar pessoas”. Começou a ter uma atividade **seminormal** na loja do pai sendo capaz de realizar tarefas simples. Os pensamentos recorrentes agressivos ou de culpa diminuíram em frequência e intensidade*<sup>570</sup>.

---

<sup>568</sup> Ibidem, p. 17. (grifo nosso)

<sup>569</sup> Ibidem, p. 17.

<sup>570</sup> Ibidem, p. 17. (grifo nosso)

Neste momento, portanto, os sintomas foram reduzidos, o que os autores consideram como comportamento “semi-normal”. Posteriormente, com “a dose de 60mg/dia de tranilcipromina” mantida, os sintomas foram, em grande medida, suprimidos, tendo o paciente alcançando o comportamento considerado “normal”. Nas palavras dos autores: “no sexto mês de tratamento a melhora se acentuou. (...) /A partir do sexto mês o comportamento normal foi se estabilizando. Como exemplo, pela primeira vez Roberto iniciou um relacionamento afetivo.<sup>571</sup>”

O começo de um relacionamento amoroso é apontado como o exemplo do retorno a “normalidade”, estado mantido “com uma dose de manutenção de 40 mg/dia de tranilcipromina”. Contudo, não deixam de apontar que as “tentativas de reduzir essa dose resultaram em recidivas”. O paciente se encontrava “em tratamento há dois anos” e “os efeitos colaterais diminuíram. Persistiram tonteira ortostática e diminuição da libido e ganho de peso”<sup>572</sup>.

Este tipo de narrativa dos casos clínicos estará presente ao longo de toda a Série Psicofarmacologia, assim, quando os sintomas do paciente são apresentados, descreve-se também uma série de perdas na sua vida que teriam ocorrido em decorrência destes sintomas. Como se algo alheio ao paciente estivesse impedindo-o de exercer suas capacidades. Em compensação, após a tomada do medicamento, são descritas todas as oportunidades que o sujeito consegue aproveitar por ter se livrado dos sintomas de seu transtorno, neste caso o início de um relacionamento amoroso.

Todo este formato descritivo parece enfatizar a ideia de que o transtorno psiquiátrico é uma entidade específica de doença<sup>573</sup>, que acompanha o paciente desde tenra idade, atrapalhando a sua vida e a dos seus familiares, impedido-os (paciente e família) de viverem uma vida “normal” e exercerem suas capacidades. Além disso, vemos que o medicamento é apresentado como o agente que combate “a doença” permitindo que o paciente e seus familiares possam ter uma vida “normal”.

Em todos os casos clínicos analisados é descrito o aparecimento de efeitos colaterais devido ao uso da medicação empregada. Os mais comuns são: ressecamento da boca, redução da libido e aumento de peso. E, assim como ocorre neste caso, a

---

<sup>571</sup> Ibidem, p. 17. (grifo nosso)

<sup>572</sup> Ibidem, p. 17.

<sup>573</sup> ROSENBERG. Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260.



melhora estava associada à remissão dos sintomas e à volta à vida “ativa”, especialmente ao trabalho e a vida social.

#### 4.1.2 - A doença e a “lógica do mal menor”

Após a apresentação destes casos, o artigo procura demonstrar a grande prevalência deste transtorno na população norte-americana e, a partir de dados estatísticos coletados pelo ECA (Epidemiology Catchment) e por Flament M. F.<sup>574</sup>, esses dados são transpostos para o Brasil. Apoiando-se nesta transposição os autores estimam que cerca de 1 a 1,5 milhão da população brasileira sofra de Transtorno Obsessivo Compulsivo. Enfatizam a grande incapacitação que este transtorno gera para a vida das pessoas e as dificuldades de se fazer o diagnóstico, devido ao receio das pessoas de serem estigmatizadas por possuírem tais sintomas.

*(...) Os estudos revistos sugerem que o Transtorno Obsessivo Compulsivo, nos adultos e adolescentes, é mais freqüente do que se suspeitava, mas permanece sem diagnóstico e tratamento. A partir da extrapolação dos dados, estima-se que cerca de 1,5 milhões de brasileiros estejam sofrendo do Transtorno Obsessivo Compulsivo<sup>575</sup>.*

Os autores destacam três “traços essenciais” que caracterizam o Transtorno Obsessivo Compulsivo: “(...)a experiência de uma força interna compulsora, uma resistência interior a ela e a preservação do discernimento”<sup>576</sup>. A descrição destes sintomas se baseia no DSM III-R e o artigo traz um quadro descrevendo todos os sintomas deste transtorno, segundo o referido manual<sup>577</sup>.

Afirmam que a causa do Transtorno Obsessivo Compulsivo é desconhecida e são apontados múltiplos fatores que devem determinar sua origem: genéticos, biológicos e de sistemas familiares. Destacam ainda três teorias que propõem uma explicação a respeito da causa deste transtorno: psicodinâmica, comportamental e

---

<sup>574</sup>FLAMENT, M.F. Epidémiologie du trouble obsessionnel-compulsif chez l’enfant et l’adolescent. *In L’Encéphale*, 16: 1990, pp. 311-316 *apud* VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Serie Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *op.cit.*.

<sup>575</sup>VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Serie Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *op.cit.*, p. 18.

<sup>576</sup>Ibidem, p. 19.

<sup>577</sup> Ibidem, p.19.

biológica. No entanto, o artigo se detém especialmente na última teoria fazendo apenas um parágrafo de menção às duas primeiras. Chamam a explicação das teorias psicodinâmicas de “*especulações psicodinâmicas*”, afirmando que estas acreditam que as obsessões e a elaboração de rituais teriam como origem os “*impulsos agressivos inconscientes*”<sup>578</sup>. Sobre as “*teorias comportamentais ou de aprendizagem social*”<sup>579</sup>, afirmam que geralmente estas acreditam que a ansiedade condicionada, propulsora das obsessões e rituais típicos deste transtorno, se fundariam no medo do paciente fazer mal a si mesmo ou a entes queridos.

Já sobre as “*teorias biológicas*” afirmam que estas têm se “*beneficiado*” dos “*avanços da psicofarmacoterapia e do surgimento de técnicas de neuroimagem*”, a partir das quais elaboraram o que chamam de “*hipótese serotoninérgica do Transtorno Obsessivo Compulsivo*”<sup>580</sup>.

Neste ponto o enfoque do artigo se detém na “hipótese serotoninérgica” e é citada uma profusão de pesquisas que procuram validar esta hipótese. É importante destacar que a “hipótese serotoninérgica” do T.O.C. surge como resultado dos testes de medicamentos realizados para tratamento do referido transtorno. Dentre os medicamentos testados – os inibidores de recaptção de serotonina, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxadase, antidepressivos em geral, neurolépticos e os benzodiazepínicos – os inibidores de recaptção de serotonina teriam alcançado os melhores resultados e, por indução, levado à hipótese de que a serotonina teria relação com o Transtorno Obsessivo Compulsivo.

*Os ensaios de avaliação de eficácia dos psicofármacos no Transtorno Obsessivo Compulsivo apoiam a hipótese serotoninérgica na medida que há forte associação entre a propriedade farmacológica de bloqueio da recaptção de serotonina e resposta positiva em ensaios controlados. As evidências a favor desta hipótese ainda não são definitivas*<sup>581</sup>.

Nessa linha, destacam a clomipramina, que é um inibidor de recaptção de serotonina, como o remédio de maior eficácia no tratamento deste transtorno. Os autores

---

<sup>578</sup> Ibidem, p. 18.

<sup>579</sup> Ibidem, p.18.

<sup>580</sup> Ibidem, p. 18.

<sup>581</sup> Ibidem, p. 26.

chegam a mencionar que outros neurotransmissores também podem estar envolvidos na produção deste transtorno, como a dopamina, mas não se detêm neste ponto.

Em seguida, na parte intitulada “Tratamento Farmacológico” o artigo dedica grande atenção a clomipramina, analisando a composição e ação desta substância que surge nos anos de 1990. São descritos os resultados de estudos da clomipramina *versus* placebo e clomipramina *versus* outros antidepressores. Na primeira modalidade de comparação, de nove estudos, nove teriam comprovado a superioridade da clomipramina *versus* o placebo. Enquanto que sete estudos teriam demonstrado a superioridade da clomipramina em relação a nortriptilina, amitriptilina, clorgilina, imipramina e a desipramina. Reproduziremos abaixo os quadros 3 e 4, nos quais são apresentados um resumo dos estudos realizados<sup>582</sup>.

**Quadro 3** — Estudos controlados com clomipramina CMI versus placebo no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo

Estudo	N	Desenho	Melhora nos sintomas do TOC
Thoren (1980)	8 8	Paralelo CMI (150mg) vs placebo	CMI > placebo (5 semanas)
Montgomery (1980)	14	Crossover CMI (75mg) vs placebo	CMI > placebo (4 semanas)
Insel (1983)	12	Crossover CMI (100-300mg) vs placebo	CMI > placebo (4-6 semanas)
Flament (1985)	19	Crossover CMI (141 mg) vs placebo (crianças)	CMI > placebo (5 semanas)
Mavissakalian (1985)	7 5	Paralelo CMI (100-300mg) vs placebo	CMI > placebo (12 semanas)
Marks (1988)	25 12	Paralelo CMI (125-157mg) vs placebo (mais idênticas condições de exposição)	CMI > placebo (8 semanas)
DeVeough Geiss (1989)	122 119	Paralelo CMI (100-300mg) vs placebo	CMI > placebo (2-9 semanas)
DeVeough Geiss (1989)	72 71	Paralelo CMI (100-300mg) vs placebo	CMI > placebo (1-9 semanas)
Jenike (1989)	13 14	Paralelo CMI (200-300mg) vs placebo	CMI > placebo (10 semanas)

20 □ Jornal Brasileiro de Psiquiatria jan/fev 1992 vol. 41 n.º 1

<sup>582</sup> Ibidem, pp. 20-21.

**Quadro 4** — Estudos controlados com a clomipramina versus outros antidepressores no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo

Estudo	N	Desenho	Melhora dos sintomas obsessivos
Nortriptilina (NOR) Thoren e cols. (1980)	8 8 8	Paralelo CMI (150mg) vs NOR (150mg) vs placebo	CMI > PLAC NOR not < PLAC (5 semanas)
Amitriptilina (AMI) — Ananth e cols. (1981)	10 10	Paralelo CMI (< 300mg) vs AMI (< 300mg)	CMI > PLAC AMI = PLAC (4 semanas)
Clorgilina (CLORG) — Insel e cols. (1983)	12 11	Crossover CMI (100-300mg) vs CLORG (30mg)	CMI > PLAC (6 semanas)
Imipramina (IMI) — Volavka e cols. (1985)	9 10 8 8	Paralelo CMI (275mg) vs IMI (265mg) CMI (275mg) vs IMI (265mg)	CMI > IMI (6 semanas) CMI > IMI (12 semanas)
— Foa e cols. (1987)	19 18	IMI (235mg) vs placebo	IMI = PLAC (6 semanas)
Desipramina (DMI) — Zohar e cols. (1987)	14	Crossover CMI (235mg) vs DMI (290mg)	CMI > DMI (6 semanas)
Desipramina (DMI) — Leonard e cols. (1988)	19	Crossover CMI (3mg/kg) vs DMI (3mg/kg)	CMI > DMI (3 semanas)

PLAC = placebo

Em seguida discute-se o modo como a clomipramina deve ser empregada no Transtorno Obsessivo Compulsivo – sua dosagem, o tempo de ação, os seus efeitos adversos e o grau de melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos.

*Por ser a medicação mais bem estudada, a apresentar a melhor documentação de eficácia, a clomipramina constitui a primeira opção no tratamento farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo<sup>583</sup>.*

Em uma medida bem menor, discute-se o papel de outros medicamentos no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo. São eles: a fluoxetina, a fluvoxamina – que, assim como a clomipramina, são inibidores de recaptção de serotonina –, benzodiazepínicos, a buspirona e os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs).

Neste ponto, é importante destacar que, apesar dos autores passarem praticamente o artigo inteiro enaltecendo as vantagens da clomipramina em relação a outros medicamentos e dedicando menos de uma página à descrição da fluoxetina, percebemos que a fluoxetina parece ser um medicamento superior a clomipramina no que se refere a um menor número de efeitos colaterais, produzindo semelhante ou maior

<sup>583</sup> Ibidem, p. 21. (grifo nosso)

efeito terapêutico segundo os próprios autores: “(A fluoxetina) É um potente inibidor da recaptação pré-sináptica da serotonina, com um baixo perfil de efeitos colaterais. Possui uma maior especificidade sobre a serotonina do que a clomipramina, tendo a vantagem de produzir menos efeitos colaterais<sup>584</sup>”.

Ademais, a despeito de os autores reconhecerem isso no artigo e se indagarem sobre a possível superioridade deste medicamento em relação à clomipramina, eles se abstêm de aprofundar a discussão afirmando que não existem muitos estudos comparativos entre os dois medicamentos – fluoxetina e clomipramina<sup>585</sup>.

Em relação à fluvoxamina, os autores apontam que os estudos demonstram que esta substância tem se mostrado um agente anti-compulsivo eficaz.

Já em relação aos outros medicamentos – benzodiazepínicos, buspirona e inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) – os autores afirmam que apesar dos estudos realizados com estas substâncias apresentarem resultados favoráveis no tratamento do TOC, encontram-se ainda em pequeno número. E, concluem que a clomipramina é a medicação mais indicada para o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo por ser a substância “*mais bem documentada*”, ou seja, possui mais evidências sobre a sua eficácia.

Após esta conclusão, encontramos nos últimos parágrafos do artigo as observações dos autores sobre as incertezas acerca do tratamento farmacológico:

**1)O tratamento farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo não é satisfatório. Primeiro, a taxa de pacientes que respondem aos fármacos não é elevada; cerca de 50% dos pacientes apresentam melhora substancial, (...) Portanto, 40 a 50% dos pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo são refratários aos psicofármacos. 2)Segundo, aqueles que respondem dificilmente apresentam remissão total de seus sintomas obsessivo-compulsivos. O mais comum é uma redução de 40% dos sintomas obsessivo-compulsivos, que foi a média de diminuição dos escores encontrada nos vários estudos realizados.(...) 3)Terceiro, o único fármaco com eficácia bem documentada – a clomipramina – apresenta uma série de efeitos indesejáveis, principalmente a longo prazo, que dificultam o tratamento, principalmente o ganho de peso e o comprometimento sexual (atingindo este, mais de 90% dos pacientes, nas doses terapêuticas). 4)Quarto, as taxas de recidivas após a retirada dos fármacos são muito elevadas, chegando a 90%<sup>586</sup>.**

---

<sup>584</sup> Ibidem, p. 23.

<sup>585</sup> Ibidem, p. 24.

<sup>586</sup> Ibidem, pp. 26- 27. (grifo nosso)

E, por fim, os autores acabam afirmando a validade do tratamento farmacológico para o Transtorno Obsessivo Compulsivo utilizando a lógica presente na maioria dos artigos que chamaremos de “lógica do mal menor”:

*(...) Sem dúvida que a utilização dos remédios só se justifica no Transtorno Obsessivo Compulsivo por se tratar de uma doença freqüentemente incapacitante, crônica e refratária a quase todas as estratégias terapêuticas, fazendo com que em vários casos a relação risco-benefício pese na direção do uso dos fármacos<sup>587</sup>.*

Este tipo de citação está presente ao longo de toda a Série Psicofarmacologia. A partir dela percebemos que não é por acaso que a maioria dos artigos que abordam o tratamento de um transtorno específico – no caso do presente artigo o T.O.C. – se iniciam com a tentativa de demonstrar a grande incidência do transtorno abordado e a grande incapacitação e perdas geradas por ele – o transtorno – na vida dos seus portadores. Mais do que uma validação dos diagnósticos propostos pelo DSM III e DSM III-R, este formato descritivo procura, a nosso ver, validar a gravidade da doença para justificar as incertezas, os riscos e os efeitos colaterais dos medicamentos empregados no seu tratamento.

## 4.2 – FUNDAMENTOS DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

Um outro artigo que selecionamos é o de novembro/dezembro de 1992 e intitula-se: *Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na Depressão*<sup>588</sup>. Os autores deste artigo são: Eloísa Saboya, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Paula Ventura, Andrea de Moraes, Sandra Pinto, Márcio Versiani<sup>589</sup>.

Neste artigo vemos uma discussão mais clara acerca dos fundamentos da Psiquiatria Biológica. Nele, os autores discutem a “eficácia” da abordagem biológica e

---

<sup>587</sup>Ibidem, pp. 26- 27. (grifo nosso)

<sup>588</sup> SABOYA, Eloísa; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; VENTURA, Paula; MORAES, Andrea de; PINTO, Sandra; VERSIANI, Márcio. *Série Psicofarmacologia 10: Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na Depressão. Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 41, n.10, novembro/ dezembro de 1992, pp. 481-494.

<sup>589</sup> Ibidem, pp. 481-494.

da cognitivo-comportamental no tratamento da Depressão. Para tanto, traçam um histórico acerca do surgimento da Psiquiatria Biológica apontando em quais fontes ela se ancora, qual o seu diferencial em relação às outras abordagens, de como compreende a Depressão e seu tratamento. Vale destacar que a maior parte do artigo contém uma explicação mais detalhada do que a maioria dos outros artigos do período acerca do modo como a Depressão é tratada pelo DSM-III e DSM III-R em suas várias dimensões, permitindo-nos avaliar a leitura conferida por este grupo de psiquiatras ao referido manual:

*Neste trabalho o termo Depressão será empregado em referência a síndromes clínicas específicas definidas atualmente como categorias diagnósticas pelo sistema DSM-III-R, de 1987, da Associação Psiquiátrica Americana, sem entrar em discussão a respeito das controvérsias diagnósticas e dos modelos empregados na sua classificação.<sup>590</sup>*

A partir disso os autores descrevem a abordagem recebida pela Depressão na Psiquiatria Biológica. Fazem inicialmente um histórico acerca do conceito de Depressão e constroem um elo de ligação entre o conceito “maníaco-depressivo” proposto por Emil Kraepelin (1856-1926) e o conceito de Depressão presente no DSM III-R (versão revisada do DSM-III), seu referencial atual para pensar e tratar a Depressão. Ao longo do artigo, os autores explicam que o critério classificatório do DSM III-R é construído com base na análise das manifestações sintomáticas da Depressão, sem discussão acerca da etiologia dessa categoria diagnóstica. Além disso, privilegiam o que chamam de “comprovação empírica” dos conceitos com os quais trabalham.

***A partir dos critérios diagnósticos da Universidade de Washington-USA-RDC (Critérios Diagnósticos para Pesquisa) iniciou-se uma nova abordagem diagnóstica fenomenológica das depressões. Em 1980 foi publicado o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM III) da Associação Psiquiátrica Americana, que é um sistema diagnóstico multiaxial composto por cinco eixos, sendo: Eixo I referente às doenças psiquiátricas específicas; o Eixo II, aos transtornos do desenvolvimento e da personalidade; o Eixo III, a qualquer distúrbio ou condição física concomitante; o Eixo IV, aos estressores psicossociais; e o Eixo V, ao nível mais elevado de funcionamento alcançado pelo indivíduo no último ano. Os sistemas atuais como o DSM-III e sua versão revisada de 1987, o DSM III-R,***

---

<sup>590</sup> Ibidem, p. 481.

*procuram ser objetivos, operacionais e a-teóricos com relação à etiologia. Do DSM-III-R foram excluídos termos provenientes de teorias que carecem de demonstração empírica, tais como “psicótico”, “neurótico”, “endógeno” e “reativo”<sup>591</sup>.*

Destacam que para o DSM III-R as depressões são enquadradas na categoria dos transtornos de humor e possuem diferentes níveis de manifestação – o que significa variações no comprometimento físico, relacional e social gerado na vida das pessoas – e diferentes períodos de duração.

*O DSM III-R classifica as depressões na categoria dos transtornos de humor, definindo-se “humor” como uma emoção prolongada, geralmente envolvendo Depressão ou elação e que perpassa toda a vida psíquica do indivíduo. A característica principal dos transtornos de humor é uma perturbação de humor acompanhada de uma síndrome depressiva ou maníaca, total ou parcial, que não é devida a qualquer outro distúrbio físico ou mental. Esta categoria divide-se em transtornos bipolares e transtornos depressivos. A característica essencial dos bipolares é a presença de um ou mais episódios maníacos ou hipomaníacos. Nos transtornos depressivos a característica essencial é a presença de um ou mais períodos de Depressão, sem histórico de episódios maníacos ou hipomaníacos. O DSM III-R define as seguintes categorias de Depressão: Depressão maior (episódio único ou recorrente), distímia, e transtorno depressivo sem outra especificação, que é uma categoria residual<sup>592</sup>.*

De qualquer modo, os autores não descartam a opção de que um tipo de Depressão, nomeada de distímia, seja um traço de personalidade quando ocorre de forma muito recorrente na vida de uma dada pessoa:

*O início ocorre habitualmente na infância, adolescência ou começo da idade adulta, o que levou muitos autores a se referirem a este distúrbio como “personalidade depressiva”. Geralmente não se observa um início claro e o curso é crônico. A presença de Depressão maior superposta é frequente nas situações clínicas<sup>593</sup>.*

Apesar do DSM-III-R propor uma análise a-teórica acerca da etiologia das depressões – como vimos numa citação anterior –, os autores analisam algumas hipóteses acerca da possível origem biológica de alguns tipos de depressões e dedicam

---

<sup>591</sup>Ibidem, p. 485. (grifo nosso)

<sup>592</sup> Ibidem, p. 482. (grifo nosso)

<sup>593</sup> Ibidem, p. 484.



uma boa parte do artigo a análise dessas hipóteses. Segundo os autores “[A]s hipóteses biológicas para os transtornos depressivos buscam extrair dos dados biológicos empíricos uma conexão causal com a sintomatologia depressiva (Janicak e cols<sup>594</sup>). Tais hipóteses figuram no corpo da Psiquiatria Biológica, a qual se define como uma orientação de conceitos, pesquisas e procedimentos cuja ênfase principal na gênese dos transtornos mentais é dada à influência das modificações morfológicas ou funcionais do sistema nervoso (Pichot, in Lima 1988).”<sup>595</sup>

As principais hipóteses biológicas se dividem em: 1) Hipótese monoaminérgica; 2) Hipótese catecolaminérgica; 3) Hipótese das indolaminas; 4) Hipóteses da proporção catecolamina/indolamina; 5) Hipótese dopaminérgica; 6) Hipótese dos neuropeptídios; 7) Hipótese dos receptores que se subdivide em: receptores noradrenérgicos, receptores 5 HT e receptores dopaminérgicos; 8) Hipóteses neuroendócrinas que se subdivide em: desregulação do eixo hipotalâmico – hipofisário adrenal, desregulação do eixo hipotalâmico – hipofisário tireoidiano; 9) Hipótese da Membrana (Intercâmbio de Cátion); 10) Hipótese genética.

Em seguida, os autores apresentam duas abordagens psicológicas que tratam da Depressão: a abordagem Behaviorista e a Cognitivista.

*As teorias psicológicas de orientação behaviorista abordam o fenômeno da Depressão com base sobretudo nas teorias da aprendizagem, enquanto que as perspectivas cognitivas priorizam o papel das distorções do pensamento e da percepção. Os principais fatores psicológicos considerados no enfoque das depressões, incluindo tanto as abordagens behavioristas quanto as cognitivas, podem ser reunidos basicamente em sete grupos [...]: 1) perda de reforço positivo, 2) perda da eficácia do reforço, 3) baixa taxa de reforço contingente, 4) esquemas de punição, 5) reforço positivo para o comportamento depressivo, 6) crença na inabilidade do controle, e 7) distorções cognitivas<sup>596</sup>.*

---

<sup>594</sup> JANICAK, P.G.; SHARMA, R.; COMATY, J. DAVIS, J.M. *Tratamento Farmacológico da Depressão*. In: FLAHERTY, J. A.; CHANNON, R.A.; DAVIS, J.M. (org). *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. (Tradução: Batista, D.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, pp. 31-41 *apud* SABOYA, Eloísa; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; VENTURA, Paula; MORAES, Andrea de; PINTO, Sandra; VERSIANI, Márcio. *Serie Psicofarmacologia 10: Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na Depressão. op.cit.*

<sup>595</sup> SABOYA, Eloísa; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; VENTURA, Paula; MORAES, Andrea de; PINTO, Sandra; VERSIANI, Márcio. *Serie Psicofarmacologia 10: Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na Depressão. op.cit.*, p. 485.

<sup>596</sup> *Ibidem*, p. 489. (grifo nosso)

Após a apresentação destas abordagens com as quais os autores parecem manter uma relação de respeito e admiração, é proposto um modelo de pesquisa e tratamento mais amplo para a Depressão.

*A maioria das pesquisas que investigam a etiologia, a fisiologia ou a resposta ao tratamento nos transtornos depressivos priorizam um único aspecto (biológico ou psicológico) ao invés de buscar um modelo fatorial, onde todas as variáveis já levantadas possam ser incluídas. Este modelo proporcionaria uma visualização ampla das variáveis implicadas e das interações entre elas, permitindo uma compreensão mais global do fenômeno único, podendo manifestar-se sob diversos quadros clínicos. Seria então necessária na realidade a construção de diversos modelos fatoriais, um para cada subtipo específico do transtorno.*<sup>597</sup>

Mesmo propondo um modelo que não seja exclusivista – só biológico, ou só psicológico – os autores afirmam que todas as dimensões do comportamento humano “repousam” num substrato orgânico, o que, por sua vez, é o argumento adotado pelo DSM III-R em relação às patologias mentais, como vimos no capítulo 1. Em suas palavras:

***Partindo-se do princípio de que todo comportamento repousa num substrato biológico, a distinção entre processos biológicos e psicológicos não passaria de um artefato. Processos afetivos básicos são amplamente mediados por sistemas neurais vísceros-emotivos inferiores (sistema límbico e tronco cerebral), os quais estão sujeitos a influências dos sistemas somato-cognitivos superiores (corticais).***<sup>598</sup>

E, por fim, defendem ainda a construção de “categorias diagnósticas mais distintas” do que aquelas presentes no DSM III-R e mais pesquisas empíricas construídas com a finalidade de verificar a validade das diversas abordagens existentes para o tratamento da Depressão. Sugerem ainda que cada abordagem seja testada para cada subtipo específico de Depressão: “Somente então farão sentido as propostas de modelos que expliquem ou ao menos forneçam uma compreensão coerente (com

---

<sup>597</sup> Ibidem, p. 494.

<sup>598</sup> Ibidem, p. 494. (grifo nosso)

*implicações terapêuticas) para o quadro clínico observado, considerando os dados biológicos e/ou dados de análise comportamental*<sup>599</sup>”.

Portanto, os autores não descartam a utilização de correntes terapêuticas que não sejam biológicas para análise e tratamento da Depressão, mas parecem acreditar que a abordagem biológica da psiquiatria seja superior às “teorias psicodinâmicas”, dentre as quais se inclui a psicanálise, e até mesmo a “terapia cognitivo comportamental”. Consideramos que isso ocorre pelo grupo de psiquiatras biológicos do Programa acreditar que eles tratariam da “causa real” das doenças psiquiátricas, que seria justamente biológica, enquanto que as demais correntes citadas trabalhariam com os efeitos de superfície das doenças psiquiátricas.

### **4.3- O PRINCÍPIO DA INCERTEZA E A PRESCRIÇÃO**

O último artigo que analisaremos neste capítulo é de junho de 1993 e intitula-se *Clonazepam na Fobia Social - 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano*. Os autores do artigo são: Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Sandra Pinto, Eloísa Saboya, Márcio Versiani<sup>600</sup>. Este artigo se destaca dos demais artigos da Série devido ao grande número de pacientes estudados e pelo longo prazo de duração – em comparação com os demais estudos da Série.

Inicialmente os autores afirmam que a Fobia Social é um transtorno comum que pode acarretar Depressão, suicídio, abuso de álcool e sedativos bem como grande incapacitação social e profissional. Apontam ainda que a Fobia Social é um Transtorno pouco conhecido e pouco diagnosticado e que, por isso, mais pesquisas devem ser realizadas em torno deste transtorno e seus possíveis tratamentos.

Neste artigo os autores apresentam um estudo de longo prazo, com um ano de duração, utilizando o clonazepam em 49 pacientes com Fobia Social – segundo os critérios diagnósticos do DSM-III-R. O estudo possui dois objetivos principais: 1) avaliar a eficácia clínica a longo prazo (um ano) do clonazepam em 49 pacientes com

---

<sup>599</sup> Ibidem, p.494.

<sup>600</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social - 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, junho/1993, vol. 42, n. 5, pp. 243-253.

Fobia Social, 2) avaliar se há desenvolvimento de tolerância aos efeitos terapêuticos do clonazepam durante um ano de tratamento.

Os pacientes foram diagnosticados através de entrevista semi-estruturada (SCID-1) e aferidos em seguimento de um ano, através dos seguintes instrumentos: CGI, Escala Liebowitz para Fobia Social, Escala de Sheehan para incapacitação.

Antes de apresentar os detalhes de sua pesquisa, os autores dedicam grande parte do artigo a apresentação dos benzodiazepínicos – o clonazepam faz parte da classe dos benzodiazepínicos. Segundo os autores, até 1987 não havia relato de estudos controlados com psicofármacos em amostras clínicas de fóbicos sociais.

*Os relatos iniciais de benefícios positivos com a fenelzina no transtorno fóbico foram conduzidos em amostras mistas de pacientes fóbicos (Kelly e cols.<sup>601</sup>; Tyrer e cols.<sup>602</sup>) Vários estudos (Turner e cols.<sup>603</sup>; Chambless e cols.<sup>604</sup>) de farmacoterapia em pessoas socialmente ansiosas utilizaram amostras analógicas ou não-clínicas ao invés de pacientes com Fobia Social que procuravam tratamento para esta condição<sup>605</sup>.*

No final dos anos de 1980 estudos mais “rigorosos” teriam começado a ser produzidos e demonstraram “a existência de resposta preferencial a certos psicofármacos de acordo com o subtipo da Fobia Social”.

---

<sup>601</sup> KELLY, D.; GUIRGUIS, W. FROMMER, E.; et. al. Treatment of phobic states with antidepressants: a retrospective study of 246 patients. In: *British Journal of Psychiatry*, 116, 1970, pp. 387-398 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op.cit.*

<sup>602</sup> TYER, P.; CANDY, J.; KELLY, D; A study of the clinical effects of phenelzine and placebo in the treatment of phobic anxiety. In: *Psychopharmacologia*, 32, 1973, pp. 237-254 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op.cit.*

<sup>603</sup> TURNER, SM.;BEIDEL, D.C.; LARKIN, K.T. Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 1986, pp. 523-527 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>604</sup> CHAMBLESS, D.L. HUNTER, K, JACKSON, A. Social Anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples. In: *Behavior Research and Therapy*, 10, 1982, pp. 403-404 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>605</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

*Em estudo duplo cego, controlado por placebo, em 41 fóbicos sociais (predominantemente do tipo generalizado), a fenelzina demonstrou maior eficácia do que o atenolol e o placebo, sendo que o atenolol mostrou-se eficaz somente no subtipo circunscrito (Liebowitz e cols.<sup>606</sup>). Em outro estudo duplo-cego, com placebo, envolvendo 78 fóbicos sociais, a moclobemida e a fenelzina foram significativamente superiores ao placebo e comparáveis em eficácia (Nardi<sup>607</sup>; Versiani e cols.<sup>608</sup>)<sup>609</sup>*

Afirmam que os benzodiazepínicos estão se tornando os agentes mais estudados na terapia da Fobia Social devido a sua “eficiência, simplicidade de uso e baixa toxicidade”. Argumentam que o clonazepam é um benzodiazepínico de alta potência, comercializado no Brasil como anticonvulsivante e que ele agiria como um facilitador do sistema gabaérgico e aumentaria a síntese central de serotonina.

São citados cinco estudos sobre o tratamento com clonazepam para Fobia Social. Esses estudos foram os únicos localizados pelos autores: Versiani & Nardi<sup>610</sup>; Ontiveros & Fontaine<sup>611</sup>; Reiter e cols.<sup>612</sup>; Munjack e cols.<sup>613</sup>. Davidson e cols.<sup>614</sup>. Os dados são apresentados de forma resumida no quadro 1 do artigo, que reproduzimos abaixo.<sup>615</sup>

---

<sup>606</sup> LIEBOWITZ, M.R., GORMAN, J. M. FYER, A.J., et.al. Pharmacotherapy of social phobia: an interim report of a placebo-controlled comparison of phenelzine and atenolol. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 1988, pp. 252-257 apud FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>607</sup> NARDI, E. Fobia Social: Tratamento Farmacológico com anti-depressivos inibidores da monoaminoxidase. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1989 apud FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>608</sup> VERSIANI, M.D., NARDI, A. E., MUNDIM, F.D. et.al. Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobemida and phenezine. In: *British Journal of Psychiatry*, 161, 1992, pp. 352-360 apud FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>609</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 243.

<sup>610</sup> VERSIANI, M; NARDI, A. Fobia Social. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5. 1989, pp. 251-263 apud FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, pp. 243-253.

<sup>611</sup> ONTIVEIROS, A; FONTAINE, R. Social Phobia and Clonazepam. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 1990, pp. 449-441 apud FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>612</sup> REITER, S.R.; POLLACK MH, ROSEMBAUM, J.F. Clonazepam for the treatment of social phobia. In: *Jornal of Clinical Psychiatry*, 51, 1190, pp. 470-472 apud FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>613</sup> MUNJACK, D.J.; BALTAZAR, P.L.; BOHN, P.B.;CABE D.D; APLETON, A.A. Clonazepam in the treatment of social phobia: a pilot study. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (Suppl. 5), 1990, pp. 35-40

Quadro 1 – Clonazepam na fobia social - Revisão da literatura

Investigador	Amostra	Desenho	Duração	Dose média (limites)	Eficácia (%)
Versiani <sup>(122)</sup>	40	ensaio aberto	4 meses	3,9 mg/dia (3,0-6,0)	87%
Ontiveros <sup>(79)</sup>	5	relato de caso	8 semanas	3 mg/dia (2,0-4,0)	100%
Reiter <sup>(88)</sup>	11	série de casos	não informa	1,69 mg/dia (0,75-3,0)	81%
Munjack <sup>(73)</sup>	23	grupo de controle sem tratamento + randomizado	8 semanas	2,75 mg/dia (1,0-6,0)	60% grupo CNZ + grupo CNZ superior ao controle
Davidson <sup>(17)</sup>	26	retrospectivo	11 meses	2,1 mg/dia (0,5-5,0)	85%

Segundo os autores, os cinco estudos consideraram o clonazepam uma medicação segura e eficaz no tratamento da Fobia Social, apresentando vantagens se comparado a medicações como a tranilcipromina, a fenelzina e o alprazolam. E descrevem algumas de suas vantagens:

*Por exemplo, não apresenta os riscos de crise hipertensiva e as restrições dietéticas e medicamentosas dos IMAOs tradicionais. Sua meia vida é bem mais longa do que a do alprazolam, permitindo uma posologia mais simples, podendo ser administrado uma a duas vezes por dia, ao passo que o alprazolam precisa ser tomado três a quatro vezes por dia (Figueira<sup>616</sup> 617)*

Os autores criticam a escassez de estudos de longa duração com o clonazepam e afirmam que o estudo prospectivo de maior seguimento relatado na literatura até a

---

*apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>614</sup> DAVIDSON, JRT.; FORD, SM; SMITH, RD; POTTS, NLS. Long term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (suppl. 11), 1991, pp. 16-20. *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>615</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 244.

<sup>616</sup> FIGUEIRA, I. Os benzodiazepínicos podem bloquear os ataques de pânico? In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38, 1989, pp. 11-17 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>617</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 244.

realização do estudo apresentado no presente artigo é o de Versiani e Nardi<sup>618</sup>, tendo quatro meses de duração.

Em seguida, grande parte do artigo é dedicada à explicação da metodologia da pesquisa realizada. A pesquisa contou com quarenta e nove pacientes, selecionados a partir dos critérios diagnósticos de Fobia Social do DSM-III-R. Os diagnósticos foram efetuados através de Entrevista Clínica Estruturada para DSM-III-R (*Structural Clinical Interview for DSM-III-R*)<sup>619</sup>:

*Os diagnósticos foram obtidos através de anamnese semi-estruturada – o SCID – OP (Eixos I) – desenvolvida por Spitzer e Williams<sup>620</sup>, a qual se baseia no DSM-III-R da APA (1987)./ Os seguintes instrumentos de auto-avaliação foram aplicados a cada seis meses: SCL-90 (Derogatis e cols<sup>621</sup>); Escala de Liebowitz para Fobia Social (Liebowitz<sup>622</sup>); Escala de Sheehan para incapacitação (Sheehan<sup>623</sup>)/ Foi utilizado para avaliar a eficácia do tratamento, de acordo com o julgamento do psiquiatra, o “Clinical Global Impression (CGI) – Severity and Improvement (Impressão Clínica Global – gravidade e melhora) (Guy<sup>624</sup>), sendo aplicado a cada seis meses, junto com uma avaliação dos efeitos colaterais do clonazepam. Os pacientes que obtiverem os escores 1 e 2 (acentuada e moderada)*

---

<sup>618</sup>VERSIANI, M; NARDI, A. Fobia Social. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5. 1989, pp. 251-263 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>619</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 244.

<sup>620</sup> SPITZER R., WILLIAMS, J.B., GIBBON, M. Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID I & II). In: *Biometric Research Department*, New York Psychiatric Institute, 1987 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>621</sup> DEROGATIS, R.R., LIPMAN, R.L., COVIL, L. The SCL-90:na out-patient psychiatric rating scale: preliminary report. In: *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 1973, pp. 19-23 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>622</sup> LIEBOWITZ, M. R. Social Phobia. In: KLEIN, D.F., New York: Modern Problems of Psychopharmacology, 1987, pp. 141-173 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>623</sup> SHEEHAN, D.V., The anxiety Disease. New York: Charles Scribner's Sons, 1983 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>624</sup> GUY, W., ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: National Institute of Mental Health. US Department of Health, Education and Welfare publication, ADM, 1976, pp. 76-338 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

*no “CGI de melhora” foram considerados “responsivos”; aqueles com escores 3 e 4 (melhora leve e nenhuma), “não-responsivos.”*<sup>625</sup>

Os pacientes incluídos eram de ambos os sexos, com preponderância do sexo masculino (36 em 49), a idade variava entre 18 e 65 anos. A gravidade do transtorno deveria ser suficiente para que o tratamento farmacológico fosse indicado o que foi medido a partir da escala de CGI com escore de quatro ou mais e Escala de Sheehan com escore global de três ou mais. Os pacientes excluídos foram aqueles que apresentaram ideação suicida, sintomas psicóticos (p. ex. delírios ou alucinações), esquizofrenia, transtorno bipolar, retardo mental, transtorno de personalidade anti-social e “*boderline*”, transtornos mentais orgânicos, história de reação de hipersensibilidade a benzodiazepínicos, doenças clínicas (por exemplo, diabetes mellitus, pneumonia, insuficiência renal), presença ou possibilidade de gravidez.

Os autores destacam que poucos pacientes haviam sido submetidos a tratamentos para “problemas mentais” anteriormente: 16,7% tinham feito tratamento psicanalítico; nenhum realizou tratamento comportamental ou cognitivo; 23,3% haviam tomado antidepressivo; 36,7% utilizaram benzodiazepínicos e 11,5% tinham história de internação psiquiátrica. Sobre os subtipos de Fobia Social afirmam que 6 dos 49 (12,2%) pacientes apresentavam quadros circunscritos, sendo o subtipo generalizado muito mais frequente (87,8%). Afirmam ainda que em 81,8% dos casos não foram localizados estressores externos ou internos desencadeando a Fobia Social.

A análise dos dados coletados foi organizada estatisticamente. É interessante notar que em função da grande quantidade de pacientes que abandonaram o estudo – 22 pacientes exatamente – os pesquisadores criaram duas avaliações distintas para os dados: uma para calcular os dados do estudo levando em conta apenas os 27 pacientes que completaram os 12 meses de estudo (“*completers analyses*”), outra com o resultado dos 49 pacientes (“*end-point analyses*”). E explicam:

*Na análise dos que terminaram o estudo, empregamos o teste não-paramétrico de Friedman por três motivos (Siegel<sup>626</sup>): a) nossa*

---

<sup>625</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>626</sup> SIEGEL, S. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Mc Graw-Hill, 1975 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA,



*amostra é do tipo relacionada, b) a mensuração é do nível ordinal, e c) selecionamos três mensurações: linha de base, mês 6 e mês 12./ Na análise dos resultados finais, comparamos os escores médios das diversas escalas em dois pontos: na linha de base e no último mês de seguimento do paciente.*<sup>627</sup>

O estudo foi iniciado com 1mg/dia de clonazepam ao deitar, aumentando a dose em 1mg a cada semana com o objetivo de alcançar a dose de 6mg/dia. Quando os 6mg/dia não surtiam efeito e, ao mesmo tempo, não apresentavam efeitos colaterais adversos significativos a dose foi aumentada até o máximo de 14mg/dia (seguindo a experiência com o clonazepam na epilepsia). Mais a frente do artigo, os autores vão descrever um caso em que o paciente teria aumentado a dose “por conta própria” e chegado a 20mg/dia.

A partir do momento que a dose “ótima” (que significa melhor relação eficácia/efeitos adversos), era alcançada, estabilizava-se o tratamento com ela até o fim do estudo. Caso ocorresse perda de eficácia clínica, o médico estava autorizado a elevar a dose até alcançar “a maior eficácia possível”.

A análise do resultado da amostra total – sem desconto dos 22 pacientes que abandonaram o estudo – foi submetida a escala CGI. Segundo esta escala, 39 dos 49 (79,6%) pacientes teriam respondido positivamente ao clonazepam no final de um ano de tratamento. Sendo que deste total, 39,22 apresentaram melhora acentuada (CGI=1) e 17, melhora moderada (CGI =2).

*Houve um forte motivo para utilizarmos as duas estratégias de análise estatística. Caso tivéssemos avaliado somente 22 pacientes que completaram um ano de tratamento, poderíamos produzir um viés (“bias”) a favor de um resultado positivo para o clonazepam. Não estaríamos computando os pacientes que abandonaram o estudo, alguns justamente devido à falta de eficácia do clonazepam. Já a análise de todos os 49 pacientes do estudo (“end-point analyses”) contorna este problema*<sup>628</sup>.

---

Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*

<sup>627</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.* p. 245.

<sup>628</sup>FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 250.

Os autores consideram como limitação principal do estudo a falta de grupo controle com placebo. Não teria ocorrido o desenvolvimento de tolerância aos efeitos terapêuticos do clonazepam durante o período de um ano de tratamento, mas na maioria dos casos ocorreram efeitos adversos. Dez pacientes receberam doses superiores a 6mg/dia de clonazepam. Destes pacientes, quatro abandonaram o estudo por falta de eficácia da medicação. Os outros seis pacientes teriam alcançado benefícios terapêuticos com a elevação da dose e um destes seis, teria elevado “por conta própria” a dose para 20 mg/dia, obtendo “melhora acentuada”.

**Tabela 2** – Análise dos resultados dos que completaram um ano de tratamento com clonazepam. Média ± DP (N = 27).  
1\*, 2\* – “Completers analyses”

Escala de Liebowitz	Meses		
	BL	6	12
Medo social (0-33)**	19,9 ± 9,1	10,7 ± 8,1	7,0 ± 6,7
Medo de performance (0-39)**	23,7 ± 8,6	12,1 ± 8,4	8,7 ± 7,3
Evitação social (0-33)**	17,5 ± 10,6	10,2 ± 8,9	7,3 ± 7,6
Evitação de performance (0-39)**	21,9 ± 9,9	10,7 ± 9,4	8,4 ± 8,2
Total (0-144)**	83,0 ± 36,2	43,7 ± 33,6	31,5 ± 28,3
Escala de incapacitação de Sheehan			
Trabalho (0-10)**	6,5 ± 2,6	2,6 ± 2,7	2,0 ± 2,3
Lazer (0-10)**	6,3 ± 2,8	1,8 ± 2,4	1,8 ± 2,2
Família (0-10)**	4,8 ± 3,1	1,4 ± 2,1	1,2 ± 1,8
Kelly (1-5)**	4,0 ± 1,0	2,2 ± 0,9	2,4 ± 0,8
Total (0-30)**	21,6 ± 7,4	8,1 ± 6,9	7,4 ± 6,5
SCL-90 (0-4)**			
Somatização	0,8 ± 0,5	0,3 ± 0,3	0,3 ± 0,4
Obsessivo-compulsivo	1,7 ± 0,8	0,9 ± 0,8	0,8 ± 0,9
Sensibilidade interpes.	1,9 ± 0,9	0,9 ± 0,7	0,7 ± 0,7
Depressão	1,5 ± 0,8	0,7 ± 0,5	0,8 ± 0,7
Ansiedade	1,5 ± 0,9	0,6 ± 0,5	0,6 ± 0,5
Raiva-hostilidade	1,3 ± 0,9	0,6 ± 0,6	0,5 ± 0,6
Ansiedade fóbica	1,0 ± 0,6	0,4 ± 0,4	0,3 ± 0,3
Ideação paranóide	1,5 ± 0,6	0,9 ± 0,9	0,7 ± 0,9
Psicoticismo	1,0 ± 0,7	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,5
Total	1,3 ± 0,7	0,6 ± 0,5	0,6 ± 0,5

1\* Análise não-paramétrica de variância - Teste de Friedman.

2\*  $p < 0,001$  em todas as variáveis desta tabela.

Sensibilidade interpes. = Sensibilidade interpessoal.

BL = linha-de-base (Baseline).

\*\* Amplitude.

Tabela 3 - Análise dos resultados dos 49 pacientes. 1\*, 2\* - "End-Point Analyses"

Escala de Liebowitz	BL	Mês final
Medo Social (0-33)**	18,9 ± 8,9	8,3 ± 7,4
Medo de Performance (0-39)**	22,7 ± 8,2	11,3 ± 8,9
Evitação Social (0-33)**	16,5 ± 9,8	8,1 ± 7,8
Evitação de performance (0-39)**	20,4 ± 9,6	9,9 ± 8,6
Total (0-144)**	78,6 ± 34,5	37,7 ± 30,9
Escala de Incapacitação de Sheehan		
Trabalho (0-10)**	6,5 ± 2,3	2,9 ± 2,9
Lazer (0-10)**	6,3 ± 2,8	2,7 ± 2,9
Família (0-10)**	4,7 ± 3,0	2,1 ± 2,6
Kelly (1-5)**	3,9 ± 0,9	2,6 ± 0,9
Total (0-30)**	21,4 ± 7,3	10,3 ± 8,7
SCL-90 (0-4)**		
Somatização	0,7 ± 0,5	0,3 ± 0,4
Obsessivo-compulsivo	1,7 ± 0,8	0,9 ± 0,8
Sensibilidade interpes.	1,9 ± 0,9	0,9 ± 0,8
Depressão	1,5 ± 0,7	0,9 ± 0,7
Ansiedade	1,4 ± 0,8	0,7 ± 0,5
Raiva-hostilidade	1,1 ± 0,9	0,6 ± 0,7
Ansiedade fóbica	0,9 ± 0,6	0,3 ± 0,4
Ideação paranóide	1,4 ± 0,9	0,8 ± 0,9
Psicoticismo	1,1 ± 0,7	0,6 ± 0,6
Total	1,3 ± 0,6	0,7 ± 0,5

1\* Análise estatística não-paramétrica de variância - Teste de Wilcoxon.

2\*  $p < 0,001$  em todas as variáveis desta tabela.

Sensibilidade interpes. = Sensibilidade interpessoal.

BL = linha-de-base (Baseline).

\*\* Amplitude.

Sobre os efeitos colaterais, os autores afirmam que estes foram frequentes ao longo do estudo. E, assim como ocorre nos demais artigos, na hora de falar sobre os efeitos colaterais os autores enfatizam os ganhos gerados pela medicação como forma de compensação destes:

*Entretanto, face aos ganhos obtidos neste Transtorno tão incapacitante, os pacientes toleravam os efeitos adversos, os quais geralmente começavam a melhorar após 2 a 3 meses de exposição ao remédio. Os mais frequentes foram sonolência diurna, ataxia e alterações na memória. As alterações sexuais mostraram-se mais difíceis de manejar pois não remitiam tão facilmente com o tempo<sup>629</sup>.*

Em seguida, uma grande parte do artigo é dedicada aos pacientes que saíram do estudo. A princípio os autores argumentam que o motivo mais frequente para saída do estudo foi a falta de eficácia do medicamento – posteriormente outras hipóteses serão cogitadas pelos autores do artigo. Isso ocorreu com cinco pacientes, e dentre estes, dois chegaram a tomar doses de 10 e 14mg/dia sem obter efeito. Outro motivo foram os efeitos adversos que atingiram 3 pacientes, sendo que um desses três teria continuado a tomar 1mg/dia de clonazepam “por conta própria” – o que os pesquisadores descobriram a partir de contacto telefônico feito 10 meses após o abandono do tratamento:

*Obtinha a medicação de seu clínico geral com o argumento da melhora geral da Fobia Social. Saiu do estudo ao sentir sintomas depressivos pela primeira vez na vida, ao elevar a dose de clonazepam de 1 para 2mg/dia. Retornou por conta própria para 1mg/dia havendo pronta remissão dos sintomas depressivos e manutenção de considerável benefício terapêutico<sup>630</sup>.*

Outros dois pacientes foram retirados do estudo devido a emergência de quadros depressivos maiores – um saiu no sétimo mês com dose de 4mg/dia e o outro saiu no oitavo mês com dose de 6 mg/dia. Dois outros pacientes se mudaram para cidades distantes e saíram no sexto e oitavo mês. Um paciente teria saído no sétimo mês, por medo da dependência dos benzodiazepínicos. Uma paciente foi retirada do estudo

---

<sup>629</sup>FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 248. (grifo nosso)

<sup>630</sup>Ibdem, p. 249.

devido a apresentação de Transtorno de Personalidade *Boderline*<sup>631</sup>, apresentando “comportamento manipulativo” e “abuso dos benzodiazepínicos”. Quatro pacientes abandonaram o estudo sem esclarecer seus motivos – segundo os autores, dois deles teriam apresentado melhora marcante na última avaliação que fizeram e dois deles teriam apresentado melhora moderada.

Neste ponto os autores explicam que grande parte da amostra da pesquisa morava em outras cidades e que este teria sido um fator de abandono importante:

*Nossa amostra caracteriza-se por elevada mobilidade geográfica devido ao fato de vários pacientes terem vindo de outras cidades atraídos pelas reportagens de jornais distribuídos por todo o estado do Rio de Janeiro. A distância geográfica entre a residência e o local de tratamento em parte explica o fato de seis dos 22 pacientes que saíram do estudo apresentavam melhora marcante e outros seis melhora moderada*<sup>632</sup>.

E acrescentam:

*Contactados por telefone, estes seis disseram que prosseguiram tratamento com clonazepam sendo administrado por médicos de sua cidade. Portanto, mais da metade daqueles que saíram do estudo apresentavam melhora acentuada ou moderada de acordo com avaliação pelo CGI*<sup>633</sup>.

Por fim, os autores avaliam duas hipóteses para os pacientes terem abandonado o estudo: “*maior prevalência de Depressão ou Distímia nos pacientes que saíram do tratamento versus os que completaram os 12 meses*<sup>634</sup>”. Sobre a primeira hipótese afirmam que “*(d)e fato os pacientes que abandonaram o estudo apresentavam média de 3,03 efeitos adversos enquanto, dentre os que continuaram o estudo, houve média de 1,9 efeitos colaterais. Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa (t=7,64;p=0,008) pelo teste t de Student*”<sup>635</sup>.

Já sobre a segunda hipótese afirmam que foi observado “*que 8/22 dos “drop-out” tinham história de Depressão versus 16/27 daqueles que completaram os 12*

---

<sup>631</sup> O conceito de transtorno *boderline* é muito controverso. Para um histórico acerca dos diferentes sentidos atribuídos a este diagnóstico e a sua formulação no DSM III ver: DALGARRONDO, Paulo; VILELA, WOLGRAND, Alves. Transtorno Boderline: história e atualidade. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. II, 2, pp. 52-71.

<sup>632</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social – 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *op. cit.*, p. 249.

<sup>633</sup> *Ibidem*, p. 249.

<sup>634</sup> *Ibidem*, p. 249.

<sup>635</sup> *Ibidem*, p. 249.

meses. Esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa (qui-quadrado com correção de Yates:1,71;  $p= 0,1911$ ). Portanto, a história de Depressão não pareceu afetar a taxa de Abandono do estudo”<sup>636</sup>.

A partir dos resultados obtidos, os autores consideram o clonazepam uma alternativa promissora de tratamento para a Fobia Social. No entanto, fazem uma ressalva, ao final do artigo, de que existe risco de síndromes de abstinência quando de sua retirada e risco de dependência física que pode vir a dificultar sua retirada.

*Limitações do tratamento decorrem de efeitos indesejáveis frequentes como sonolência, déficit cognitivo, comprometimento acentuado da libido, dificuldade em se retirar o medicamento (dependência e síndrome de abstinência), e outros*<sup>637</sup>.

Quanto à tolerância ao benzodiazepínico, os autores afirmam que o estudo de seguimento de um ano é pouco para avaliar este aspecto e que em alguns estudos com pacientes epiléticos, a tolerância ao clonazepam só se desenvolveu após mais de um ano de tratamento. Por fim, argumentam que diante destes dados “a relação custo-benefício precisa ser muito bem avaliada, bem como, possibilidades alternativas de tratamento, especialmente terapias cognitivo-comportamentais”<sup>638</sup>.

#### **4.4- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em nossas análises acerca dos dois primeiros anos de existência da *Série* – 1992 e 1993 – percebemos que os artigos tem a proposta de apresentar o Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB, o que inclui sua abordagem teórica e tratamentos, bem como procura consolidar e demarcar as categorias diagnósticas presentes no DSM-III e no DSM III-R, regularmente empregados nos artigos.

Os autores da *Série* costumam descrever com detalhes a sintomatologia dos transtornos que pretendem abordar – os mais frequentes são o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), a Depressão e a Fobia Social – enfatizando as especificidades de cada um destes quadros clínicos e de cada tratamento. Em muitos artigos, aparece

---

<sup>636</sup> Ibidem, p. 249.

<sup>637</sup> Ibidem, p. 251.

<sup>638</sup> Ibidem, p. 251.

também uma forte defesa quanto a provável coexistência de diferentes transtornos num mesmo paciente, chamado de comorbidade. Desse modo, ao mesmo tempo em que defende-se a existência de comorbidade entre diferentes transtornos – Transtorno do Pânico e Depressão, Fobia Social e Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Depressão – defende-se também a necessidade de tratamentos específicos para cada um destes transtornos.

Num dos artigos<sup>639</sup> que tem como finalidade demonstrar a coexistência entre Transtorno do Pânico e Fobia Social em pacientes psicóticos, chega-se a declarar na conclusão: “Essas observações contrariam o princípio “econômico” básico da clínica médica – quanto menos diagnósticos e menos medicamentos melhor. Claro que esse princípio faz sentido, mas como tudo na vida, não em todos os casos<sup>640</sup>”.

Como pudemos verificar nos artigos analisados ao longo deste capítulo, os tratamentos propostos são prioritariamente medicamentosos, com algumas referências a utilização de terapia cognitivo-comportamental concomitante ao uso do medicamento. Encontramos referências a “terapia psicanalítica” ou o que chamam de “terapias psicodinâmicas” – que inclui a teoria psicanalítica. Estas referências são mais presentes nestes dois primeiros anos da Série e quando aparecem, normalmente apresentam um viés crítico.

Como o próprio nome da série anuncia, Série Psicofarmacologia, vemos em nossas análises que é reservado amplo espaço nos artigos para a apresentação dos tratamentos psicofarmacológicos empregados nas pesquisas do Programa. Assim, grande parte do conteúdo dos artigos se detém na apresentação do medicamento que deve ser utilizado no tratamento de determinado transtorno, descrevendo sua composição, forma de ação, seus efeitos colaterais, dosagens ideais etc. Em alguns artigos, antes de apresentar o medicamento que será utilizado para o tratamento de determinado transtorno, é feita uma breve introdução acerca da utilização de substâncias psicoativas no tratamento de doenças mentais desde os primórdios da psiquiatria. Quando isto ocorre, percebemos que os autores estão tentando não apenas demonstrar a origem dos tratamentos medicamentosos atuais como destacar momentos da história da

---

<sup>639</sup> VENTURA, Paula; NARDI, Antônio E.; SABOYA, Eloísa; PINTO, Sandra; FIGUEIREDO, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MORAES, Andrea de; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 6: Fobia Social e Transtorno do Pânico em pacientes psicóticos *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 41, n. 6, julho 1992, pp: 259-264.

<sup>640</sup> *Ibidem*, pp: 259-264.



psiquiatria em que esta disciplina esteve pautada por uma abordagem biológica de análise e de tratamento da doença mental. A abordagem kraepeliniana é a mais comumente citada para representar o que seriam os primórdios da atual psiquiatria biológica.

É frequente ao longo de toda a Série Psicofarmacologia, o uso de casos clínicos para ilustrar os sintomas do transtorno que se está abordando e os efeitos dos remédios utilizados. Os casos apresentados durante esses dois primeiros anos são em sua maioria casos atendidos no próprio Programa de Ansiedade e Depressão. A apresentação destes casos se dá de modo bastante padronizado. Costuma-se apresentar inicialmente um nome fictício, a idade do paciente, o sexo, a profissão, o estado civil e o Estado onde nasceu e onde mora. Em seguida, é descrito o momento em que os sintomas tiveram início – em alguns casos é feita menção a presença de sintomas isolados desde tenra idade na vida do paciente –, a intensificação dos sintomas até estes se tornarem impeditivos para a vida do paciente e para a vida das pessoas ao seu redor. A partir disso, descreve-se o momento em que o paciente procurou o Programa de Ansiedade e Depressão e deu início ao tratamento, que é sempre medicamentoso, com raras associações a terapia cognitivo-comportamental. Descreve-se com detalhamento a dosagem da medicação, os efeitos colaterais, eventual troca de medicamento, até a supressão total dos sintomas e a volta à vida “ativa”, o que inclui a volta ao trabalho e atividades sociais.

Essa forte ênfase que os casos clínicos dão a retomada das relações sociais e da atividade profissional está apoiada no Eixo V do DSM-III (que se manterá nas edições seguintes do manual). Como vimos no capítulo 1, este eixo tem a finalidade de avaliar se após “episódio da doença” o indivíduo voltou ao mesmo nível de “funcionamento” anterior ao desenvolvimento da doença. Para tanto, avalia três áreas principais da vida: relações sociais, atividade profissional e utilização do tempo livre<sup>641</sup>.

Vale destacar que apesar do DSM-III e DSM-III-R empregarem o termo *distúrbio* para se referir as doenças psiquiátricas, vemos que os artigos da Série utilizam, desde seu primeiro número, o termo *transtorno* para se referir a estas doenças. Curiosamente, este termo só será proposto pelo DSM-IV, em 1994 – ou seja, depois de

---

<sup>641</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986, p. 44.

dois anos de existência da Série – em substituição ao termo *distúrbio*, como vimos no capítulo 1.

A maioria dos artigos destes dois primeiros anos costuma relatar casos clínicos bem sucedidos, no sentido de apresentarem remissão dos sintomas a partir do uso da medicação empregada pelo *Programa* no tratamento. E na maioria deles não é apontado o momento em que o medicamento poderá ser retirado em definitivo. Assim, o relato dos casos se encerra no momento em que os sintomas foram suprimidos. E, alguns dos casos clínicos descritos são de pacientes que procuraram o *Programa* pela segunda ou terceira vez, pois já haviam tratado dos mesmos sintomas naquele Programa alguns anos antes. Para os autores, a reincidência dos sintomas nestes pacientes que retornam fala a favor da origem biológica e crônica do transtorno, e não é mencionada a possibilidade da reincidência significar uma eventual falha do tratamento empregado.

## CAPÍTULO 5

### SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA 1994-1998: O PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO INSERIDO NA REDE DO DSM

#### INTRODUÇÃO

A partir de 1994 vemos ocorrer uma série de modificações no *JBP* e algumas modificações significativas na abordagem dos artigos da Série. Primeiramente, todo o corpo editorial do *JBP* é modificado em janeiro de 1994 e João Romildo Bueno, psiquiatra biológico, membro do Programa de Ansiedade e Depressão, que já havia sido editor do *JBP* durante os anos de 1969-1972<sup>642</sup>, volta a ser editor. O número de janeiro de 1994 não possui o habitual editorial que, durante todo o ano de 1992 e 1993, foi escrito por Rafaelle Infante – diretor do IPUB e editor do *JBP* durante os anos de 1986-1993, que deixa a direção do IPUB em 1994 quando João Ferreira da Silva Filho assume.

No lugar onde o costumeiro editorial ficava, encontramos um artigo da Série Psicofarmacologia intitulado “*Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes*”<sup>643</sup>. Já no número de fevereiro de 1994, no lugar do editorial vem uma *Nota ao Leitor*<sup>644</sup> escrita por João Romildo Bueno, na qual ele avisa sobre a troca de diretoria do IPUB e, que, pela segunda vez, ele e seu grupo são convocados pela nova direção a editar o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Apesar de não falar em nenhum momento da troca definitiva do grupo editorial, este grupo de editores se manterá com poucas alterações até o ano 2000.

O corpo editorial da revista de todo o ano de 1994, que, repita-se, se mantém até o ano 2000 – sofrendo poucas alterações –, é composto por: **Diretor Científico** - João Ferreira da Silva Filho M.D.; LD; **Editor** - João Romildo Bueno; **Conselho Editorial** –

---

<sup>642</sup> BUENO, J. R. *O Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. In: *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 187.

<sup>643</sup> MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. *Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.1, janeiro de 1994, pp. 3-10.

<sup>644</sup> BUENO, João Romildo. *Notas aos leitores*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.2 fevereiro de 1994, pp. 53-55.

A Rubin de Pinho (Titular), Benedetto Saraceno (OMS- Itália), E Portella Nunes (Titular), Heinz Hafner (OMS- Alemanha), Jorge Alberto Costa e Silva (Titular), Marcos P. de Toledo Ferraz (Estados Unidos), Othon Bastos (Titular), Rodolfo Fahrer (Argentina), Walderodo Ismael de Oliveira, **Conselho de Redação** – Ana Cristina Figueiredo, Carlos Edson Duarte, Eliaz Engelhardt, Helena Maria Calil, Jane Araújo Russo, Márcio Versiani, Maurício de Assis Tostes, Valentin Gentil Filho.

## 5.1- COMORBIDADE E AUTOMEDICAÇÃO: A ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO ESPECIALMENTE COMPLICADO

Iniciaremos nossa análise com o artigo publicado em janeiro de 1994, intitulado “*Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes*”. Os autores são: Carla Marques, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Yasmim Andrade, Carlos Camissão e Márcio Versiani<sup>645</sup>. Neste artigo os autores analisam a associação entre anorexia nervosa, abuso de psicoestimulantes e Fobia Social. Os autores constroem a hipótese de que a anorexia nervosa, bem como o abuso de anorexígenos, possam ser complicações advindas da Fobia Social generalizada.

Inicialmente os autores defendem que a Fobia Social é uma condição distinta dos outros transtornos de ansiedade, muito incapacitante e geradora de grande sofrimento psíquico, mas que estaria apresentando boa resposta aos tratamentos farmacológicos e à teoria cognitivo-comportamental.

*Na última década a Fobia Social recebeu atenção crescente por parte dos pesquisadores. Os resultados das pesquisas sugerem que a Fobia Social seja uma condição distinta dos outros transtornos de ansiedade (Liebowitz e cols.<sup>646</sup>), frequentemente (Myres e cols.<sup>647</sup>), associada a*

---

<sup>645</sup> MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.1, janeiro de 1994, pp. 3-9.

<sup>646</sup> LIEBOWITZ MR, GORMAN JM, FYER, AJ et al. *Social phobia: a review of neglected anxiety disorder*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 1985, pp.729-736 apud MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*

*sofrimento e incapacitação significativos (Liebowitz e cols.<sup>648</sup>),  
responsiva à farmacoterapia (Versiani e cols.<sup>649</sup>; Liebowitz e cols.<sup>650</sup>;  
Figueira<sup>651</sup>) e à terapia cognitivo comportamental (Hemberg e col.  
1985)<sup>652</sup>*

Eles estimam que a prevalência deste transtorno na “população em geral” seja de 1,5% a 2% e que, por se tratar de uma condição crônica, a Fobia Social pode complicar-se com depressão e abuso de álcool<sup>653</sup>. Citam, então, alguns estudos que associam o abuso de álcool à Fobia Social e afirmam:

*Sabe-se que o álcool em baixas doses reduz os níveis de ansiedade de desempenho em sujeitos normais (Meyer, 1990). Pode-se, portanto, formular a hipótese da automedicação para explicar o abuso de álcool na Fobia Social, como já vem sendo feito no transtorno de pânico<sup>654</sup>.*

---

<sup>647</sup> MYRES JK, WEISSMAN MM, TISCHLER GL et. al. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities:1980-1982. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1984,959-967 apud MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*

<sup>648</sup> LIEBOWITZ MR; FYER AJ, GORMAN JM et.al. Phenelzine in Social Phobia. In: *J. Clin. Psychopharmacology*, 6, 1986, pp. 93-98 apud MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*

<sup>649</sup> VERSIANI, M. MUDIM, FD, NARDI, A. E. et. al. *Tranlycypromine in Social Phobia*. In: *J. Clin. Pharmacology*, 8, 1988, pp. 279-283.; VERSIANI, M. NARDI, A.E.; MUNDIM, F.D. *Fobia Social*. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5, 1989,pp.251-263; apud MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*, p. 9.

<sup>650</sup> LIEBOWITZ MR, SCHNEIER, F. CAMPEAS R. et.al. *Phenelzine VS atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison*. In *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 1992, PP. 229-230 apud MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*

<sup>651</sup> FIGUEIRA, I. *Clonazepam na Fobia Social*. Tese de Doutorado do IPUFRJ. Rio de Janeiro, 1993. apud MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*

<sup>652</sup> MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*, p. 3.

<sup>653</sup> *Ibidem*, p.3.

<sup>654</sup> *Ibidem*, p.3. (grifo nosso)

Defendem que a associação entre anorexia nervosa e Fobia Social deveria ser mais estudada, pois para eles a anorexia nervosa também pode, muitas vezes, levar ao abuso de álcool e psicoestimulantes como forma de “auto-medicação<sup>655</sup>”:

*A importância de se detectar a anorexia nervosa e o abuso de psicoestimulantes como complicações da Fobia Social consiste na possibilidade de se tratar estas síndromes secundárias com as mesmas medicações de eficácia comprovada na Fobia Social. Por exemplo, a Fobia Social responde bem aos benzodiazepínicos de alta potência (como o clonazepam) e aos IMAOs. Assim, abre-se uma nova perspectiva terapêutica para um subgrupo de pacientes com anorexia nervosa, já que, como se sabe, muitos desses pacientes são refratários aos tratamentos convencionais como tricíclicos e psicoterapias.<sup>656</sup>*

A ideia de que o álcool e/ ou outras drogas podem ser usados como forma de “automedicação” pelos pacientes portadores de diferentes transtornos psiquiátricos – no caso deste artigo, da Fobia Social – também está muito presente nos artigos publicados a partir do ano de 1994. Assim, para lidar com seus sintomas ansiosos, depressivos, de medo, timidez etc. os portadores de um determinado transtorno fariam uso destas substâncias.

Além disso, o recurso de apresentar casos clínicos para ilustrar o que está sendo discutido no artigo continua sendo utilizado com a mesma frequência que nos anos de 1992 e 1993. Os casos são relatados de modo relativamente padronizado – com algumas exceções, dentre as quais o caso relatado no presente artigo.

Inicialmente o caso clínico apresenta os dados de determinado paciente (nome fictício, idade, sexo, religião, onde mora, onde nasceu, estado civil e profissão). Em seguida, é descrito o momento em que os sintomas tiveram início e quando começaram a se tornar impeditivos para a vida do paciente. Normalmente este é o momento em que o paciente procura o Programa. A partir disso, descreve-se a medicação empregada, seus efeitos terapêuticos e efeitos colaterais e, se for o caso, o momento em que a medicação foi retirada.

Um diferencial marcante destes casos clínicos para os do ano de 1992 e 1993, é que neles aparecem mais percalços: mais medicações que não funcionam ou que não alcançam o efeito almejado de forma completa; casos em que os efeitos colaterais foram

---

<sup>655</sup> Ibidem, p.4.

<sup>656</sup> Ibidem, p.4. (grifo nosso)

insuportáveis e o paciente teve que abandonar a medicação; relatos acerca de reincidivas após a interrupção da medicação – que parece ser mais frequente nos casos de Fobia Social; e descrição do momento em que ocorre a interrupção completa da medicação.

Neste artigo encontramos um exemplo disso, no entanto, sua abordagem é especialmente detalhada em comparação aos outros casos clínicos citados na Série devido às complicações em seu desenvolvimento. O caso descrito é de uma paciente diagnosticada – segundo os critérios do DSM III-R – com Fobia Social associada à anorexia nervosa, atendida no *Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da UFRJ*.

Inicialmente os autores apresentam os dados da paciente. Apresentam um nome fictício, que é C.; idade: 30 anos; cor: branca; estado civil: divorciada; profissão: médica; natural: Rio de Janeiro; histórico de doenças: obesidade na infância.

Os autores descrevem que, desde os 10 anos, a paciente apresenta dificuldades para manter o peso. Aos 17 anos iniciou um sério tratamento para emagrecimento com uso de medicação: Dualid (cloridrato de anfepramona 75mg + diazepam 10mg). No entanto, apontam que a paciente descontinuou o tratamento um ano depois. Após concluir a faculdade e casar-se aos 22 anos, a paciente começou a utilizar bebidas alcoólicas, para se sentir “relaxada” e aos poucos foi retomando o uso diário de 5 a 8 cápsulas de Dualid por conta própria e seu regime alimentar tornou-se mais rigoroso, chegando a pesar 48kg, considerando-se gorda. Este quadro levou os médicos a considerarem o diagnóstico de dismorfofobia – transtorno que alteraria a percepção do sujeito quanto ao seu próprio corpo.

Segundo os autores, devido ao uso de Dualid e álcool, a paciente passou a apresentar insônia e irritabilidade, vindo a divorciar-se. Em meados de 1992 procurou tratamento psiquiátrico no *Programa*. Neste período a paciente tinha 27 anos:

*Ao ser examinada pela primeira vez, então com 27 anos, a paciente mostrava-se logorréica, com voz pastosa, humor levemente eufórico, inquieta, apresentando quadro hipomaníaco induzido por abuso de derivado anfetamínico associado a benzodiazepínico e álcool. Desde que iniciou o abuso destas substâncias aos 22 anos, passou a apresentar comportamento impulsivo, brigas físicas com a mãe na rua e tentativa de suicídio com gás após término de relacionamento amoroso. Além disso, havia histórias de promiscuidade (grande número de parceiros sexuais sem formação de vínculos afetivos),*

*inúmeros abortos, mentiras sucessivas visando principalmente ocultar o abuso de drogas da família, chantagens emocionais e dramaticidade*<sup>657</sup>.

Os autores apontam que diante do quadro apresentado a paciente foi diagnosticada, com base no DSM-III, com anorexia nervosa complicada por abuso múltiplo de substâncias no Eixo I, e de Transtorno *Boderline* de Personalidade<sup>658</sup> no Eixo II<sup>659</sup>.

Inicialmente foi tentado o tratamento com a fluoxetina, que segundo os autores poderia auxiliar no controle sobre o abuso de substâncias. No entanto, após seis semanas de tratamento, com dose máxima de 60mg/dia de fluoxetina, não se verificou qualquer benefício. Em seguida foi tentado o uso de 50mg/dia de desipramina, mas a paciente acabou abandonando o tratamento. Após algum tempo a paciente retornou ao Programa e foi iniciado o tratamento com moclobemida 750mg/dia, que num período de seis semanas não apresentou resultado significativo. A paciente acabou precisando ser internada devido à combinação que fez por conta própria de cinco comprimidos de Inibex (75mg de anfepramona + 10mg de diazepam) por dia com uso abusivo de álcool que desencadeou um episódio de “descontrole psicomotor”.

Diante do fracasso de todas as medicações empregadas, os autores resolveram investigar o caso de forma mais minuciosa e acabaram por encontrar outros diagnósticos além da anorexia nervosa:

*Frente a um caso tão difícil, exploramos minuciosamente a fenomenologia do quadro e chegamos ao entendimento do que C. chamava de “minha preguiça”. Na realidade, evitava todas as situações onde pudesse se expor ao ridículo. Ficava envergonhada com extrema facilidade, apresentando rubor facial, taquicardia, sudorese e outros sintomas autonômicos em situações sociais. Sem as drogas das quais abusava não conseguia sequer comer um cachorro-quente na rua, pois sentia-se observada e tinha medo de derramar o molho. (...)*<sup>660</sup>

---

<sup>657</sup> Ibidem, p. 4. (grifo nosso)

<sup>658</sup> O conceito de transtorno *boderline* é muito controverso. Para um histórico acerca dos diferentes sentidos atribuídos a este diagnóstico e a sua formulação no DSM III ver: DALGARRONDO, Paulo; VILELA, WOLGRAND, Alves. Transtorno Boderline: história e atualidade. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. II, 2, pp. 52-71.

<sup>659</sup> Este tópico foi abordado no capítulo 1.

<sup>660</sup> MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*, p. 5. (grifo nosso)



Assim os autores seguem descrevendo de forma mais detalhada os sintomas da paciente e o contexto em que estes emergem. Descrevem algumas situações nas quais a paciente se sente mais inibida, como na hora de falar em público e ser observada por alguém de uma hierarquia superior, como um professor, por exemplo, e se mostram impressionados com o fato desta inibição presente em tantos momentos da sua vida não estar presente no campo da paquera. No entanto, apontam que a partir do segundo encontro a paciente passava a apresentar dificuldades, pois não sabia demonstrar os seus sentimentos. Assim, o que havia sido chamado de comportamento “*promíscuo*” pelos autores passa a ser percebido como uma dificuldade de aprofundar laços afetivos:

*As dificuldades apareciam no segundo encontro. Se no primeiro ela sabia exatamente o que dizer e fazer, daí por diante era tomada de dúvidas avassaladoras. Não sabia o que falar. Queria agradar, mas não sabia como. Tinha medo de que não gostassem da sua conversa (...) Sentia-se envergonhada ao expressar seus sentimentos; mesmo que estivesse gostando do seu parceiro, não conseguia dizer “eu te amo” sem sentir-se ridícula. A solução mais cômoda, por ela adotada, era a de evitar o segundo encontro e o subsequente envolvimento emocional. **Para um observador externo, a impressão criada por esta conduta afetiva e sexual seria a de promiscuidade**<sup>661</sup>.*

Todas as características descritas passam a ser associadas pelos médicos ao diagnóstico de Fobia Social. As distorções acerca da imagem de seu próprio corpo foram diagnosticadas como transtorno dismórfico somado a anorexia nervosa, que já havia sido diagnosticada num primeiro momento.

*As três entidades nosológicas acima citadas (Fobia Social, transtorno dismórfico do corpo e anorexia nervosa) compartilham de dois aspectos comuns: primeiro, em termos fenomenológicos, as idéias sobrevalentes; segundo, duas delas (anorexia nervosa e transtorno dismórfico do corpo) têm na alteração do esquema corporal um dos seus traços essenciais. Mas vimos que esta mesma alteração pode ser uma forma de apresentação da Fobia Social. A dismorfofobia pode ser, portanto, um sintoma central ou associado à Fobia Social<sup>662</sup>.*

---

<sup>661</sup> MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *op.cit.*, p. 5. (grifo nosso)

<sup>662</sup> Ibidem, p. 7.

A partir deste caso, e de uma série de seis casos clínicos atendidos no Programa de Ansiedade e Depressão, os autores formulam a hipótese de que o álcool pode ser utilizado como “auto-medicação” da ansiedade pelos pacientes fóbicos:

*Três tipos de achados dão sustentação empírica a esta teoria. Primeiro, o fato de que o surgimento da Fobia Social antecede o da dependência ao álcool. Segundo, o relato dos pacientes afirmando que passaram a beber visando conscientemente suprimir os sintomas da Fobia Social. E, terceiro, a comprovação de que o tratamento eficaz da Fobia Social leva ao desaparecimento da compulsão a beber<sup>663</sup>.*

É importante notar que os autores analisam o uso de álcool e outras substâncias utilizadas pela paciente a partir dos seus efeitos na fisiologia de seu corpo. Assim, afirmam que a paciente teria feito uso de álcool e sedativos, por serem substâncias depressoras da atividade do sistema nervoso central, o que por analogia agiria em seu corpo de modo semelhante ao tratamento médico com benzodiazepínicos e que a anfepramona utilizada seria um “ativador cortical”, que agiria de modo semelhante aos IMAOs, que são utilizados no tratamento da Fobia Social.

*É possível que esta paciente se **automedicasse com ativadores corticais**, no caso, **a anfepramona**. Esta automedicação far-se-ia por dois mecanismos. Em primeiro lugar, a paciente buscava atenuar o sofrimento ocasionado pela sua sensação dismorfóbica de estar gorda, utilizando a anfepramona para tolerar dietas cada vez mais rigorosas. Adicionalmente, o efeito ativador cortical da anfepramona agiria diretamente sobre a Fobia Social, suprimindo diversos sintomas, inclusive a dismorfofobia<sup>664</sup>.*

A nosso ver, este formato descritivo demonstra que não apenas os comportamentos da paciente – como uso de álcool e outras substâncias – são interpretados por um viés biológico, mas também como efeito “das doenças” que a atingem. E, vale dizer, que apesar de grande parte do artigo tratar o abuso de álcool da paciente como uma forma de “automedicação” dos sintomas da Fobia Social, os autores

---

<sup>663</sup> Ibidem, p. 7. (grifo nosso)

<sup>664</sup> Ibidem, p. 7 – 8. (grifo nosso)

apontam na conclusão do artigo que o tratamento medicamentoso da Fobia Social, que por fim teria sido eficaz, não levou a paciente a parar com a “compulsão a beber”<sup>665</sup>.

É tentado, então, o tratamento com clonazepan 2mg/dia que teria surtido resultado. A partir disso, os autores passam a descrever todos os ganhos que o uso da medicação trouxe para a vida da paciente:

*Houve uma melhora acentuada da Fobia Social. Já consegue comer em público, sente-se confortável, frente às visitas e menos envergonhada ao aprofundar seus relacionamentos afetivos. Pela primeira vez conseguiu manter um namoro por mais de dois meses nos últimos sete anos (...) Considera que o efeito atual do clonazepan não lhe dá tal grau de desinibição, mas torna suportável o convívio social e a faz aceitar melhor o seu corpo. Fora das drogas sua personalidade mudou totalmente. Trata-se de uma pessoa afetiva, preocupada com os outros, amiga da mãe e da família; o oposto do que aparentava*<sup>666</sup>

Notamos que ao aprofundar a análise da “fenomenologia do quadro”, os autores parecem compreender melhor as ações da paciente e ter uma postura mais cuidadosa ao classificar as suas ações. Assim como ampliaram o sentido empregado pela paciente ao que esta chamava de “minha preguiça” também ampliaram a leitura que haviam feito sobre sua suposta “promiscuidade”. Este tipo de análise ampliada destoa da abordagem que os autores costumam conferir aos casos clínicos da Série, que normalmente não apresentam o grau de detalhamento do presente caso.

Por fim, os autores afirmam a necessidade de mais pesquisas serem realizadas a fim de investigar a relação entre anorexia nervosa e Fobia Social, buscando avaliar que mecanismos estão subjacentes a estas patologias e que medicamentos podem auxiliar no tratamento destes transtornos quando associados.

*Um dos aspectos que merece ser destacado neste relato de caso é a forma atípica de apresentação da Fobia Social, que não se evidenciou através de um comportamento habitual de timidez e evitação, mas sim através do abuso de substâncias psicoativas e de um transtorno alimentar (...) Gostaríamos de ressaltar a nova imagem da Fobia Social que emerge do caos que relatamos: a de um transtorno aparentemente “menor” capaz de dar origem a graves problemas de conduta como abuso de drogas e promiscuidade. Nosso raciocínio clínico tem dificuldades em apreender esta seqüência causal. Parece*

---

<sup>665</sup> Ibidem, p. 7 .

<sup>666</sup> Ibidem, p. 6. (grifo nosso)

*impossível que um transtorno “neurótico” de menor expressão seja a causa de comportamentos geralmente associados a transtornos caracteriológicos graves. E o que é mais significativo, que do tratamento correto do primeiro resulte o desaparecimento dos outros*<sup>667</sup>.

Portanto, o artigo conclui que foi comprovada a hipótese inicial segundo a qual a anorexia nervosa e o abuso de álcool e outras drogas estariam relacionados a Fobia Social e que o tratamento apropriado desta última resultaria na resolução dos demais “transtornos” – ainda que a paciente não tenha conseguido parar com a “compulsão de beber”<sup>668</sup>.

## **5.2- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: UM CASO DE FOBIA SOCIAL**

O segundo artigo que analisaremos é de fevereiro de 1994 e intitula-se: “*Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos*”<sup>669</sup>. Os autores são: Yasmim Andrade, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Carlos Camissão, Márcio Versiani.

Neste artigo os autores procuram discutir a estabilidade e validade dos critérios do diagnóstico de Fobia Social. Para tanto, citam algumas pesquisas realizadas com pacientes fóbicos sociais e analisam mais detalhadamente dois casos clínicos atendidos no *Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB* cinco anos antes do artigo ser publicado e, reavaliados, na época da publicação do artigo.

Inicialmente os autores discutem os critérios utilizados para a formulação do diagnóstico de Fobia Social a partir do DSM III e DSM-III-R e fazem algumas considerações acerca das vantagens e desvantagens dos critérios diagnósticos destes manuais.

---

<sup>667</sup> Ibidem, p. 8. (grifo nosso)

<sup>668</sup> Ibidem, p. 7 .

<sup>669</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.2, fevereiro de 1994, pp. 55-61.

*Desde sua formulação, os esforços no sentido da validação do diagnóstico de Fobia Social têm se concentrado nas descrições clínicas, na demarcação dos limites com outras entidades diagnósticas e no estudo do perfil de resposta terapêutica, mormente farmacológica. Entretanto não há estudos de seguimento para confirmação das características psicopatológicas observadas no corte transversal e recolhimento de dados para estabelecimento da história natural do transtorno, além do fato de o campo etiológico permanecer relativamente inexplorado, carecendo também de estudos familiares, com gêmeos idênticos e com adoção<sup>670</sup>.*

Os autores apontam que localizaram apenas dois estudos familiares com Fobia Social na literatura. Um deles teria sido inconclusivo por falhas nos critérios de inclusão da amostra e o outro teria sido “*bem sucedido em estabelecer a associação da Fobia Social – na ausência de outros transtornos de ansiedade (...)*”<sup>671</sup>.

A partir disso, os autores fazem um breve histórico acerca do método de construção diagnóstica do DSM-III e apontam as potencialidades e limites desse método. Assim como ocorre em muitos outros artigos da série, a metodologia diagnóstica criada por Kraepelin é apresentada como a principal referência para o modelo diagnóstico atual:

*Kraepelin – famoso por ser um observador sistemático e inspirador do atual sistema descritivo de classificação diagnóstica – não mostrou-se inteiramente satisfeito com o critério puramente descritivo no sentido transversal, ao dar-se conta do elevado grau de superposição sintomática entre as várias síndromes psiquiátricas. Disto adveio sua adoção ao princípio prognóstico, que o levou à célebre divisão dos transtornos mentais em demência precoce e insanidade maníaco-depressiva.*<sup>672</sup>

Na continuidade do artigo, os autores destacam, como uma vantagem do novo do DSM-III, a maior comunicabilidade entre os psiquiatras que partem agora de um terreno comum para dialogar sobre os transtornos, o que, como vimos no capítulo 1, é um argumento presente no próprio manual<sup>673</sup>. Por outro lado, como limitação do DSM-III, destacam o fato do modelo de teste de diagnósticos se basear, exclusivamente, no

---

<sup>670</sup> Ibidem, p. 55. (grifo nosso)

<sup>671</sup> Ibidem, p. 55.

<sup>672</sup> Ibidem, p. 56. (grifo nosso)

<sup>673</sup> ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986, p. 23.

modelo mínimo imposto pela FDA (*Foods and Drugs Administration*) para se testar um medicamento. Os autores se baseiam nas análises de Donald Klein<sup>674</sup>:

*Klein<sup>675</sup>, um dos responsáveis pela adoção da resposta farmacológica como critério de validação no início dos anos 70, recentemente (1993) criticou a forma pela qual se vem produzindo o conhecimento na área de psicofarmacologia clínica. Ela se baseia no processo diagnóstico do DSM, que sem dúvida melhorou a capacidade de comunicação entre os psiquiatras – um dos princípios objetivos de um sistema de classificação de acordo com Kendell<sup>676</sup> –, mas o mesmo não se pode dizer acerca da capacidade para tratar e fixar um prognóstico. Ponderou que esta prática, de modo geral, é limitada tanto pelo uso inadequado do conhecimento atual quanto por sua falta de bases científicas. De acordo com ele, a estrutura da pesquisa nos Estados Unidos, que é seguida em todo o mundo, é norteada pelos padrões da FDA (Food and Drug Administration) para liberação de medicamentos. Desse modo, são fomentados os estudos duplo-cego com placebo e controlados de curta duração, os quais produzem as informações consideradas necessárias, ou pelo menos, suficientes, para que determinada medicação seja aprovada e comercializada<sup>677</sup>.*

A partir deste ponto, os autores do artigo sublinham que embora Klein reconheça a importância destes estudos suas ponderações alertam para o fato de que “a prática clínica requer outras modalidades de pesquisa, notadamente os estudos de seguimento, além de maiores investimentos em pesquisas de área básica, não clínicas,

---

<sup>674</sup> Donald Klein é professor e pesquisador da Universidade de Nova York, e psiquiatra do departamento de Infância e Adolescência do *Langone Medical Center*, NY, USA.

<sup>675</sup> Os artigos de Klein citados neste número da série são: KLEIN, D.F., Psychiatry reaction partners to imipramine. In: *Am. J. Psychiatric*, 119, 1962, pp. 432-438; KLEIN, D. F., Delineation of two drug-responsive anxiety syndrome. *Psychopharmacology*, 5, 1964, pp. 397-418; KLEIN, DF. Importance of psychiatry diagnosis in prediction of clinical drug effect. *Arch. Gen. Psychiatry*, 16, 1967, pp. 118-126; KLEIN, D. F., Anxiety reconceptualized. In KLEIN, D.F., Rabkin, J. (eds). *Anxiety: New research and Changing Concepts*. New York, Raven Press, 1981; KLEIN, D.L. Clinical psychopharmacologic practice: the need for developing a research base. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, 1993, pp. 491-494 *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op. cit.*

<sup>676</sup> KENDELL, K. S. The stability of psychiatry diagnosis. *Br. J. Psychiatry Blackwell Scientific Publications*. Oxford, London, Edinburg, Melbourne, 1975 *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*

<sup>677</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*, p. 56. (grifo nosso)

*capazes de desenvolver os conhecimentos acerca dos mecanismos de ação das substâncias”.*<sup>678</sup>

Em seguida, apresentam os dois casos clínicos analisados. Os casos são apresentados de modo relativamente padronizado e em ambos os casos o tratamento empregado pelo Programa foi exclusivamente medicamentoso e apresentou muitas complicações: fortes efeitos colaterais, poucos efeitos terapêuticos e reincidiva dos sintomas imediatamente após a interrupção do medicamento. Ambos os casos são de mulheres, uma na faixa dos 30 e outra dos 60.

Detalharemos o *caso A* relatado no artigo, a título de exemplificação. Este caso apresenta a história de uma mulher de 33 anos, branca, casada, psicóloga formada sem nunca ter exercido a carreira. Ela teve seu primeiro sintoma de Fobia Social aos 17 anos, quando assinava um cheque numa loja e percebeu que estava sendo observada pela ex-namorada de seu então namorado. Começou a tremer e desde então passou a ficar nervosa e ansiosa em situações em que estivesse sendo ou se sentindo observada. Adquiriu medo de falar em público. A paciente descreveu-se como tendo sido, desde criança, uma pessoa tímida e muito ansiosa, apresentando sudorese excessiva, poucos amigos, mas sem dificuldade para relacionamentos amorosos. Fez tratamento psicanalítico por dez anos, 4 vezes na semana, e atribui algumas melhoras em decorrência deste tratamento. No entanto, continuava insatisfeita “*com a total falta de resultados no que tange a Fobia Social, notadamente os de desempenho (escrever e falar em público)*”<sup>679</sup>

Por fim, abandonou a psicanálise e procurou o Programa de Ansiedade e Depressão do IPUB. Naquela época – cinco anos antes deste artigo ser publicado – a paciente achou os resultados do remédio (não é citado o nome do remédio utilizado neste primeiro momento) muito significativos e, ao fim do estudo que teve duração de seis meses, estava livre do uso da medicação.

Na análise de seguimento, ou seja, na reavaliação, os autores descrevem que a paciente teve recaída poucos meses após a interrupção da medicação utilizada no primeiro estudo. Voltou ao Programa e lhe prescreveram a tranilcipromina, mas como o remédio não apresentou efeitos terapêuticos e os efeitos colaterais foram muitos, a medicação foi trocada e a paciente passou a tomar clonazepam. Porém, a paciente

---

<sup>678</sup> Ibidem, p. 56.

<sup>679</sup> Ibidem, p. 57.

engravidou neste período e a medicação foi suspensa. Após ter tido a filha passou a sair cada vez menos de casa e sua piora foi “progressiva” havendo “evolução para um quadro depressivo”. Foi neste momento “quase três anos após a retirada do clonazepam, que a Sra. A decidiu retornar ao Programa de Ansiedade e Depressão – UFRJ – há três meses. Voltou a fazer uso de clonazepam 2mg/dia, e logo no primeiro mês começou a sentir-se melhor em relação aos sintomas depressivos, apresentando pequena melhora subjetiva quanto aos sintomas da Fobia Social. Relata que apesar do desconforto, já consegue efetuar algumas compras e assinar cheques.”<sup>680</sup>

Como o objetivo dos autores neste artigo é avaliar a estabilidade do diagnóstico de Fobia Social segundo o critério diagnóstico do DSM- III-R, os autores não se detém na discussão das complicações que ocorreram durante o tratamento deste caso e afirmam que a estabilidade do quadro clínico se manteve ao longo dos anos. O *caso B*, descrito em seguida, apresentou complicações similares às do *caso A* e manteve também a estabilidade do diagnóstico.

*A estabilidade do diagnóstico pode ser vista tanto no relato retrospectivo quanto na avaliação transversal do seguimento. É interessante notar que os resultados dos questionários no “seguimento” praticamente não diferiram dos da Linha de Base. Hoje, como há cinco anos, ambas as pacientes preencheram os critérios de Fobia Social do DSM-III-R. Não houve, ao longo do tempo, transformação dos sintomas em outros transtornos ansiosos, nem mesmo alterações nas características do quadro clínico. Desse modo, os relatos constam de um medo irracional e desproporcional ao perceber-se sendo observada durante uma atividade simples como escrever, levando a uma sistemática conduta de fuga a situações onde tal atividade seja necessária. As comorbidades encontradas foram justamente as mais comumente descritas na literatura, não havendo transtornos de eixo II, exceto o transtorno de personalidade de esquiva que, na prática, cada vez mais vem sendo considerada sua relação com o subtipo generalizado da Fobia Social<sup>681</sup>.*

Portanto, foi mantido, no *caso A*, o diagnóstico de Fobia Social generalizada e, no *caso B*, o diagnóstico de Fobia Social circunscrita. Os autores consideram que o fato de ocorrerem constantes recaídas poucos meses após a retirada do medicamento falaria a favor do curso crônico da doença. E, por sua vez, o curso crônico da doença falaria a

---

<sup>680</sup> Ibidem, p. 57.

<sup>681</sup> Ibidem, p. 58. (grifo nosso)



favor da origem biológica do transtorno<sup>682</sup>. Os autores atribuem aos sintomas que permanecem ao longo de todo o tratamento, o resultado de situações da vida. No entanto, não consideram que tais “situações da vida” possam gerar estes transtornos, elas apenas poderiam facilitar a eclosão dos sintomas ou a acentuação destes.

*Ficou também, evidenciado, um grau de flutuação sintomática independente do uso da medicação, que aparentemente esteve relacionada a eventos da vida, como a gravidez, separação conjugal, viagem dos filhos. Neste ponto, há alguma semelhança com as observações de Noyes<sup>683</sup> sobre o curso do transtorno de pânico, com a ressalva de que os pacientes fóbicos sociais nunca chegaram a ficar totalmente assintomáticos<sup>684</sup>.*

Diante das dificuldades em delimitar a doença, no final da conclusão, chegam a fazer referência a uma pesquisa de um autor chamado Nichols<sup>685</sup>, que procurou descrever os sintomas da Fobia Social como pertencentes a um tipo de personalidade:

*Nichols descreveu traços muito aproximados em um estudo qualitativo com 35 pacientes com ansiedade social seguidos durante três anos. Ao todo, foram doze as características listadas por ele, com o intuito de relacionar o conceito de fobia – geralmente aceito como medo de intensidade desproporcional e sem base racional – às características comuns a algumas pessoas diagnosticadas como*

---

<sup>682</sup> No entanto, vale destacar, que não encontramos nenhum artigo da Série que demonstrasse a origem biológica de algum dos transtornos mentais abordados, normalmente as pesquisas citadas – o Programa de Ansiedade e Depressão não realizava pesquisas com este fim –sobre a origem biológica dos transtornos são inconclusivas segundo os próprios autores da Série. Como podemos ver no artigo intitulado “Aspectos Biológicos da Fobia Social”, no qual todas as pesquisas citadas no referido artigo apresentavam dados inconclusivos sobre a causalidade biológica da Fobia Social, ou seja, não tinham conseguido comprovar a relação existente entre Fobia Social e algum mecanismo biológico específico: COSCARELLI, Pedro; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Antônio Egídio; CAMISSÃO, Carlos; MENDLOWICZ, Mauro; ANDRADE, Yasmim; MARQUES, Carla; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia 31: Aspectos Biológicos da Fobia Social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n. 11, novembro de 1994, pp. 617-622.

<sup>683</sup> NOYES, R, CLANCY, J. et.al. The prognosis of anxiety neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 1980, pp. 173-178; NOYES, R. CHAUDRY, D.R; DOMINGO, D.V. Pharmacologic treatment of phobic disorders. *In: J. Clin. Psychiatry*, 47, 1986, pp.445-452; NOYES, R., REICH, J. et. al. Outcome of panic disorders. *In: Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 809-818 *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*

<sup>684</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*, p. 58. (grifo nosso)

<sup>685</sup> NICHOLS, Ka. Severe social anxiety. *Br Med. Psychology*, 47, 1974, pp. 301-306. *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*

*fóbicas sociais. Este autor criticou o pouco espaço concedido aos traços de personalidade e seus aspectos cognitivos nas publicações de Marks.*<sup>686</sup>

Para Nichols,

*a maioria dos pacientes fóbicos sociais na verdade sofrem as conseqüências de suas próprias características emocionais e cognitivas, em relação às quais as reações ditas fóbicas não podem ser vistas como desproporcionais nem irracionais: muitos aspectos dessas reações seriam melhor explicados em termos de traços de personalidade relativamente estáveis, ao invés de uma categoria nosológica distinta*<sup>687</sup>.

Entre Marks<sup>688</sup> e Nichols<sup>689</sup>, os autores tomam o partido do primeiro e apontam que a proposta do segundo “envolve alguns riscos de ordem prática”, qual seja, a falta de interesse que geraria por tratamento médico. E perguntam:

*Até que ponto perduraria o interesse em busca do tratamento para este tipo de pacientes, caso se estabelecesse um consenso em torno dessas idéias? Até o presente momento, desconhecem-se métodos eficazes de modificação de traços estáveis de caráter. Os transtornos de personalidade não respondem bem ao tratamento, seja psicoterápico, seja farmacológico. Entretanto, não parece ser este o destino dos pacientes fóbicos sociais. Acompanhamos aqui dois casos com determinadas características comuns de personalidade, que desenvolveram sintomas de Fobia Social, adotaram comportamento de esquiva fóbico, submeteram-se a importantes limitações de vida, mas que, no momento em que procuraram tratamento farmacológico adequado, obtiveram alívio significativo e duradouro dos sintomas*<sup>690</sup>.

---

<sup>686</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*, p. 58. (grifo nosso)

<sup>687</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*, p. 59.

<sup>688</sup> MARKS, I.M. & GELDER M.G. Different ages of onset in varieties of social phobia. *Am. J. Psychiatry*, 1966, 123, pp. 218-221; MARKS, I.M. The classification of phobic disorders. *Br. J. Psychiatry*, 116, 1970, pp. 377-386 *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*

<sup>689</sup> NICHOLS, K. Severe social anxiety. *Br Med. Psychology*, 47, 1974, pp. 301-306. *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*

<sup>690</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*, p. 59. (grifo nosso)

Vemos que mesmo considerando que a opção proposta por Nichols possa ser válida, os psiquiatras do Programa não a consideram “prática” porque, caso se afirmasse, tornaria normal o que, do seu ponto de vista, deveria ser tratado medicamente – o que neste caso significa ser tratado por via medicamentosa – e para ser tratado desta maneira precisaria ser considerado um transtorno. Desse modo, observamos que dentro da lógica médica utilizada pelos psiquiatras do Programa, a possibilidade dos sintomas descritos serem abordados como “traços estáveis de caráter” é descartada por não existirem tratamentos conhecidos na área psiquiátrica para estes “traços”, enquanto já existiria “tratamento farmacológico adequado” para o diagnóstico de Fobia Social.

No entanto, vale aqui fazer um parêntese, pois não nos pareceu que segundo a apresentação do artigo, houvesse realmente, “tratamento farmacológico adequado” ou estabelecido para a Fobia Social naquele momento. Na realidade ao longo deste artigo e dos demais artigos sobre o tema, vemos uma enorme dificuldade em sequer estabilizar os sintomas deste transtorno através do uso de tratamento medicamentoso, menos ainda extingui-los – o que demonstra ser o objetivo dos psiquiatras biológicos – por esta via de tratamento.

Por fim, afirmam a importância da manutenção do diagnóstico de Fobia Social, ainda que admitindo a dificuldade de seu isolamento como entidade nosológica e sua cura. E concluem afirmando que:

*Obviamente não se pode falar em cura, até mesmo porque houve inelutável recaída quase imediatamente após a interrupção da medicação. Mas não se pode negar a possibilidade de controle sintomático, proporcionando a melhoria da qualidade de vida – o que, aliás, vem a ser o principal alvo da medicina em geral, onde muito raramente se alcança a extirpação completa dos males<sup>691</sup>.*

O que vemos, ao longo deste artigo, é que devido ao tratamento da Fobia Social não se mostrar eficaz no que se refere a supressão dos sintomas – ou minimamente sua estabilização – os autores acabam por se indagar acerca da validade do referido diagnóstico. Neste momento, percebemos a tentativa de construção de diálogo com outra perspectiva de análise da Fobia Social representada pelas ideias de Nichols.

---

<sup>691</sup>ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *op.cit.*, p. 59. (grifo nosso)

Nichols propõe uma outra visão de ciência ou, nos termos de Fleck<sup>692</sup>, ele parte de um outro coletivo de pensamento. Segundo a visão de ciência – coletivo de pensamento – dos psiquiatras biológicos do Programa, alinhados a Marks, mais vale o paciente estar sendo tratado por meio de ferramentas reconhecidas como válidas pelo seu meio – no caso os medicamentos – ainda que não se alcance os resultados almejados, do que ter que aprender a lidar com, o que é chamado por Nichols, de “traços estáveis de caráter” – que por sua vez é chamado de “Transtorno de Personalidade” pelos autores do artigo – a partir de outras ferramentas que prescindiriam do remédio ou exigiriam que se abrisse mão do diagnóstico de Fobia Social.

Desse modo, os autores acabam por reafirmar a validade do diagnóstico de Fobia Social a partir da ideia de que só estariam autorizados a tratá-la mediante o reconhecimento desta como entidade diagnóstica específica – Fobia Social – passível de tratamento médico, o que neste caso significa também tratamento medicamentoso.

### 5.3- ENTIDADE NOSOLÓGICA E COMORBIDADE

No artigo *Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria* é analisado o conceito de comorbidade. Os autores dos artigos são: Yasmim Andrade, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Carlos Camissão e Márcio Versiani<sup>693</sup>.

Segundo os autores, o conceito de comorbidade é utilizado quando uma entidade clínica distinta adicional ocorre durante a “evolução” de uma doença “*index*” (principal), ou seja, ocorre quando uma doença passa a existir paralelamente a outra já pré-existente. Os autores destacam que o termo comorbidade deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas isolados. Assim, os sintomas podem coexistir, mas só as doenças podem ser comórbidas. Informam que, “*para facilitar a compreensão do conceito de comorbidade, Feinstein e*

---

<sup>692</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>693</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 23: Comorbidade: conceitos e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.3, março de 1994, pp. 117- 121.

Kaplan<sup>694</sup> classificaram-na em três tipos”. O primeiro tipo é a patogênica, que, segundo os autores,

*ocorre quando determinada doença leva a outras complicações ou doenças com as quais está etiologicamente relacionada. Um exemplo são as doenças cardiovasculares e renais secundárias ao diabetes. Na psiquiatria, podemos considerar exemplos de patogenicidade a instalação de agorafobia secundária ao transtorno de pânico, o surgimento de depressão secundária à incapacidade produzida por uma doença crônica como a esquizofrenia, ou o desenvolvimento de abuso crônico de álcool devido ao uso repetido para aliviar a disforia<sup>695</sup>.*

O segundo tipo, é a comorbidade diagnóstica, que “ocorre quando as manifestações da doença associada simulam as da doença ídex. As manifestações podem incluir sintomas, sinais ou resultados de exames complementares”. Como exemplo deste tipo, expõem:

*a pneumonia e o infarto pulmonar podem causar hemoptise ou dor pleural indistinguíveis dos mesmos sintomas produzidos por câncer de pulmão (...)De forma semelhante, um paciente psiquiátrico pode apresentar uma dificuldade de concentração provocada por depressão e por transtorno de ansiedade generalizada simultâneos; ou pode apresentar perda de peso devido à depressão e a um transtorno alimentar.<sup>696</sup>*

O último tipo é constituído pela comorbidade prognóstica, que diz respeito a “quando houver doenças que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças”. O exemplo deste caso é

*o surgimento de retinopatia em um paciente com diabetes e hipertensão arterial. A associação diabetes + hipertensão tem muito maior probabilidade de produzir retinopatia do que qualquer uma isoladamente. Um exemplo semelhante na psiquiatria seria o risco maior de alcoolismo em um paciente que tenha transtorno do pânico + depressão<sup>697</sup>.*

---

<sup>694</sup> KAPLAN, M.H. & FEINSTEIN, A.R. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. In: J. Chron. Dis, 27, pp. 387-404 *apud* ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 23: Comorbidade: conceitos e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *op. cit.*

<sup>695</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 23: Comorbidade: conceitos e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *op.cit.*, p. 118.

<sup>696</sup> *Ibidem.*

<sup>697</sup> *Ibidem.*

Os autores enfatizam que na prática clínica a comorbidade é um fenômeno comum, pois dificilmente encontram-se casos “puros” ou “limpos” como se busca geralmente na atividade de pesquisa. Destacam que certos tipos de classificação podem estimular a existência de comorbidade devido a critérios diagnósticos muito específicos. Afirmam ainda que o DSM-III e, especialmente, o DSM III-R, demonstram preferência pela fragmentação dos diagnósticos, dividindo categorias que eram até então mais abrangentes em diversos transtornos separados, o que pode aumentar a incidência de comorbidades.

*As classificações atualmente utilizadas (CID-10; DSM-III-R) baseiam-se no modelo médico que adota o paradigma neokraepeliniano. Este novo paradigma, empregado na pesquisa e nosologia psiquiátricas a partir de 1970, defende a existência de transtornos mentais múltiplos e distintos, e utiliza critérios operacionais para fornecer diagnósticos de natureza categorial. (...) estas classificações aumentaram a cobertura diagnóstica, passando a incluir maior número de categorias antes inexistentes, como transtornos do sono e uso de tabaco, por exemplo. Quanto mais aumenta a variedade de transtornos incluídos num sistema diagnóstico, maior é a probabilidade de um paciente preencher os critérios para um diagnóstico e tornar-se um “caso”. Também aumenta a probabilidade do paciente satisfazer critérios para múltiplos transtornos e apresentar comorbidade<sup>698</sup>.*

Neste artigo, assim como em muitos outros, vemos que a suposição da origem de um transtorno psiquiátrico, muitas vezes se dá através do teste de eficácia de um medicamento, ou seja, os mecanismos biológicos que supostamente atuam em algum dos transtornos analisados costumam ser inferidos a partir do uso de um dado medicamento psiquiátrico.

Os autores apontam que este é um critério que vem sendo adotado desde o DSM-III para categorizar as diferentes doenças<sup>699</sup>. Segundo os autores, a Fobia Social foi separada de outros transtornos de ansiedade porque não respondia bem à imipramina, enquanto os outros transtornos respondiam. Desse modo, concluíram que a Fobia Social deveria ter um mecanismo biológico distinto dos demais transtornos de ansiedade. O procedimento adotado para a Fobia Social é similar ao ocorrido com a depressão. Segundo alguns pesquisadores, esta seria uma doença desenvolvida a partir

---

<sup>698</sup> Ibidem. (grifo nosso)

<sup>699</sup> Como vimos no capítulo 1.

de alterações na serotonina, porque um medicamento inibidor de serotonina bloqueia os sintomas depressivos<sup>700</sup>.

*Um exemplo deste fato pode ser observado no DSM-III, que subdivide os transtornos de ansiedade em transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada. A inclusão do transtorno do pânico como entidade separada deveu-se principalmente às pesquisas de Klein demonstrando que a imipramina bloqueia os ataques de pânico, mas é aparentemente ineficaz no combate à ansiedade associada à evitação fóbica. Criou-se então o transtorno de ansiedade generalizada para abranger a área de neurose de ansiedade (DSM-II) não coberta pelo transtorno do pânico<sup>701</sup>.*

Assim, se a conexão entre um medicamento e a eliminação de sintomas estabelece uma nova entidade nosológica, a profusão de entidades nosológicas acarreta, por sua vez, um aumento de casos de comorbidade. Os autores prosseguem nesta linha de raciocínio:

*Há agora grande interesse em estudar a comorbidade do pânico com outros transtornos, incluindo o de ansiedade generalizada. Os dados que apoiam a validade e a utilidade do diagnóstico do transtorno do pânico são múltiplos. No entanto, muito da comorbidade entre pânico e agorafobia pode dever-se ao fato de que ambas descrevem uma área sobreposta da psicopatologia<sup>702</sup>.*

Desse modo, percebemos que assim como em outros artigos, e como é proposto no DSM-III e seus sucessores, neste artigo os remédios servem para definir e delimitar as doenças assim como as doenças, muitas vezes, servem para delimitar a denominação do remédio<sup>703</sup>. A partir disso, os autores questionam os critérios classificatórios adotados pelo DSM-III e DSM-III-R:

---

<sup>700</sup> Sobre isso ver: SABOYA, Eloísa; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; VENTURA, Paula; MORAES, Andrea de; PINTO, Sandra; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 10: Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 41, n.10, novembro/dezembro de 1992, pp. 481-494.

<sup>701</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 23: Comorbidade: conceitos e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 43, n.3, março de 1994, pp. 119. (grifo nosso)

<sup>702</sup> Ibidem, pp. 119.

<sup>703</sup> Para mais informações sobre este último ponto ver: Healy, David. *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997; Healy, David. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press, 2002.

*Os critérios diagnósticos devem ser planejados com o propósito básico de proporcionar validade discriminativa? Ou cada categoria deve ser definida por suas características mais essenciais, estejam elas presentes ou não em outros diagnósticos? A segunda estratégia, adotada pelos DSMs, aumenta a sensibilidade e a utilidade clínica do sistema diagnóstico, mas reduz a importância do diagnóstico diferencial e aumenta a comorbidade, a qual pode estar baseada em nada mais nada menos do que uma sobreposição de definições. Por exemplo, os critérios para transtorno de personalidade borderline incluem itens que entram na sintomatologia afetiva. Não fica claro se a comorbidade freqüentemente relatada entre o transtorno de personalidade borderline e os transtornos afetivos resultam de uma afinidade verdadeira entre as síndromes ou se reflete uma semelhança descritiva superficial devido à sobreposição de definições<sup>704</sup>.*

Por fim, acabam se colocando a favor do DSM e seu método, argumentando:

*A comorbidade obtida por nossos métodos é boa ou ruim? Ambas e nenhuma; os méritos relativos dependem dos objetivos específicos que se tem em mente em uma dada situação. Os diagnósticos do DSM-III e DSM-III-R são quase exclusivamente baseados em critérios descritivos.<sup>705</sup>*

A partir desse ponto de vista, esclarecem o que querem dizer quando se referem a comorbidade entre os transtornos e explicitam pontos fundamentais sobre suas concepções acerca da lógica científica da psiquiatria biológica. Afirmam que:

*Dizer que estes Transtornos são comórbidos, significa dizer que as características descritivas tendem a se associar umas com as outras, e nada mais do que isso. Não devemos tomar como reais as síndromes do DSM como se elas representassem doenças distintas, e presumir que a comorbidade significa a presença de duas doenças diferentes. O estímulo do DSM-III e DSM-III-R à feitura de múltiplos diagnósticos é útil para coletar informações desde que se entenda que esta informação é apenas de nível descritivo e que inferências causais devem vir de fora do sistema de classificação (validação externa).<sup>706</sup>*

Vale destacar que depois de passar a maior parte do artigo defendendo que a noção de comorbidade – coexistência entre diferentes doenças – deve ser empregada em psiquiatria e de utilizarem exemplos de doenças clínicas com marcadores biológicos bem

---

<sup>704</sup> ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 23: Comorbidade: conceitos e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *op.cit.*, pp. 119. (grifo nosso)

<sup>705</sup> *Ibidem*, p. 120.

<sup>706</sup> *Ibidem*. (grifo nosso)



definidos – como a pneumonia e a enfisema pulmonar – como analogia do que pode ocorrer entre as doenças psiquiátricas, vemos os autores afirmarem que de fato a noção de comorbidade em psiquiatria é mais de ordem descritiva e que não necessariamente significa que doenças distintas coexistam, podendo ser na realidade facetas diferentes de uma mesma doença já que a etiologia das doenças psiquiátricas é desconhecida.

A nosso ver, esses dois argumentos representam a ambivalência inerente ao coletivo de pensamento da psiquiatria que tenta legitimar seus diagnósticos a partir dos diagnósticos vigentes na medicina mais ampla, contudo não conseguem se enquadrar plenamente neste modelo. Os autores apresentam justificam a validade da classificação por eles utilizadas da seguinte maneira:

*Nossas classificações melhoraram a fidedignidade, a comunicação clínica e a possibilidade de generalização a partir das pesquisas. Mas elas não se baseiam na etiologia e não definem doenças distintas. Pequenas mudanças nas decisões classificatórias resultam em grandes mudanças nas taxas e tipos de comorbidade. Os mecanismos subjacentes a esta comorbidade e a criação de melhores métodos de classificação ainda aguardam nossa maior compreensão dos mecanismos patogênicos.*<sup>707</sup>

Desse modo, vemos que há um reconhecimento por parte dos autores acerca das limitações geradas pelo fato da classificação do DSM-III e DSM-III-R não discutirem a etiologia das doenças, ao mesmo tempo, em que há um reconhecimento dos benefícios desta escolha, qual seja, a possibilidade que os novos diagnósticos oferecem de realizar pesquisas e se comunicar com outros pesquisadores. Sendo que a busca pela etiologia dos transtornos é deixada para as pesquisas futuras. Este argumento está presente na Introdução do DSM-III e suas respectivas edições como vimos no capítulo 1, o que mais uma vez demonstra a grande influência do DSM-III e seus sucessores sobre a metodologia das pesquisas do Programa.

Um outro ponto que merece ser destacado é que ao longo de nossas análises percebemos que um dado remédio psiquiátrico é validado pelos autores através do grau de documentação que possui em termos de pesquisas realizadas. No entanto, os artigos não explicitam a razão de um remédio ser mais bem documentado do que outro. Quem financia estas pesquisas? Será que substâncias de medicamentos que possuem a patente

---

<sup>707</sup> Ibidem. (grifo nosso)

quebrada, como é o caso da fluoxetina, que deu origem ao antigo prozac<sup>708</sup>, suscitarão o interesse por pesquisas sobre a sua eficácia? Será que a eficácia do remédio não deveria ser validada pelos benefícios terapêuticos que ele produz? Como vimos num artigo de 1992<sup>709</sup>, a clomipramina – que não possuía a patente quebrada aquela época – era a droga mais bem documentada e recomendada, porém não demonstrava ser a mais eficaz nem a mais segura segundo o próprio artigo; e mais, o próprio artigo cita outra substância – neste caso, a fluoxetina – que poderia ser melhor em termos de eficácia e de menores efeitos colaterais do que a clomipramina; mas os autores se abstêm de aprofundar a discussão sobre a citada substância alegando que não era tão bem documentada quanto a outra.

### **5.3.1- Uma nova classe de medicamentos: os Inibidores de Recaptação de Serotonina**

No próximo artigo que apresentaremos, os autores se propõem a demonstrar a eficácia dos Inibidores de Serotonina (ISRS) no tratamento do Transtorno do Pânico. Para tanto, apresentam uma série de pesquisas obtidas através de busca no sistema MEDLINE, visando responder à questões como: evidências da eficácia dos ISRS no Transtorno do Pânico, quando utilizar os ISRS e não os agentes tradicionais e quais os problemas mais comuns ao usá-los. Como vimos nos capítulos 1 e 2 os Inibidores de Recaptação de Serotonina são uma classe de medicamentos que surge nos anos de 1990 nos Estados Unidos e fazem grande sucesso naquele país, especialmente, para o tratamento da depressão. Vemos que vários artigos da Série publicados a partir de 1994 tratam desta classe de medicamento recém lançada nos Estados Unidos, o que demonstra a atualização do Programa de Ansiedade e Depressão em relação aos tratamentos medicamentosos utilizados naquele país. O artigo é de junho de 1997 e se intitula Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. Os autores dos artigos são Carlos Camissão, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi,

---

<sup>708</sup> Sobre isso ver: ANGELL, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Rio de Janeiro, Record, 2007, p. 91-107.

<sup>709</sup> VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Série Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ.v. 41, n.1.jan/fev de 1992, p. 23.

Alexandre Valença, Carla Marques, Yasmim Andrade, Mauro Mendlowicz e Márcio Versiani<sup>710</sup>.

Inicialmente os autores afirmam que aquela época o Transtorno do Pânico já seria “bem controlado” com psicofármacos tradicionais como tricíclicos, IMAOs e benzodiazepínicos de alta potência. O uso da imipramina teve início nos anos de 1960, quando Donald Klein relatou, pela primeira vez, a utilidade desta substância para o tratamento do Transtorno do Pânico. Posteriormente outros tricíclicos e os IMAOs tradicionais, também teriam se mostrado eficazes no tratamento deste transtorno. No entanto, segundo os autores, cerca de “15% (?)”<sup>711</sup> dos pacientes seriam refratários ou intolerantes a estas substâncias e, por isso, seria relevante estudar a eficácia de novos medicamentos como os Inibidores de Recaptação de Serotonina (ISRS) no tratamento do referido transtorno.

*Os inibidores de recaptação de serotonina (ISRS) tiveram seu lançamento inicial voltado para o tratamento das depressões, provavelmente devido à alta prevalência destes transtornos. Porém, se moléculas como imipramina são amplamente eficazes em várias patologias, porque os ISRS não haveriam de sê-lo?*<sup>712</sup>

Inicialmente, na sessão intitulada, “Evidência da eficácia dos ISRS no tratamento do Transtorno de Pânico”, os autores apresentam os resultados dos estudos de Schneier e col<sup>713</sup> (1990), Oehrberg e col<sup>714</sup> (1995), Hoehn-Saric e col<sup>715</sup> (1993) Beurs

---

<sup>710</sup> CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia 62. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, junho de 1997, pp. 347-352.

<sup>711</sup> Não é explicitado no artigo de onde vem esta percentagem e ao lado da percentagem tem um ponto de interrogação: 15% (?). para verificação: *Ibidem*, p. 347.

<sup>712</sup> *Ibidem*.

<sup>713</sup> SCHENIER, F. R.; LIEBOWITZ, M. R.; DAVIES, S.O.; FAIRBANKS, J; HOLLANDER, E.; CAMPRAS, R; KLEIN, D.F.; Fluoxetine in panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 1990, pp. 119-121 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. Série Psicofarmacologia 62. *op. cit*

<sup>714</sup> OEHRBERG, S.; CHRISTIANSEN, P.E.; BEHNKE, K.; BORUP, A.L.; SEVERIN, B.; SOEGAARD, J.; CALBERG, H. JUDGE, R.; OHRSTOM, J.K.; MAMICHE, P.M. Paroxetine in the treatment of panic disorder a randomized double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 1995, pp. 374-379 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. Série Psicofarmacologia 62. *op.cit.*

<sup>715</sup> HOEHN-SARIC, R.; LEOD, D.R.; HIPSLEY, P.A.; Effect of fluvoxamine on panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 1993, pp. 321-326 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro;

e col<sup>716</sup> (1995), sobre a eficácia dos seguintes ISRS: a fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina.

Sobre a fluoxetina, afirmam que esta substância foi o primeiro Inibidor de Recaptação de Serotonina (ISRS) usado em larga escala nos Estados Unidos, e que teria demonstrado ser “significativamente” eficaz no tratamento do Transtorno do Pânico quando comparada ao placebo. Citam o estudo de Schneier e col<sup>717</sup>. (1990), segundo o qual, demonstrou em ensaio aberto que “76% dos pacientes com Transtorno do Pânico em uso de fluoxetina por 12 meses experimentaram melhora moderada ou marcante, com redução ou remissão dos sintomas”<sup>718</sup>. Já no estudo realizado por Oehrberg e col<sup>719</sup>. (1995) o “numero de pacientes com redução de pelo menos 50% de ataques de pânico foi significativamente maior no grupo em uso de paroxetina do que com placebo (82% X 50%).<sup>720</sup>” Este estudo teria empregado doses de 40mg ou 60mg.

A fluvoxamina, por sua vez, teria demonstrado ter a mesma eficácia que os outros antidepressivos citados anteriormente. Para analisá-la os autores do presente artigo recorreram a dois estudos: um de Hoehn-Saric<sup>721</sup> (1993) e o outro de Beurs e

---

VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>716</sup> BEURS, E.; VAN BALKOM, A.J.L.; LANGE, A.; KOELE, p.; VAM, DYCK R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 1995, pp. 683-694 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>717</sup> SCHENIER, F. R.; LIEBOWITZ, M. R.; DAVIES, S.O.; FAIRBANKS, J; HOLLANDER, E.; CAMPRAS, R; KLEIN, D.F.; Fluoxetine in panic disorder. In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 1990, pp. 119-121 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>718</sup> CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 348.

<sup>719</sup> OEHRBERG, S.; CHRISTIANSEN, P.E.; BEHNKE, K.; BORUP, A.L.; SEVERIN, B.; SOEGAARD, J.; CALBERG, H. JUDGE, R.; OHRSTOM, J.K.; MAMICHE, P.M. Paroxetine in the treatment of panic disorder a randomized double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 1995, pp. 374-379 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>720</sup> CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 348.

<sup>721</sup> HOEHN-SARIC, R.; LEOD, D.R.; HIPSLEY, P.A.; Effect of fluvoxamine on panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 1993, pp. 321-326 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

col<sup>722</sup> (1995). O estudo de Hoehn-Saric<sup>723</sup> (1993) no qual a fluvoxamina foi comparada ao placebo, através do exame de 50 pacientes com diagnóstico de Transtorno de Pânico, foi demonstrado que ambos os grupos estudados apresentaram melhora em “todas as medidas”, sendo que mais pacientes do grupo que tomou a fluvoxamina teriam ficado livres dos ataques de pânico. Enquanto que o estudo de Beurs e col<sup>724</sup>. (1995) verificaram “resposta preferencial em pacientes agorafóbicos à associação fluvoxamina + exposição “in vivo” em relação a psicoterapia + exposição ou exposição isolada.” Os autores apontam que devido ao fato do estudo citado não utilizar a fluvoxamina isoladamente, ele deixa dúvidas sobre o papel que esta substância exerceu no tratamento da agorafobia. Além disso, os autores ficam surpresos com o fato deste estudo não demonstrar diferenças em bloquear ataques de pânico entre a fluvoxamina e o placebo e afirmam que os próprios autores do estudo “sugerem a possibilidade de tal fato estar relacionado a um viés de seleção, pois a amostra em questão apresentava baixas taxas de ataques de pânico no pré-teste”.

Já Black e col<sup>725</sup> (1993) teriam demonstrado a superioridade da fluvoxamina sobre a terapia cognitiva e o placebo no transtorno do pânico. Assim:

*Na oitava semana 90% dos pacientes com fluvoxamina mostraram ao menos melhora moderada, comparados com 50% dos pacientes recebendo terapia cognitivo e 39% dos pacientes recebendo placebo. Apenas a fluvoxamina foi significativamente superior ao placebo, no registro de redução do escore de gravidade do ataque de pânico de 4 e 8. A partir da 4ª semana, significativamente mais pacientes*

---

<sup>722</sup> BEURS, E.; VAN BALKOM, A.J.L.; LANGE, A.; KOELE, p.; VAM, DYCK R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. In: *American Journal of Psychiatry*, 1995, pp. 683-694 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*.

<sup>723</sup> HOEHN-SARIC, R.; LEOD, D.R.; HIPSLEY, P.A.; Effect of fluvoxamine on panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 1993, pp. 321-326 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*.

<sup>724</sup> BEURS, E.; VAN BALKOM, A.J.L.; LANGE, A.; KOELE, p.; VAM, DYCK R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 1995, pp. 683-694 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*.

<sup>725</sup> BLACK, D.W.; WERNER, R. BOWERS, W. GABEL, J. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives Gen. Psychiatry*, 50, 1993, pp. 44-50 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*.

referiram abolição de ataques de pânico com fluvoxamina do que com terapia cognitiva ou placebo<sup>726</sup>.

Em seguida, na sessão intitulada, “Em que casos usar os ISRS no transtorno do Pânico?”, os autores afirmam que ainda é prematura a utilização dos Inibidores de Recaptação de Serotonina para tratamento do Transtorno de Pânico como opção de primeira escolha. Sugerem que sua utilização só deve ser priorizada em casos de clara intolerância as outras opções “tradicionais” como os tricíclicos e os IMAO’s. A partir disso, citam os estudos de Solyom<sup>727</sup> (1991), Brady<sup>728</sup> (1989) e Gupta e cols<sup>729</sup> (1995) nos quais os ISRS foram utilizados devido a ocorrência de intolerância aos tricíclicos e/ou IMAO’s. Soloyom<sup>730</sup> teria obtido sucesso no uso da fluoxetina em duas pacientes que foram refratárias ou intolerantes aos agentes tradicionais. Enquanto que Brady<sup>731</sup> “utilizou a fluoxetina em duas pacientes responsivas a imipramina, porém com excessivo ganho de peso. A fluoxetina na dose de 20mg controlou os ataques de pânico e promoveu significativa perda de peso. No entanto, seguimentos a médio e longo prazo de pacientes com depressão têm demonstrado ganho de peso com os ISRS (MARQUES

---

<sup>726</sup>CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 348.

<sup>727</sup> SOLYOM, L.; SOLYOM, C.; LESWIDGE, B. Fluoxetine in panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 1991, pp. 378-380 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>728</sup> BRADY, K; ZAZAR, M, LYDIARD, R. B.; Fluoxetine in panic disorder patients with imipramine-associated weight gain (letter). In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 1989, pp. 66-67 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>729</sup> GUPTA, M.A. ARBOR, A.; GUPTA, A. K.; Chronica idiopathica urticaria associated with panic disorder. A syndrome responsive to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants? *American Journal of Psychiatry*, 56, 1995, pp. 53-54 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>730</sup> SOLYOM, L.; SOLYOM, C.; LESWIDGE, B. Fluoxetine in panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 1991, pp. 378-380 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>731</sup> BRADY, K; ZAZAR, M, LYDIARD, R. B.; Fluoxetine in panic disorder patients with imipramine-associated weight gain (letter). *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 1989, pp. 66-67 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

e cols<sup>732</sup>)<sup>733</sup>.” Já no estudo de Gupta e cols.<sup>734</sup> foi analisado o caso de uma paciente que possuía urticária idiopática crônica, e durante as crises de urticária, a paciente apresentava ataques de pânico. O alprazolam não teria controlado os ataques de pânico e foi iniciado o uso de fluoxetina: “Em dezoito meses de uso da fluoxetina não houve recorrência tanto dos ataques de pânico quanto da urticária<sup>735</sup>”. Ao final desta sessão afirmam:

*Outros problemas provocados pelos IMAOs irreversíveis e tricíclicos podem ser um bom motivo para se tentar um ISRS. Os ISRS não estão associados a constipação intestinal, problema que por vezes inviabiliza o uso de certos tricíclicos. Alguns clínicos só optam pelos IMAOs irreversíveis tradicionais como medida “heróica” devido ao temor de crises hipertensivas espontâneas ou induzidas por transgressão dietética ou medicamentosa. Os ISRS podem ser a 1º ou 2º. opção para estes clínicos mais temerosos. A taquicardia sinusal, mais comum em mulheres jovens, é outra possível aplicabilidade dos ISRS que ao contrário dos tricíclicos tendem a provocar uma diminuição dos batimentos cardíacos<sup>736</sup>.*

Na sessão seguinte intitulada: “Quando não usar os ISRS e como manejá-los corretamente”, os autores afirmam que:

*O fato dos ISRS não estarem associados a muitos dos inconvenientes dos tricíclicos e IMAOs não significa de modo nenhum que todos os pacientes refratários ou intolerantes aos agentes tradicionais vão se adaptar perfeitamente aos ISRS. Os ISRS podem também ser ineficazes no transtorno de pânico mesmo em doses altas. Obviamente que a ineficácia de um determinado ISRS não significa que todos os outros o serão<sup>737</sup>.*

---

<sup>732</sup> MARQUES, C.; NARDI, A. E.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M.; COSCARELLI, P.; ANDRADE, Y.; CAMISSÃO, C. KINRYS, G.; VERSIANI, M. Inibidores de Recaptação de Serotonina (ISRS) e ganho de peso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 1996, pp. 111-114 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>733</sup> CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 349.

<sup>734</sup> GUPTA, M.A. ARBOR, A.; GUPTA, A. K.; Chronica idiophatica urticaria associated with panic disorder. A syndrome responsive to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants? *American Journal of Psychiatry*, 56, 1995, pp. 53-54 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>735</sup> CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 349.

<sup>736</sup> *Ibidem*, p. 349.

<sup>737</sup> *Ibidem* p. 349.

Assim, os autores afirmam que alguns dos efeitos colaterais dos ISRS poderão ser manejáveis enquanto que outros não. Quando não for possível manejar os efeitos colaterais recomenda-se a interrupção da medicação. Citam o estudo de Schneier<sup>738</sup>, que foi obrigado a desistir do uso de fluoxetina em quatro pacientes com Transtorno do Pânico devido ao excesso de efeitos colaterais. Os efeitos colaterais teriam sido: náuseas, inquietude ou cefaleias. Apontam que no estudo citado não está descrito se houve tentativa de manejar os efeitos colaterais e afirmam que: “O manejo medicamentoso de certos efeitos colaterais pode ser uma estratégia inviável, pois eles mesmos possuem efeitos indesejáveis o que pode acabar gerando um efeito do tipo ‘bola de neve’.”<sup>739</sup>

Sholomskas<sup>740</sup> (1990) mostra que o uso da fluoxetina no tratamento do Transtorno de Pânico pode precipitar mania em pacientes sem história prévia de transtorno bipolar do humor. Enquanto que no estudo de Tiffon e col<sup>741</sup>. (1994) foram examinados sete casos, nos quais a combinação de fluoxetina e um tricíclico foi mais bem sucedida do que quando estas substâncias foram utilizadas separadamente. Ao final desta sessão os autores afirmam que a dose de fluoxetina necessária para controlar o Transtorno do Pânico é bastante variável, podendo em alguns casos ser inferior às doses recomendadas pelo fabricante do medicamento. E afirmam: “Isto pode parecer o óbvio, mas o uso de doses desnecessariamente elevadas ou de politerapias não é tão raro de se observar em nosso meio<sup>742</sup>”.

---

<sup>738</sup> SCHENIER, F. R.; LIEBOWITZ, M. R.; DAVIES, S.O.; FAIRBANKS, J; HOLLANDER, E.; CAMPRAS, R; KLEIN, D.F.; Fluoxetine in panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 1990, pp. 119-121 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>739</sup>CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 349.

<sup>740</sup> SHOLOMSKAS, A.J., Mania in panic disorder patient treated with fluoxetine (letter) *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, pp. 1090-1091 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>741</sup> TIFFON, L. COPLAN, J.D. PAPP, L.A. GORMAN, J.M.; Augmentation strategies with tricyclic or fluoxetine treatment in seven partially responsive panic disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 1994, pp. 66-69 *apud* CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*

<sup>742</sup> CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Inibidores de Recaptação de Serotonina no tratamento do Transtorno do Pânico. *Série Psicofarmacologia* 62. *op.cit.*, p. 349.



Quatro casos clínicos atendidos no Programa de Ansiedade e Depressão são apresentados em seguida da revisão bibliográfica empreendida<sup>743</sup>. Os casos clínicos relatados apresentam o nome fictício do(a) paciente, profissão e estado civil. É descrito o momento de emergência do primeiro ataque de pânico com seus respectivos sintomas, as tentativas de tratamentos realizados até a estabilização dos sintomas através do uso de Inibidores de Recaptação de Serotonina (ISRS). Apenas no caso 3, a estabilização dos ataques de pânico não ocorre até o final do relato do caso. As medicações finais de cada caso foram as seguintes: **Caso 1** – 40mg/dia de paroxetina; **Caso 2** – 30mg/dia de paroxetina + 5mg/dia de clorazepato (tranquilizante); **Caso 3** – foi tentado uso de citalopram (ISRS) com substituição pelo clonazepato (tranquilizante) 5mg/dia e bromazepam 3mg/dia; **Caso 4** – 50mg/dia de sertralina.

Por fim, o artigo conclui que os ISRS são uma alternativa a mais disponível para o tratamento farmacológico do Transtorno do Pânico. Os autores enfatizam que:

*Embora os ISRS possuam um índice terapêutico (dose terapêutica/dose tóxica) bem mais elevado que os agentes tradicionais, não são destituídos de efeitos indesejáveis. Alguns dos efeitos indesejáveis chegam a inviabilizar o uso dos ISRS numa percentagem significativa de pacientes, razão pela qual é prematuro, no momento, recomendá-los como agentes de primeira escolha no Transtorno do Pânico<sup>744</sup>.*

Como encontramos nos demais artigos, a eficácia ou não dos Inibidores de Recaptação de Serotonina será mensurada a partir de sua capacidade de suprimir ou estabilizar os sintomas do Transtorno do Pânico, especialmente dos ataques de pânico. Além disso, vemos que os novos medicamentos, neste caso os ISRS, são valorizados sem que os antigos medicamentos, tricíclicos, IMAOs e benzodiazepínicos sejam desvalorizados.

#### **5.4- EFEITOS COLATERAIS: UM PROBLEMA FREQUENTE**

Conforme a série avança surgem mais artigos tratando exclusivamente dos efeitos colaterais dos psicofármacos, dentre eles os dos Inibidores de Recaptação de

---

<sup>744</sup> Ibidem, p. 350.

Serotonina (ISRS) recebem grande atenção. Nesses artigos os efeitos colaterais mais frequentemente relatados dizem respeito a uma alteração da libido, diminuindo-a ou impedindo a ereção do homem, lubrificação na mulher e/ou o orgasmo em ambos os sexos. Os artigos apontam que este é um assunto que precisa ser abordado, pois seria responsável pelo abandono do tratamento no longo prazo. Vale destacar que em meio a estes artigos vemos surgir entre os anúncios de medicamentos psiquiátricos, anúncios do VIAGRA, remédio que trata de “disfunções sexuais”.

O artigo que analisaremos aborda este tópico. Ele é de abril de 1998 e se intitula “Efeitos sexuais indesejáveis induzidos pelos inibidores de recaptção de serotonina – Estudo retrospectivo com 59 pacientes”. Os autores deste artigo são: Ivan Figueira, Elizabete Possidente, Carla Marques, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani<sup>745</sup>.

Inicialmente os autores procuram validar o uso dos ISRS afirmando que esta é uma classe de antidepressivos muito utilizada em vários países do mundo, justamente por seu perfil de efeitos colaterais mais leves do que os das outras classes de medicamentos psiquiátricos:

*Um dos motivos pelos quais os ISRS têm sido tão amplamente empregados deve-se ao seu perfil de efeitos indesejáveis mais aceitável do que antidepressivos clássicos como os tricíclicos e os IMAOs<sup>746</sup>.*

Os autores apontam que nos estudos iniciais com os inibidores da recaptção de serotonina (ISRS) foram relatados “efeitos sexuais indesejáveis” em uma proporção modesta de casos – cerca de 2% -, mas que em estudos mais recentes, principalmente naqueles desenhados para avaliar a função sexual, a frequência de “efeitos sexuais indesejáveis” induzidos pelos ISRS têm sido muito maiores – em torno de 75% dos casos. Destacam que este efeito colateral precisa ser melhor investigado, por ser muitas vezes o responsável pelo abandono do tratamento por parte dos pacientes.

*Como a função sexual é um tema que muitos médicos e pacientes têm dificuldade em abordar, há um grande número de casos de disfunções sexuais induzidas pelos ISRS que não são detectadas pelos médicos.*

---

<sup>745</sup>FIGUEIRA, Ivan; POSSIDENTE, Elizabete; MARQUES, Carla; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 72: Efeitos sexuais indesejáveis induzidos pelos inibidores de recaptção de serotonina – Estudo retrospectivo com 59 pacientes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 47, n.4, abril de 1998, pp. 193-197.

<sup>746</sup> *Ibidem*, p. 193.

*Com isso, ocorre uma queda na qualidade de vida do paciente, risco de complicações no relacionamento dos casais e conseqüente queda da adesão ao tratamento farmacológico*<sup>747</sup>.

Afirmam que apesar do aumento de interesse pela questão das “disfunções sexuais” induzidas pelos ISRS, o número de pesquisas ainda é pequeno e que as poucas pesquisas realizadas negligenciam as alterações ocorridas com a libido de forma mais ampla, focando apenas na presença ou ausência do ato sexual. Com o intuito de avaliar este aspecto, os autores realizaram um estudo retrospectivo catamnético com 59 pacientes ambulatoriais em uso de ISRS. Explicam a metodologia do estudo e apontam que mais da metade da amostra desenvolveu algum tipo de disfunção sexual: 35 em 59 (59,3%).

Os autores destacam que os efeitos sexuais indesejáveis mais frequentes no presente estudo foram: 1) a redução da libido acometendo metade da amostra – 30 em 59 (50,8%); 2) as alterações no orgasmo (retardo ou bloqueio total) – 14 em 59 (23,7%); 3) disfunções na ejaculação – 6 em 59 (10,2%); 4) comprometimento da ereção – 3 em 22 (13,6%).

Por fim, os autores sugerem como “estratégias terapêuticas” para os efeitos colaterais de ordem sexual, produzidos pelos ISRS a redução de dose da medicação empregada, feriado terapêutico e emprego de outros remédios chamados pelos autores de “antídotos” para as “disfunções sexuais”: ioimbina, ciproheptadina, amantadina, psicoestimulantes, mianserina e o granisetron<sup>748</sup>.

Já em artigo de setembro de 1998, intitulado “Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar”, os autores se dedicam a outro tipo de efeito colateral.<sup>749</sup> Os autores do artigo são: Ivan Figueira, Carla Marques, Leonardo Fontenelle, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani. Neste artigo, os autores analisam a hipoestesia emocional gerada pelo uso dos Inibidores de Recaptação de Serotonina (ISRS) através

---

<sup>747</sup> Ibidem, p. 196.

<sup>748</sup> Ibidem, p.196.

<sup>749</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 47, n.9, setembro de 1998, pp. 469-476.

de revisão bibliográfica, empreendida no sistema MEDLINE, articulada ao relato de seis casos atendidos no Programa.

Segundo os autores, é denominada hipoestesia emocional tanto a ação terapêutica – geradora do efeito “antipreocupação” ou “efeito zen” – quanto os efeitos colaterais – incapacidade de chorar, indiferença e apatia – induzidos pelos ISRS. As principais substâncias investigadas neste estudo foram: fluoxetina e sertralina. São relatados seis casos clínicos atendidos no Programa de Ansiedade e Depressão nos quais teria ocorrido este tipo de efeito. Esses dados são articulados aos dados coletados em torno de onze casos de natureza semelhante selecionados no sistema de busca MEDLINE.

Os casos possuem um certo padrão em sua abordagem: apresenta-se o sexo, a idade, o diagnóstico e, em alguns casos, a profissão. É relatado o momento que os sintomas surgiram, o tratamento medicamentoso que foi empregado, descrevem-se os efeitos terapêuticos e colaterais da medicação empregada – com ênfase nos quadros de apatia, indiferença, dificuldade de chorar etc. – e a mudança da dosagem ou da medicação até o efeito(s) colateral(is) passar(em).

Descreveremos um dos casos atendidos pelo Programa na íntegra a título de ilustração. Caso 1: Mulher, 48 anos, depressão maior recorrente com traços histriônicos de personalidade. Segundo o relato, a paciente “vinha controlada com 10mg/dia de paroxetina (um ano e sete meses de tratamento)” até que com a proximidade do casamento do filho teria voltado a ficar “ansiosa e preocupada”. A dose então foi aumentada para 20mg/dia, porém após duas semanas a paciente relatou completo bloqueio de sua capacidade de chorar:

*‘Não consigo chorar com este remédio, ele me deixa a pessoa mais gélida do mundo, pode ocorrer a maior tragédia na minha frente que fico impassível. Outro dia fui ver um filme sobre o holocausto (é judia) e não me emocionou nada; parecia que nem era comigo; eu sempre chorava muito vendo este filme, aliás, sempre fui chorona’<sup>750</sup>.*

Além da incapacidade de chorar a paciente relatou estar sem emoções de uma forma geral:

*‘Não tenho mais grandes emoções. Isto tem vantagens e desvantagens. Tem a vantagem de eu não ser mais uma maria-mole e*

---

<sup>750</sup> Ibidem, p. 471.

*não me abalar com tudo. Tem a desvantagem de eu não saber pesar as coisas, duvidar do meu bom gosto*<sup>751</sup>.

Os autores descartam a possibilidade da paciente estar deprimida e relatam a redução da dose de paroxetina para 15mg /dia, o que em uma semana teria permitido a paciente ficar mais emotiva, podendo voltar a chorar. No entanto, os autores destacam que a paciente permaneceu com a “afetividade alterada”, mas num sentido positivo. Segundo a própria paciente ela “*era excessivamente sensível aos mínimos aborrecimentos do dia-a-dia*”. E finalizam o caso com outra citação da paciente na qual fala a respeito dos ganhos que obteve com o medicamento:

*Quando uma amiga minha ficava doente, eu não conseguia ajudar direito, eu sentia como se fosse comigo, aquilo me fazia mal, eu ficava chorona demais, de cama, remoendo; agora lido melhor com isso, afinal isso faz parte da vida*<sup>752</sup>.

Após a apresentação dos seis casos clínicos atendidos no Programa, os autores discutem quais mecanismos biológicos poderiam estar envolvidos na ocorrência deste efeito colateral. Três hipóteses são apresentadas e discutidas. 1) IRS induzindo agonismo serotoninérgico, posterior redução do tônus dopaminérgico em gânglio da base e consequente extrapiramidalismo (acinesia parkinsoniana); 2) IRS induzindo disfunção do lobo frontal e 3) IRS aumentando função serotoninérgica e melhorando a incapacidade de chorar.

Os autores explicam que estas opções não se excluem e, por isso mesmo, podem coexistir. Sobre a opção (1), a qual descrevem de forma mais detalhada que as demais, começam sua explicação citando o relato de Bertschy e Vandel<sup>753</sup> sobre um caso de síndrome de indiferença associada com acatisia em um paciente tratado com fluoxetina e sugerem um possível envolvimento de uma “redução da atividade dopaminérgica (DA) induzida pelo agonismo serotoninérgico (5HT) causando esta síndrome de indiferença”. O supracitado estudo teria observado também um paralelo entre a

---

<sup>751</sup> Ibidem, p. 471.

<sup>752</sup> Ibidem, p. 471.

<sup>753</sup> BERTSCHY G., VANDEL, S. Fluoxetine-related indifference and akathisia. A case report (letter). *Therapie*, 48, 1993, pp. 158-159. *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipostesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*.

síndrome de indiferença induzida pela fluoxetina com a indiferença induzida pelos neurolépticos:

*Ou seja, os IRS causariam apatia/indiferença por induzirem a um estado hipodopaminérgico em certas regiões do cérebro. Portanto há duas assertivas a serem avaliadas: a) que o aumento da função serotoninérgica levaria a uma diminuição da dopamina b) que a diminuição de dopamina estaria associada a um aumento da apatia e da indiferença<sup>754</sup>.*

A partir deste ponto, os autores fazem um histórico acerca do surgimento dos primeiros neurolépticos e apontam que “uma das razões para o ‘esquecimento’ da hipoestesia emocional induzida pelos neurolépticos talvez seja seu caráter de “sintoma negativo secundário”. Ou seja, decorre do “*apoucamento de uma esfera psíquica – a das emoções (de difícil observação); efeitos sobre outras áreas são mais facilmente observáveis; por exemplo, o impacto dos antipsicóticos na esfera motora*”.<sup>755</sup>

Essa indiferença e/ou apatia gerada pelos neurolépticos estaria associada aos efeitos extrapiramidais<sup>756</sup>. Citam o estudo de Wolf & Villeneuve<sup>757</sup> no qual esta indiferença é tratada como um dos elementos de uma síndrome psicomotora que geraria uma diminuição da iniciativa, uma redução do interesse e um retraimento social.

*Mas que tipo de síndrome extrapiramidal estaria associada com o desenvolvimento de apatia e indiferença? As pesquisas de Rifkin e cols. centradas no campo da acinesia parkinsoniana ajudam a responder esta questão. Rifkin e cols.(1975) foram os primeiros a atacar o conceito de que os efeitos extrapiramidais dos neurolépticos se davam estritamente na área motora. Usaram como exemplo a acinesia, que usualmente é definida como um transtorno do movimento. Rifkin e cols.(1975) ampliaram o conceito de acinesia, definindo-a como ‘um estado comportamental de diminuição da espontaneidade caracterizado por poucos gestos, fala não espontânea*

---

<sup>754</sup>FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 47, n.9, setembro de 1998, p. 473. (grifo nosso)

<sup>755</sup>Ibidem, p. 473.

<sup>756</sup>Os sintomas ou efeitos colaterais extrapiramidais são diversos transtornos do movimento, como a discinesia tardia, que são o resultado do consumo de medicamentos antipsicóticos (neurolépticos) que agem como antagonistas dopaminérgicos.

<sup>757</sup>WOLF MA., VILLENEUVE, A. Les effets indésirables des neuroleptiques. In: *L'encéphale*, 16, 1990, pp. 11-124 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*.

*e particularmente apatia e dificuldade em iniciar atividades usuais. Seus relatos enfatizavam o risco da ocorrência da apatia (como sintoma importante) em pacientes em uso de neurolépticos*<sup>758</sup>.

Mas como os IRS induziriam estados apáticos? Baseados num artigo de Healy<sup>759</sup> os autores apresentam duas hipóteses para que os ISRS gerem apatia e indiferença, uma é de que seja pelo maior agonismo serotoninérgico (ação direta) ou de que os IRS induzam a apatia através de um aumento do tônus serotoninérgico que levaria a uma redução da função dopaminérgica nos gânglios de base (ação indireta). Esta suposição de que os IRS poderiam ter ação antidopaminérgica influenciou a publicação do artigo de Pies<sup>760</sup> intitulado “Devemos atualmente considerar os IRS neurolépticos?”. Neste artigo, Pies apresentaria duas linhas de evidências que os autores do artigo resumem da seguinte maneira:

*A primeira linha mostra a ocorrência de diversas síndromes extrapiramidais (acatisia, distonia aguda, discinesia tardia) em pacientes em uso dos IRS (La Porta, 1993; Leo, 1996; Lauterbach e cols., 1997); a segunda linha reporta estudos que sugerem que os IRS podem ser eficazes isoladamente (sem precisar de antipsicótico associado) na depressão psicótica (Gatti e cols., 1996). Nos dois sentidos (frequência de ocorrência de sintomas extrapiramidais e eficácia na depressão psicótica) os IRS difeririam de antidepressivos do grupo tricíclico. Em outras palavras, os IRS seriam mais “neurolépticos” (agentes antidopaminérgicos) do que os tricíclicos, com as consequentes vantagens e desvantagens desta propriedade adicional*<sup>761</sup>

---

<sup>758</sup>FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*, p. 473.

<sup>759</sup>HEALY, D. Neuroleptics and psychic indifference in patients on fluvoxamina and fluoxetina. *J. R. Soc. Med.*, 82, 1989, pp. 615-619 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*.

<sup>760</sup>PIES, R. W. Must we now consider SRI neuroleptics?(editorial) *J. Clin. Psychopharmacol.*, 17, 1997, pp. 443-445, *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*.

<sup>761</sup>FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*, p. 474.

Os autores demonstram concordância com a hipótese de que os IRS poderiam funcionar como agente antidopaminérgico e pontuam que a partir desta premissa poder-se-ia especular os efeitos benéficos e indesejáveis deste modo de funcionamento.

Sobre a opção (2) Os IRS induzindo disfunção do lobo frontal, os autores citam o trabalho de Hoehn-Saric e cols.<sup>762</sup> no qual a fenomenologia da apatia e hipoestesia é comparada a disfunções que ocorrem no lobo frontal. Segundo o supracitado artigo os pacientes com lesões do lobo frontal ou com interrupções dos tratos conectando os lobos frontais com o gânglio da base e tálamo poderiam exibir apatia, achatamento do afeto e falta de preocupação emocional entre os seus sintomas. Hoehn-Saric e cols.<sup>763</sup> afirmariam ainda que o efeito terapêutico dos IRS em quadros clínicos como o transtorno obsessivo-compulsivo seriam mediados pela indução de uma síndrome do lobo frontal de intensidade leve e que isso pode ser verificado através das intervenções cirúrgicas que diminuem as conexões funcionais entre o lobo frontal e o resto do cérebro que normalmente levam a uma diminuição dos sintomas compulsivos.

Citam em seguida o trabalho de Goldeberg<sup>764</sup> que, através da revisão da literatura acerca do “efeito iatrogênico dos antipsicóticos, em pacientes esquizofrênicos, induzindo uma síndrome pré-frontal”, afirma que o sistema dopaminérgico poderia ser alterado pela síndrome do lobo frontal induzida por fármacos que geraria apatia e dificuldade em iniciar atividades usuais.

Sobre a opção (3) IRS aumentando função serotoninérgica e melhorando a incapacidade de chorar, os autores citam o trabalho de Olehansky e Labbate<sup>765</sup> no qual

---

<sup>762</sup> HOEHN-SARIC, R., HARRIS GJ, PEARLSON G.D., COX C.S., MACHLIN S.R., CAMARGO E.E., A fluoxetine-induced frontal lobe syndrome in an obsessive compulsive patient. *J. Clin. Psychiatry*, 52, 1991, pp. 131-132. *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. *Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. op.cit.*

<sup>763</sup> HOEHN-SARIC, R., HARRIS GJ, PEARLSON G.D., COX C.S., MACHLIN S.R., CAMARGO E.E., A fluoxetine-induced frontal lobe syndrome in an obsessive compulsive patient. *J. Clin. Psychiatry*, 52, 1991, pp. 131-132. *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. *Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos Inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. op.cit.*

<sup>764</sup> GOLDBERG, E. Akinesia, tardive dysmentia, and frontal lobe disorder in schizophrenia. *Schizoph Bull*, 11, 1985, pp. 255-263. *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. *Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. op.cit.*

<sup>765</sup> OLESHANSKY MA, LABBATE LA. Inability to cry during SRI treatment (letter). *J. Clin. Psychiatry*, 57, 1996,p. 593 *apud* FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo;



foi proposto que o mecanismo para a redução da capacidade de chorar poderia estar relacionado a alterações do sistema serotoninérgico, como as que tem sido postuladas para o choro patológico.

Em seguida, após a explicação das três hipóteses para a hipoestesia emocional gerada pelos IRS o artigo apresenta algumas propostas de manejo clínico de acordo com as três hipóteses levantadas. Na hipótese 1 o tratamento de uma possível apatia gerada como uma espécie de “Parkinson medicamentoso”, como foi descrito anteriormente, se daria através do uso de agentes anticolinérgicos (como o biperideno) ou agonistas dopaminérgicos (como a amantadina). E explicam: “Por analogia, estaríamos tratando ‘sintomas negativos’ induzidos pelos IRS da mesma forma como tratamos sintomas negativos (secundários aos neurolépticos) com antiparkinsonianos<sup>766</sup>”. Para a hipótese 2 o manejo clínico poderia se dar através do uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato, que “seriam eficazes no tratamento de apatia e indiferença secundárias a síndromes organocerebrais<sup>767</sup>”. E não é proposto nenhum manejo clínico para a hipótese 3.

Por fim, os autores destacam que, apesar de parecer pequena a porcentagem de casos em que a hipoestesia emocional se manifesta de forma “negativa”, o clínico deve ficar atento a este possível efeito colateral, pois muitas vezes o paciente pode não chegar a relatar este efeito por não percebê-lo.

*Na terminologia de Healy (1989) esses pacientes desenvolvem uma indiferença psíquica (hipoestesia emocional) egossintônica. Esta síndrome de indiferença pode levar a que não se importem com certos efeitos colaterais que podem produzir um impacto na qualidade de vida, podendo mesmo desestabilizar um casal. Exemplo, pacientes que ficam indiferentes à perda de ereção e de libido vindo o cônjuge a interpretar esta indiferença em relação ao sexo como: “Ele/ela tem outra/outro, não gosta mais de mim”.*<sup>768</sup>

Enfatizam que o tratamento deste efeito colateral é importante para que os pacientes não acabem abandonando o tratamento:

---

NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*

<sup>766</sup> FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *op.cit.*, p. 475.

<sup>767</sup> Ibidem.

<sup>768</sup> Ibidem.

*O manejo do aspecto indesejável da hipoestesia emocional é importante, pois ela pode levar os pacientes a abandonarem o tratamento por se sentirem “artificiais”, “drogados”, “lobotomizados quimicamente”. Além disso, pouco se sabe sobre as conseqüências para a vida emocional do bloqueio a longo prazo de sutis processos psíquicos como a capacidade de chorar, de se emocionar ou de “sentir o luto”<sup>769</sup>.*

Por fim, concluem que estudos subseqüentes devem seguir prospectivamente pacientes em uso dos ISRS, observando o impacto (positivo e negativo) dos mesmos na esfera emocional/afetiva e utilizando instrumentos de medição destas variações. Afirmam que a “semiologia da afetividade” vem sendo negligenciada nos estudos psiquiátricos e deve ser mais estudada através de técnicas qualitativas e novos instrumentos medidores:

*A semiologia da “afetividade” vem sendo negligenciada, devendo ser mais estudada tanto através de técnicas qualitativas quanto por meio do desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem e “meçam” seus diferentes aspectos”<sup>770</sup>.*

## **5.5- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em nossas análises observamos que de 1994 em diante ocorrem algumas modificações na abordagem dos artigos da Série, que demonstram que o grupo do Programa de Ansiedade e Depressão encontra-se bastante atualizado em relação às modificações ocorridas na psiquiatria norte-americana. A partir deste período aparecem, por exemplo, mais referências à história do DSM do que durante os anos de 1992 e 1993. Como vimos no capítulo anterior, nos artigos de 1992 e 1993, a maioria das referências ao DSM era feita apenas para explicar os sintomas do transtorno tratado, enquanto do ano de 1994 em diante, além deste tipo de referência, vemos com frequência observações relativas à própria construção das categorias diagnósticas do DSM ao longo de suas diferentes versões – especialmente às mudanças ocorridas do DSM II para o DSM III, deste para o DSM III-R e do DSM III-R para o DSM-IV – que acabara de ser publicado naquele momento.

---

<sup>769</sup> Ibidem.

<sup>770</sup> Ibidem, p. 457.

Este tipo de abordagem nos faz perceber que a partir de 1994 os autores dos artigos da Série têm a preocupação de validar não apenas os novos diagnósticos psiquiátricos e os medicamentos empregados no tratamento destes, como também o novo manual e sua metodologia. E, como referido no capítulo 3, segundo Márcio Versiani<sup>771</sup>, o Programa de Ansiedade e Depressão participou, a convite da Associação Psiquiátrica Americana (APA), da “força tarefa” do DSM-IV, enviando um relatório sobre Fobia Social. Este fato demonstra a estreita ligação que o Programa de Ansiedade e Depressão mantinha com o grupo de psiquiatras que formulou o DSM-IV que era praticamente o mesmo grupo que formulou o DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV-R, todos chefiados por Robert Spitzer<sup>772</sup>. O que reforça a nossa hipótese de que este Programa fazia parte de uma rede de pesquisas de psiquiatria de âmbito internacional, permanecendo em constante troca de informações com outros grupos, especialmente dos Estados Unidos.

Os principais temas encontrados ao longo dos anos de 1994 a 1998 são: Fobia Social, Transtorno do Pânico, efeitos terapêuticos e colaterais dos Inibidores de Recaptação de Serotonina (ISRS), efeitos colaterais em geral, efeitos sexuais “indesejáveis<sup>773</sup>”, tratamento de estresse pós-traumático e a comorbidade entre os transtornos.

Percebemos ainda que neste período grande parte das pesquisas citadas nos artigos é resultado de revisão bibliográfica empreendida no sistema MEDLINE<sup>774</sup>. Muitas vezes, os resultados dessas pesquisas são mesclados com os resultados das pesquisas realizadas no próprio Programa. Isso demonstra a atualização do Programa em relação às mudanças ocorridas no campo biomédico, no qual se configura a partir dos anos de 1990 a chamada Medicina Baseada em Evidência<sup>775</sup> (MBE). Se

---

<sup>771</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 130.

<sup>772</sup> Sobre a metodologia do DSM-III e suas sucessivas edições voltar ao capítulo 1.

<sup>773</sup> Termo utilizado pelos autores dos artigos para se referir aos efeitos colaterais que afetam a libido.

<sup>774</sup> Conforme apresentado no capítulo 2, páginas 19-21, a MEDLINE é uma sigla em inglês que significa Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analyses and Retrieval System Online) que contém a base de dados da Biblioteca de Medicina dos Estados Unidos da América (US National Library of Medicine's – NLM) e possui a particularidade de permitir que a busca em sua base seja realizada através do uso de palavras-chave.

<sup>775</sup> GOMES, Marleide da Mota (org). *Medicina Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001; WEISZ, G. “From Clinical Counting to Evidence Medicine”. In JORLAND, Gérard; OPINEL, Annick. (org) *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*. Montreal: McGill-Queens Press, 2005, pp. 377-393; MARKS, Harry M. “What does evidence do?” In BONAHA, Christian; MASUTTI, Christophe; RASMUSSEN, Anne; SIMON, Jonathan

considerarmos a ostensiva presença nos artigos deste período de revisões sistemáticas realizadas no MEDLINE, bem como o uso de outras ferramentas avaliativas típicas da MBE, como os ensaios clínicos, por exemplo, podemos perceber que existe uma forte relação entre a metodologia de trabalho da Psiquiatria Biológica e a metodologia proposta pela MBE.

Assim como ocorre durante os anos de 1992 e 1993, é constante a presença de casos clínicos para ilustrar o que está em discussão nos artigos. Os casos mantêm o mesmo padrão descritivo dos primeiros anos da Série, contudo, de 1994 a 1998 vemos aparecer casos clínicos mais problemáticos. Consideramos que isto esteja relacionado à consolidação da metodologia da Psiquiatria Biológica no Brasil e no mundo, o que permitia que seus pontos fracos e problemáticos começassem a vir à tona.

Desse modo, ao longo dos anos de 1990 a psiquiatria biológica ao mesmo tempo em que se consolida, começa a perceber as problemáticas tanto da limitação dos seus diagnósticos quanto do uso contínuo de seus medicamentos, bem como a dificuldade de tratar medicamentosamente determinados transtornos – como a Fobia Social, por exemplo. Por isso, tantos artigos da Série a partir de 1994 abordam comorbidade e efeitos colaterais, bem como casos clínicos problemáticos. Como vimos no capítulo 1, um movimento semelhante ocorre nos Estados Unidos, quando a questão da dependência e dos efeitos colaterais dos psicotrópicos passa a ser debatido.

Segundo L. Fleck<sup>776</sup> toda teoria abrangente passa por duas fases: (a) uma fase clássica, na qual se encontram mais semelhanças e concordâncias em seus preceitos e os fatos que não se enquadram em seus pressupostos ou são contraditórios são descartados ou nem chegam a ser percebidos; (b) e outra de complicações, na qual aparecem mais pontos problemáticos e divergências e no longo prazo as exceções podem se tornar maior que o número de regras. Nos parece que neste momento, a Psiquiatria Biológica empregada pelo Programa encontra-se num estágio inicial da segunda fase, a das complicações.

---

(org). *Harmonizing Drugs: Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*. Paris: Glype, 2009, pp. 81-100.

<sup>775</sup> MARKS, Harry M. “What does evidence do?” *op.cit.*; WEISZ, G. “From Clinical Counting to Evidence Medicine”. *op.cit.*

<sup>775</sup> WEISZ, G. “From Clinical Counting to Evidence Medicine”. *op.cit.*

<sup>776</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, p. 71.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de nossas análises, observamos que o Programa de Ansiedade e Depressão se estabeleceu a partir de uma *rede* construída antes de sua fundação pelo psiquiatra Romildo Bueno, que tal qual o Chefe do laboratório da pandorina<sup>777</sup>, orquestrou financiamentos da universidade, dos órgãos de fomento, bem como da indústria farmacêutica para institucionalizar no IPUB/UFRJ a pesquisa psicofarmacológica, criando em 1968 o Programa do Lítio. Por sua vez, Márcio Versiani, principal discípulo de Bueno, fundou o Programa de Ansiedade e Depressão em 1984 a partir desta *rede* já constituída. Como vimos no capítulo 3, Bueno prosseguiu seu próprio trabalho em paralelo a Versiani, mas jamais se separou dele.

Vimos que Versiani constrói sua carreira acadêmica num momento em que a pesquisa em pós-graduação está se consolidando no país e a Psiquiatria Biológica e a Psicofarmacologia encontram-se em expansão no IPUB/UFRJ, ao mesmo tempo em que se expandem no mundo. Assim, o Programa de Ansiedade e Depressão, diferentemente do Programa do Lítio, constitui-se em um terreno mais sólido, em contato direto com psiquiatras norte-americanos, indústrias farmacêuticas, órgãos de fomento, bem como com uma geração de estudantes cada vez mais familiarizada com a Psiquiatria Biológica, a Psicofarmacologia e a pesquisa acadêmica.

Ao final da década de 1990 a Psiquiatria Biológica demonstra ter se consolidado plenamente no Programa de Ansiedade e Depressão. O Programa já possui sua terceira geração de psiquiatras-pesquisadores e são respeitados pelos profissionais da área psiquiátrica; suas pesquisas, assim como os diagnósticos e tratamentos empregados nelas, circulam pela sociedade transcendendo em muito os muros do IPUB/UFRJ e o círculo dos especialistas – médicos e acadêmicos – e já não é simples compreender a complexa *rede* que os constituíram como *fato*, tamanho o número de atores envolvidos em sua propagação. Neste momento, a *caixa preta*<sup>778</sup> da Psiquiatria Biológica se fechou e a abordagem biológica empregada pelo Programa expande-se como um autômato. Um

---

<sup>777</sup> LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2000, pp. 252-267.

<sup>778</sup> No sentido empregado por Bruno Latour: LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. *op.cit.*; LATOUR, B; WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997; LATOUR, B. “Give me a laboratory and I will raise the world”. In KNORR-CETTINA, K.; MULKAY, M. (editors). *Science observed. perspectives on the social study of science*. Beverly Hills, Sage, pp. 141-170.

reflexo disso é a subdivisão que ocorre no seu grupo de pesquisa, que, em 1998, gera dois outros Programas independentes que trabalham com a mesma abordagem psiquiátrica, diferenciando-se entre si apenas quanto às temáticas tratadas: *Pânico e Respiração e Estresse Pós-Traumático*. Deste momento em diante, sua metodologia de pesquisa encontra-se pouco acessível a quem não faz parte desta vertente, ainda que seja psiquiatra. Por sua vez, as pesquisas com uso de psicofármacos em seres humanos contam com regulamentação própria desde 1996<sup>779</sup>, o que permite que a relação academia-indústria esteja, desde então, regularizada e institucionalizada, formalizando em âmbito nacional as pesquisas que o Programa realiza desde seu início, em 1984.

Como vimos, o objetivo do Programa de Ansiedade e Depressão é a realização de pesquisa acerca dos transtornos mentais com ênfase na delimitação diagnóstica destes e de seus respectivos tratamentos farmacológicos.

Entramos em contato com estas pesquisas através da análise da Série Psicofarmacologia. Apesar dos artigos não apresentarem explicitamente sua abordagem teórico-metodológica, consideramos, assim como Bueno<sup>780</sup>, que a metodologia neles empregada – e, conseqüentemente, nas pesquisas do Programa – são coerentes com o método empírico-dedutivo, o que significa que os artigos partem do geral para o particular<sup>781</sup>, ou seja, partem das categorias diagnósticas presentes no DSM-III, e suas sucessivas edições, para a análise de casos concretos pesquisados pelo Programa.

Como vimos nos capítulos 4 e 5, os casos clínicos estão presentes ao longo de toda a Série e sua apresentação é bastante padronizada. Nos relatos dos casos clínicos, quando os sintomas do paciente são apresentados, descreve-se também uma série de perdas na vida deste sujeito que teriam ocorrido em decorrência destes sintomas. Como se algo alheio ao paciente estivesse impedindo-o de exercer suas capacidades: “deixou de ir a festas desde então”, “foi despedido por faltas”, “perdeu a promoção do trabalho por ter vergonha de falar em público”, “seu marido pediu o divórcio, pois não aguentava mais suas manias” etc. Em contraposição, após a tomada do medicamento, são descritas

---

<sup>779</sup>COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras) = Rules on research involving human subjects/ Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 138p. GUILHEM, DIRCE; GRECO, Dirceu. “A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/Conep”. In DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (orgs). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008, pp. 87-122.

<sup>780</sup> Entrevista realizada no dia 16/01/2014 com o Dr. Romildo Bueno.

<sup>781</sup> TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. O método empírico indutivo e suas relações com a psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 44, n. 12, 1995, p. 607.

todas as oportunidades que o sujeito consegue aproveitar por ter se livrado dos sintomas da sua doença: “voltou a trabalhar”, “tem ido a festas”, “começou um novo relacionamento”, “ainda se sente observado, mas isso não o atrapalha mais” etc.

Quando os efeitos colaterais são muito fortes é feita uma menção de que, apesar deles, o paciente estava satisfeito com os benefícios alcançados pelo uso da medicação. A nosso ver, este formato descritivo que os casos clínicos apresentam traz embutida a ideia de que a doença psiquiátrica é uma entidade diagnóstica específica, que se insere na vida da pessoa desestabilizando-a: o medicamento é o agente que combate e, algumas vezes, “destrói a doença/sintoma”, restaurando a saúde outrora perdida.

No entanto, como vimos no capítulo 2, os transtornos psiquiátricos não possuem marcadores biológicos específicos e os medicamentos costumam apresentar um efeito difuso sobre os transtornos aos quais se aplicam – e um mesmo medicamento pode ter eficácia sobre vários transtornos diferentes. Deste modo, consideramos que este tipo de narrativa, apresentada nos casos clínicos da Série, busca aproximar os diagnósticos psiquiátricos dos diagnósticos empregados pela medicina mais ampla nos casos em que as doenças possuem marcadores biológicos específicos e são, por sua vez, representadas como entidades específicas de origem biológica.

Podemos destacar ainda que, ao longo dos artigos, emerge a dificuldade de mensurar ou considerar a relevância da afetividade e das emoções através da metodologia empregada nas pesquisas realizadas, ou citadas, pelo Programa; bem como as dificuldades geradas pelo fato da etiologia dos transtornos tratados não estar em questão nas pesquisas. Ainda que os autores reconheçam as implicações destas limitações, não discutem esses pontos em profundidade, sugerindo que o esclarecimento dessas questões se dará a partir de pesquisas futuras.

Acreditamos que isso acaba resultando numa argumentação circular, que retorna sempre a justificativas repetitivas, que não resolvem os problemas apontados pelos próprios autores. Por exemplo: por que diante de tantas reincidivas dos transtornos após o fim do tratamento, jamais é cogitada a possibilidade de ineficácia do tratamento empregado, neste caso, dos medicamentos psicofarmacológicos? Além de não cogitarem este ponto, os autores afirmam que as reincidivas falaria a favor da cronicidade do transtorno, que, por sua vez, falaria a favor da origem biológica deste. Contudo, se as reincidivas acabariam por falar a favor da origem biológica dos transtornos e, em sua linha de raciocínio, o medicamento psicotrópico seria um recurso

utilizado para tratar esta origem biológica, por que eles não alcançam a “cura” dos transtornos? E por que um mesmo medicamento tem eficácia em diferentes transtornos? Ou um mesmo transtorno responde a diferentes medicamentos? Não seria porque talvez os medicamentos não atuem na origem dos transtornos, mas apenas em sua sintomatologia, tal qual o *paracetamol* atua na melhora dos sintomas da gripe, mas não em sua origem viral? Pela análise dos artigos, esta opção – do medicamento psicotrópico funcionar tal qual um *paracetamol* – demonstra ser a mais plausível e a nosso ver não eliminaria o seu valor de uso. Contudo, ela não chega a ser debatida em nenhum momento nos artigos.

Consideramos que por mais que os pesquisadores façam ponderações lúcidas sobre as limitações e problemáticas enfrentadas em suas pesquisas e, mesmo de pesquisas citadas por eles, falta a construção de diálogo com outras abordagens teórico-metodológicas que não sejam a sua própria. Como vimos no capítulo 1, a psiquiatria se constitui de forma complexa e é composta desde seu surgimento por diferentes *coletivos de pensamento*. A nosso ver, a Psiquiatria Biológica demonstra se constituir como um *coletivo de pensamento*<sup>782</sup>, dentro da psiquiatria, e ainda que se pretenda hegemônica, não é o único *coletivo* desta área. Desse modo, a abordagem da Psiquiatria Biológica empregada nas pesquisas do Programa demonstra constituir um *coletivo de pensamento* bastante específico e que não dialoga facilmente com outros *coletivos* do campo psiquiátrico, ainda que demonstre não ignorá-los. O mesmo ocorre com o diálogo com outros campos do saber, ou outros *coletivos de pensamento* fora do campo psiquiátrico. No máximo, vemos serem citadas referências à teoria psicanalítica, às influências do meio social – muito debatidas pela chamada Psiquiatria Social ou pelo movimento que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica –, ou sobre as terapias cognitivo-comportamentais.

A dificuldade de realização de diálogo com outros *coletivos* pode não soar estranha do ponto de vista de Fleck<sup>783</sup>. Contudo, esta salta aos olhos quando pensamos

---

<sup>782</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, p. 82.

<sup>783</sup> Segundo Fleck, a dificuldade de comunicação entre diferentes *coletivos de pensamento* é algo que ocorre com frequência devido à especificidade de pensamento de cada *coletivo*. Contudo, o autor considera que esta comunicação é possível de ser realizada quando *coletivos* diferentes se dispõem a traduzir seus conceitos um para o outro buscando um diálogo. O autor considera ainda que quando a construção de diálogo entre diferentes *coletivos* ocorre um deslocamento nos valores de pensamento de cada *coletivo* que pode gerar inovações. Para mais informações: FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, p. 28.



na Biologia ou na Fisiologia, pois ainda que, se intitulem psiquiatras biológicos, o diálogo com estes *coletivos de pensamento* não é aprofundado nos artigos, por mais que os autores usem termos da Biologia ou da Fisiologia para descrever os diagnósticos psiquiátricos e os efeitos das medicações. Desse modo, não são apresentados com precisão os mecanismos biológicos ou fisiológicos envolvidos nos transtornos pesquisados. Vemos apenas suposições baseadas nos testes empíricos realizados com medicamentos, que, vale lembrar, são múltiplos em seus efeitos.

Dentre os argumentos que constituem o núcleo da Série Psicofarmacologia como um todo, podemos destacar: (a) a defesa do DSM-III, e suas sucessivas edições, o que inclui a defesa do método descritivo e das categorias diagnósticas, empregados nos referidos manuais, que, por sua vez, são utilizados nas pesquisas do Programa; (b) a busca pela supressão dos sintomas como resultado terapêutico, sem discussões sobre a etiologia dos transtornos; e (c) a suposição das origens etiológicas ou dos limites de determinado transtorno serem demarcados por meio do efeito do medicamento empregado. Vemos ainda: (d) uma crítica ao método psicanalítico – mais presente nos primeiros dois anos da Série; e (e) a valorização do uso da terapia cognitivo-comportamental concomitante ao tratamento medicamentoso. Vemos, por fim, (f) o tratamento medicamentoso ser validado a partir do que chamamos de “lógica do mal menor”, o que significa que devido aos fortes efeitos colaterais que os medicamentos psicotrópicos apresentam, seu uso só se legitima devido à grande “incapacitação” gerada pelos transtornos.

Consideramos que o formato dos artigos é coerente para com o modelo de ciência que o Programa almeja alcançar: a nosso ver, o modelo das ciências de laboratório, que, a partir de 1990, será representado no campo biomédico pela chamada Medicina Baseada em Evidência (MBE). Assim, os artigos se fundamentam em estatísticas, escalas de mensurações, quadros, gráficos e tabelas que visam dar maior precisão aos dados encontrados em suas pesquisas, gerando, por sua vez, evidência quantitativa dos mesmos. Não por acaso, a partir de 1994, vemos muitos artigos se apoiarem em revisões sistemáticas empreendidas na base de dados MEDLINE, que, como vimos no capítulo 2, é uma das ferramentas de trabalho mais valorizada pela Medicina Baseada em Evidência.

Segundo Bruno Latour<sup>784</sup>, os estudos de laboratório são caracterizados tanto por sua estrutura material, seu cenário, como pelo que ele chama de *artefatos de inscrição* (procedimentos para escrever, ensaiar, imprimir e registrar). Para Latour<sup>785</sup>, é aí que se encontra o que há de mais precioso nos laboratórios, e não em alguma atitude “cognitiva especial”. O grande diferencial do laboratório estaria justamente no fato de ser um lugar capaz de dissolver a fronteira entre o dentro e fora e, simultaneamente, inverter as escalas e níveis e contar com um rigoroso processo de inscrição, que, por sua vez, permite não só a *tradução* de variados dados para planilhas simples e compreensíveis, como a acumulação destes dados. Seria a partir da reunião destes fatores que pessoas ordinárias, trabalhando num lugar ordinário, conseguiriam produzir mudanças extraordinárias na vida de multidões. Ou em outras palavras, seria a partir deste processo que *artefatos de inscrição* seriam transformados em  *fatos científicos*<sup>786</sup>.

Observamos que em todo o seu funcionamento, o Programa de Ansiedade e Depressão se assemelha às ciências de laboratório, estando presente nele uma grande valorização das medições, mensurações e inscrições tal qual Latour<sup>787</sup> descreve como característico das pesquisas de laboratório. E, por sua vez, estas ferramentas e técnicas de mensuração teriam por objetivo a acumulação dos dados obtidos a fim de construir uma base de dados que permitisse a validação tanto dos diagnósticos psiquiátricos estudados, como também de seus respectivos tratamentos farmacológicos<sup>788</sup>. Desse modo, podemos dizer que todo o aparato técnico e metodológico do Programa visava contribuir para a transformação dos diagnósticos psiquiátricos – propostos pelo DSM-III e suas sucessivas edições – e dos respectivos tratamentos farmacológicos<sup>789</sup> em *fatos*.

Além disso, as pesquisas são construídas a partir de uma equipe que age como se fosse um corpo único, o que fica bastante evidenciado no modelo de publicação coletiva e divisão equivalente dos créditos das mesmas. E todos os resultados das pesquisas parecem ser publicados, mesmo aqueles que fracassam, o que é bastante típico das

---

<sup>784</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. op.cit.; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. op.cit.; LATOUR, B. (1983). “Give me a laboratory and I will raise the world”. op.cit..

<sup>785</sup> Cf nota anterior.

<sup>786</sup> Idem.

<sup>787</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. op.cit.; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. op.cit..

<sup>788</sup> VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 129

<sup>789</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. op.cit.; LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. op.cit.; LATOUR, B. (1983). “Give me a laboratory and I will raise the world”. op.cit..

ciências de laboratório. Ou seja, é feito o registro de todo e qualquer dado a fim de construir um banco de dados fidedigno dos fenômenos observados. Diante de todo exposto, não acreditamos que seja por acaso que quando o Programa de Ansiedade e Depressão se subdivide em 1998, dá origem a dois outros grupos de pesquisa que se denominam laboratórios. São eles: **Laboratório** de Pânico e Respiração, coordenado pelo prof. Dr. Antônio Egídio Nardi; **Laboratório** de Estresse Pós-Traumático, coordenado pelo prof. Dr. Ivan Figueira.

Dentro da lógica latouriana, os *atos científicos* produzidos dentro do laboratório não podem sair diretamente para “fora”, onde encontrariam condições diferentes das do laboratório; é preciso, antes de tudo, que algumas condições do laboratório possam ser estendidas a todos os cenários nos quais seus experimentos e estudos serão utilizados e, para isso, é necessário construir custosas *redes* dentro das quais possam manter sua eficácia. Este movimento é chamado de *tradução*. A nosso ver, o movimento de *tradução* dos fatos científicos produzidos no Programa de Ansiedade e Depressão se expressa de três formas: 1) Por um lado, o grupo de pesquisadores do Programa precisa *traduzir* diagnósticos ideais – DSM-III e suas sucessivas edições – para tratamentos concretos com pacientes “de verdade”. A partir da avaliação da eventual eficácia do diagnóstico e seu tratamento estes dados passam por dois outros processos de *tradução*. 2) Eles precisam ser transformados em números, tabelas, estatísticas etc., com o fim de dividir estes achados com o meio acadêmico-científico, ou seja, seus pares, psiquiatras, acadêmicos e profissionais da saúde que só utilizarão estes diagnósticos e recomendarão o tratamento farmacológico se confiarem na sua eficácia, isto é, se acreditarem que são um *fato*. 3) E, por outro lado, precisam *traduzir* estes dados de forma a convencer o público leigo da validade dos mesmos, para que estes possam confiar nos referidos diagnósticos e tratamentos a ponto de os utilizarem.

Vemos ainda que o Programa de Ansiedade e Depressão encontrava-se integrado desde o início a uma *rede* que transcendia os muros do IPUB, mas não prescindia deste. Assim, o Programa estava ao mesmo tempo vinculado ao Instituto de Psiquiatria, à Universidade Federal do Rio de Janeiro; mantinha estreita relação com a Universidade de São Paulo (USP); mantinha relações com indústrias farmacêuticas ao longo do mundo; com os mais diferentes centros de pesquisa internacionais; estavam ligados a Associações de Psiquiatria como a ABP e a APERJ; e em contato direto com psiquiatras em formação. Os veículos de comunicação científica e de massa fazem parte desta *rede*

e certamente ajudaram na *tradução*, no sentido latouriano, entre as ideias do “Laboratório” de Ansiedade e Depressão e outros profissionais e centros de pesquisa da área, bem como da “sociedade civil”.

Não queremos dizer com isso que haja uma parte externa à ciência de laboratório, mas sim que não há um contínuo dos laboratórios entre si e, menos ainda, entre o laboratório e a sociedade. Segundo Latour<sup>790</sup> o que existe são largas e estreitas *redes* que tornam possível a circulação dos fatos científicos fora dos estúdios de laboratório. É graças a isto que alguns poucos homens trabalham dentro de seus muros asilados, em coisas que podem modificar a sociedade em alguns aspectos fundamentais.

O autor destaca que este é um processo político, se entendermos política como a articulação de forças a partir das quais vai se modelar a sociedade, porém não se engendra nos mecanismos tradicionais de se fazer política. Desse modo, Latour, parafrazeando Clausewitz afirma que “*a ciência é política exercida com outros meios*”<sup>791</sup>. Por isso, para Latour<sup>792</sup>, o mais importante a se analisar nas ciências do laboratório são os outros meios, as fontes novas e imprevisíveis dos deslocamentos que são as mais poderosas fontes de poder, por serem ambíguas e imprevisíveis.

Todo o exposto pode ser observado com muita clareza no funcionamento do Programa de Ansiedade e Depressão. Primeiramente o Programa de Ansiedade e Depressão pode ser considerado um dos primeiros programas de pesquisa em psiquiatria do Brasil a trabalhar com a abordagem da Psiquiatria Biológica norte-americana e articular as pesquisas psiquiátricas a pesquisas com psicofármacos; todos os psiquiatras apresentados, das diferentes gerações do Programa são pesquisadores de alta produtividade, segundo os critérios do CNPq e da Capes, atuantes e bem estabelecidos no cenário psiquiátrico e acadêmico nacional – e alguns em âmbito internacional – contribuindo para a manutenção das pesquisas em Psiquiatria Biológica e psicofarmacologia. Desse modo, um pequeno grupo de pesquisadores articulado a uma complexa *rede*, contribuiu para uma profunda modificação na pesquisa acadêmica em psiquiatria e em psicofarmacologia, bem como para a ascensão da Psiquiatria Biológica no IPUB/UFRJ e, até mesmo, no Brasil.

---

<sup>790</sup> LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. *op.cit.*; LATOUR, B. (1983). “Give me a laboratory and I will raise the world”. *op.cit.*.

<sup>791</sup>Ibidem, p. 168.

<sup>792</sup> Ibidem.

No entanto, o modelo de pesquisa, diagnóstico e tratamento empregado pelo Programa de Ansiedade e Depressão não é criado por ele, mas sim por grupos de psiquiatras norte-americanos que se autodenominam Psiquiatras Biológicos. Como vimos no capítulo 1, a ascensão da Psiquiatria Biológica com a publicação do DSM-III nos anos de 1980 foi fruto de uma série de embates, e sua consolidação no âmbito internacional contou com a construção de sólidas *redes* ao redor do mundo, que incluíam a indústria farmacêutica, as universidades, os pesquisadores, os pacientes, as famílias dos pacientes etc. Portanto, vemos que o Programa de Ansiedade e Depressão ocupa uma posição assimétrica em relação a matriz americana da Psiquiatria Biológica no que se refere a produção de *atos científicos* novos. Assim, o Programa demonstra referenda os diagnósticos e tratamentos da Psiquiatria Biológica em âmbito nacional e, até mesmo internacional – quando envia uma força-tarefa com os resultados de suas pesquisas para a elaboração do DSM-IV ou participa de estudos multicêntricos, por exemplo. O que significa que ele faz parte desta *rede* mundial que consolida a Psiquiatria Biológica ainda que ocupe uma posição assimétrica em relação aos Estados Unidos, por exemplo. Nos termos de Latour:

*Que nome daremos a esse trabalho? Diremos que a tarefa consiste em fazer que muitos ajam como um só; ou expandir a rede; ou em simplificar mais uma vez as inscrições; ou em construir uma sucessão de representantes; ou em “pontualizar” uma infinidade de traços; ou, simultaneamente, em mobilizar elementos, mantendo-os a distância. Seja qual for o nome, sua forma geral é facilmente detectada: as pessoas que ficam dentro dos centros estão ocupadas construindo elementos com propriedades tais que, quando alguém toma os elementos finais, também está tomando, de algum modo, todos os outros, construindo, portanto, centros dentro de centros.*<sup>793</sup>

Assim, a posição do Programa de Ansiedade e Depressão no IPUB/UFRJ no Rio de Janeiro/Brasil não é simétrica à posição ocupada por programas de pesquisa em psiquiatria nos Estados Unidos, como o grupo da Universidade de Washington/St. Louis, por exemplo. Para Latour, existe uma assimetria entre centro e periferia quando se trata da produção de *atos científicos*. Desse modo, apenas os centros – como é o caso da Universidade de Washington/ St. Louis nos Estados Unidos – poderiam produzir *atos* novos, cabendo às periferias – como é o caso do Programa de Ansiedade

---

<sup>793</sup> LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. op.cit.*, p. 381.

e Depressão do IPUB/UFRJ no Brasil – revalidar estes fatos e torná-los mais sólidos à medida que os fazem circular.

## FONTES DE PESQUISA

### FONTES ESCRITAS

S/A. In memoriam: José Leme Lopes (1904-1990). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 39, n. 4, junho/julho 1990, p. 156.

ALVES, D. S. N. e SCHECHTMAN, A. “João Ferreira, ensino, militância e política de Saúde Mental”. In TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2008, pp. 50-52.

AMARAL, Márcio. “Procurando em tudo a dimensão humana!” In TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2008, pp. 71-74.

BUENO, R. J. *Substâncias antidepressoras: possíveis mecanismos de ação*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro.

BUENO, R. O Jornal Brasileiro de Psiquiatria. *Cadernos do IPUB: 60 anos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, pp. 185-188.

BUENO, J. R. O aspecto da psiquiatria biológica – Uma revisão histórica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. UFRJ: Rio de Janeiro. Maio/junho 1988. Vol. 37, n. 3, 1988, pp. 127-132.

BUENO, João Romildo. Notas aos leitores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.2 fevereiro de 1994, pp. 53-55.

BUENO, J. R.; PICCININI, W. José Caruso Madalena (196-2010). In: Psychiatry on line. vol. 16, n.1, jan/2011. Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano11/wal0111.php> Data de acesso: 22/03/2014.

FIGUEIRA, I. *Transtorno do Pânico, Dor Torácica e Clínica Cardiológica - Estudo de Pacientes Submetidos a Teste de Esforço em um Hospital do INAMPS*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1990.

FIGUEIRA, I. *Tratamento da Fobia Social com Clonazepam*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ: Rio de Janeiro, 1999.

FILHO, J. F. da S. O Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ. *Cadernos do IPUB: 60 anos*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, pp. 11-19.

FONTENELLE, L. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Avaliação Neuropsicológica das Funções Frontais*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

FONTENELLE, L. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: estudos neuropsiquiátricos*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

INFANTE, R. EDITORIAL. Discurso de Posse como diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ do diretor Raffaele G.G. Infante – 10.12.85. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 35, v. 2, Rio de Janeiro: UFRJ. 1986, pp. 71-74.

INFANTE, R. Editorial: O Instituto de Psiquiatria: passado, presente, futuro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro:UFRJ, v. 36, n. 1, 1987, p. 3-5.

INFANTE, R. Editorial: A sociedade, a ação comunitária e a consolidação democrática das estruturas universitárias. *In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987. vol. 36, n. 4, pp. 207-208.

INFANTE, R. Editorial: Hospital-dia: uma nova proposta do Instituto de Psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987, v. 36, n.5, p. 265.

INFANTE, R. Editorial. A consolidação do Jornal Brasileiro de Psiquiatria no plano internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 40, n. 8, 1991, p.391.

MARQUES, Carla. *Fobia Social: Estudo da Comorbidade*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1994.

NARDI, A. E. *Fobia Social: tratamento farmacológico com antidepressores inibidores da monoamina oxidase*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1989.

NARDI, A. E. *Distímia: tratamento farmacológico com antidepressores*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1992.



NASCIMENTO, Isabela. *Associação entre Transtornos de Ansiedade e Doenças Respiratórias*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

NASCIMENTO, Isabela. *Pânico e Função Respiratória*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2004.

SERPA, Jr, O. & VERTZMAN, J. “Psicopatologia, Saúde Mental e futebol, ou o maestro do meio campo e a súmula do jogo”. In TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2008, pp.84-88.

ROXO, Henrique. O Instituto de Psiquiatria. *Anais do Instituto de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1942, n. 1, pp. 3-11.

TAVARES, M.; FIGUEIREDO, C.; LEIBING, A. (org) *Por uma psiquiatria inquieta: homenagem ao professor João Ferreira*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2008.

VALENÇA, A. *Bloqueio através do clonazepan de ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1997.

VALENÇA, A. *Transtorno do pânico e respiração: conexões clínicas e biológicas*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 2001.

VERSIANI, M. *A classificação das desordens afetivas: a diferenciação entre os estados ansiosos e as doenças depressivas*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1976.

VERSIANI, M. *A classificação dos transtornos afetivos: a diferenciação entre os transtornos de ansiedade e as doenças depressivas*. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria da UFRJ, UFRJ, Rio de Janeiro, 1980.

VERSIANI, M. Programa de Ansiedade e Depressão. *Caderno de 60 anos do IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 129-132.

VERSIANI, M. Professor José Leme Lopes (1904-1990). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.v. 39, n. 5, agosto/set 1990, p. 219.

### **SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA (Acervo da Biblioteca do IPUB/UFRJ)**

VERSIANI, Márcio; FIGUEIRA, Ivan; SABOYA, Eloísa; VENTURA, Paula; PINTO, Sandra; MORAES, Andrea; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio. Serie Psicofarmacologia 1: Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ.v. 41, n.1,jan/fev de 1992, pp. 15-29.

VENTURA, Paula; NARDI, Antônio E.; SABOYA, Eloísa; PINTO, Sandra; FIGUEIREDO, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MORAES, Andrea de; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 6: Fobia Social e Transtorno do Pânico em pacientes psicóticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 41, n. 6, julho 1992, pp: 259-264.

SABOYA, Eloísa; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; VENTURA, Paula; MORAES, Andrea de; PINTO, Sandra; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 10: Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na Depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 41, n.10, novembro/dezembro de 1992, pp: 481-494.

VERSIANI, Márcio; NARDI, Antônio; FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ, Mauro; VENTURA, Paula; SABOYA, Eloísa; PINTO, Sandra. Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. UFRJ: Rio de Janeiro, vol. 42, n.2, 1993, pp. 61-62.

FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; MENDLOWICZ; NARDI, Egídio; PINTO, Sandra; SABOYA, Eloísa; VERSIANI, Márcio. Clonazepam na Fobia Social - 49 pacientes tratados em estudo aberto durante um ano. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, junho/1993, vol. 42, n. 5,pp. 243-253.

MARQUES, Carla Marques; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; NARDI, Antônio Egídio; ANDRADE, Yasmim; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI,

Márcio. Serie Psicofarmacologia 21: Comorbidade: Fobia Social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.1, janeiro de 1994, pp. 3-10.

FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 22: Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.2, fevereiro de 1994, pp. 55-61.

ANDRADE, Yasmim; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; MARQUES, Carla; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 23: Comorbidade: conceitos e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.3, março de 1994, pp. 117- 122.

CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Antônio Egídio; MENDLOWICZ, Mauro; ANDRADE, Yasmin; MARQUES, Carla; COSCARELLI; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 26: O sofrimento silencioso da timidez. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n.6, junho de 1994, pp. 340-343 .

COSCARELLI, Pedro; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Antônio Egídio; CAMISSÃO, Carlos; MENDLOWICZ, Mauro; ANDRADE, Yasmim; MARQUES, Carla; VERSIANI, Márcio. Serie Psicofarmacologia 31: Aspectos Biológicos da Fobia Social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ. v. 43, n. 11, novembro de 1994, pp. 617-622.

CAMISSÃO, Carlos; FIGUEIRA, Ivan; NARDI, Egídio; VALENÇA, A.; MARQUES, Carla; ANDRADE, Yasmim; MENDLOWICZ, Mauro; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia 62. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, junho de 1997, pp. 347-352.

FIGUEIRA, Ivan; POSSIDENTE, Elizabete; MARQUES, Carla; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série Psicofarmacologia – 72: Efeitos sexuais indesejáveis induzidos pelos inibidores de recaptção de serotonina – Estudo retrospectivo com 59 pacientes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 47, n.4, abril de 1998, pp. 193-197.

FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla; FONTENELLE, Leonardo; NARDI, Antônio Egídio; VERSIANI, Márcio. Série psicofarmacologia – 77: Hipoestesia

emocional induzida pelos inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) – Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 47, n.9, setembro de 1998, pp. 469-476.

## **FONTES DIGITAIS**

### **Currículos Lattes (organizados por ordem alfabética):**

Alexandre Valença. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6780184620648314>. Data de acesso: 19/03/2014.

Antônio Egídio Nardi. Endereço: <http://lattes.cnpq.br/0970789513843822>. Data de acesso: 09/03/2014.

Carla Marques. Endereço: <http://lattes.cnpq.br/9216797932062252>. Data de acesso: 15/03/2014.

Isabela Nascimento: <http://lattes.cnpq.br/1876616811918629>. Data de acesso: 15/03/2014.

Ivan Figueira. Endereço: <http://lattes.cnpq.br/5344892572179842>. Data de acesso: 09/03/2014.

Jeremias Ferraz. Endereço: <http://lattes.cnpq.br/2067046483421511>. Data de acesso: 14/01/2014.

Jorge Adelino. Endereço: <http://lattes.cnpq.br/5729373322501641>. Data de acesso: 26/03/2014.

Leonardo Fontenelle. Endereço: <http://lattes.cnpq.br/2368478960823352>. Data de acesso: 15/03/2014.

Roberto Airthon Marques Piedade: <http://lattes.cnpq.br/8757588706957615>. Data de acesso: 24/01/2014.

Valentim Gentil. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9771743515214749>. data de acesso: 20/01/2014

### **Sites consultados:**

**IPUB/UFRJ:** <http://www.ipub.ufrj.br/portal/>. Data de acesso: 09/05/2013.

<http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/Jornal>. Data de acesso: 09/05/2013.

**Laboratório de Pânico e Respiração:** <http://www.labpr-ufrj.com/index.php>. Data de acesso: 10/03/2014

**Laboratório de Pesquisa Integrada do Estresse Pós-Traumático:** <http://traumaestresse.blogspot.com.br/> Data de acesso: 10/03/2014

**Site do Diário Oficial:** <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/61579833/dou-secao-1-12-11-2013-pg-144>. data de acesso: 22/03/2014.

**Site da UFRJ:** [http://www.ufrj.br/pr/conteudo\\_pr.php?sigla=HISTORIA](http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=HISTORIA) Data de acesso: 18/07/2013.

**Site do Ministério da Saúde:** [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm). Data de acesso: 20/01/2014

**Site CAPES:** <http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/historia-e-missao>. Data de acesso: 05/03/ 2014.

I Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979). Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf); Data de acesso: 05/03/ 2014.

II Plano Nacional de Pós-Graduação (1982-1985). Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/II_PNPG.pdf); Data de acesso: 05/03/ 2014.

III Plano Nacional de Pós-Graduação (1986-1989). Endereço Eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III\\_PNPG.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/III_PNPG.pdf); Data de acesso: 05/03/ 2014.

Plano Nacional para Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010,. Endereço eletrônico: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG\\_2005\\_2010.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/PNPG_2005_2010.pdf). Data de acesso: 05/03/ 2014.

#### **FONTES ORAIS (organizadas por ordem alfabética):**

Entrevista realizada com a psiquiatra Ana Beatriz Edler no dia 05/10/2013.

Entrevista realizada com o psiquiatra Jeremias Ferraz no dia 17/02/2014.

Entrevista realizada com o psiquiatra Jorge Adelino no dia 19/03/2014.

Entrevista realizada com o psiquiatra Octávio Domont de Serpa Jr. no dia 22/08/2013.

Entrevista realizada com o psiquiatra Portella Nunes no dia 09/10/2013.

Entrevista com realizada com o psiquiatra Romildo Bueno no dia 16/01/2014.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADAMS, Mark B. "Toward a comparative history of eugenics." In Adams, Mark (Org.). *The wellborn science: eugenics in Germany, France, Brazil e Russia*. New York: Oxford University Press. 1990.

AGUIAR, A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

AMARAL, Adriano A. *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995, pp. 23-55.

AMARANTE, Paulo. "Franco Basaglia: Novas histórias para a desinstitucionalização". In AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 65-106.

ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III-R*. São Paulo: Manole, 1989.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-IV*. São Paulo: ARTMED, 2000.

AZIZE, R. *A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica*. 281 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2010.

BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consume de medicamentos. *Revista Saúde Pública*, vol. 17, 1983, pp. 377-86.

BASTOS, Othon. Professor José Leme Lopes: mestre exemplar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (online), 2001; v. 23; n. 1, p. 36, ISSN 1516-4446; pp. 36-37.

BEZERRA Jr., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade *Cadernos IPUB* vol. VI, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 2000, pp.158- 177.

BEZERRA, Jr. “De médico, de louco todo mundo tem um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80”. In GUIMARÃES e TAVARES (orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, pp.171-191

BIRMAN, Joel. “Como era gostoso o meu francês: Sobre o campo psicanalítico no Brasil nos anos 80”. In GUIMARÃES e TAVARES (orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, pp.155-169

BUENO, Eduardo e TEITELBAUM, Paula. *História dos medicamentos no Brasil*. ANVISA, 2008.

CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editoras Graal, 1978.

CASTEL, Robert. *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

COSTA, Sérgio. “O desafio da ética em pesquisa e da bioética.” In: DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Org). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008, pp. 25-52.

DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Org). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2008.

DUMIT, J. Is It Me or My Brain: Depression and Neuroscientific Facts. *Journal of Medical Humanities*. 24. 2003.pp. 35-48.

EDLER, Flávio. *A medicina no Brasil Imperial: Clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

EDLER, F. C.: De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. VIII (suplemento), 2001, pp.925-943.



ESTELLITA-LINS, C. “Visibilidade e Conhecimento: investigando a semiologia psiquiátrica”. In RODRIGUES, Adriano. C. T. [...et.al.] (org) *Psicopatologia Conceitual*. São Paulo: Roca, 2012, pp. 73-102.

FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FACCHINETTI, Cristiana. Psicanálise Para Brasileiros: História de sua circulação e apropriação no entre-guerras. *Culturas Psi*. vol 0, 2012, pp. 45-62.

FERNANDES, T. M.; MONTENEGRO, A. T. (orgs.). *História Oral: um espaço plural*. Recife: ED. Universitária; UFPE, 2001.

FERNANDES, T. M. D. ; ARAUJO, M. A. P. “O diálogo da história oral com a historiografia contemporânea.” In: VISCARDI, Claudia M.R.; DELGADO, Lucília de A N. (Org.). *História Oral: Teoria, Educação e Sociedade*. 1ed. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2006, pp. 13-32.

FERREIRA, M. e AMADO, J. (org) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

FIGUEIRA, Sérvulo A. (org.) *Efeito Psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Psicanálise dos Psicólogos no Rio de Janeiro dos anos 1970. *Culturas Psi*. vol 0, 2012, pp. 84-99.

FOUCAULT, M. “A grande internação.” In *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002, pp.45-79.

FOUCAULT, M. “*História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

\_\_\_\_\_ *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006.

GAY, Peter. *Uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

GALLUCCI NETO, José; CAMPOS Jr., Miguel Siqueira, HUBNER, Carlos Von Krakauer. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): 40 anos de sua utilização. *Revista da Faculdade de Ciência Médica de Sorocaba*, v. 3, n. 1, 2001, pp. 10-14.

GUILHEM, DIRCE; GRECO, Dirceu. “A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/Conep.” In DINIZ, Debora; SUGAI, Andréa; GUILHEM, Dirce; SQUINCA, Flávia (Org). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2008, pp. 87-122.

GUILHEM, D.; DINIZ, D. *O que é ética em pesquisa*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

GOMES, Marleide da Mota (org). *Medicina Baseada em Evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

HEALY, D. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press, 2002.

\_\_\_\_\_ *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

KRAMER, Milton. Historical roots and Structural Bases of the International Classification of Diseases. *In International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, pp. 3-29.

LAING, Ronald. *O eu dividido*. Rio de Janeiro: Vozes, 1982; LAING, Ronald. *O eu e os outros*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

LAKOFF, Andrew. *Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge University Press, 2005.

LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_ LATOUR, B. (1983). "Give me a laboratory and I will raise the world". KNORR-CETTINA, K., MULKAY, M. (editors). *Science observed. perspectives on the social study of science*. Beverly Hills, Sage, pp. 141-170.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LATOUR, B, WOOLGAR, Steve. *Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LÖWY, Ilana. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. PORTOCARRERO, V. *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: Abordagens Contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 236-240.

LÖWY, Ilana. "Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: Gênese e desenvolvimento do fato científico". *In CONDÉ, Mauro Lúcio Leitão. Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012, pp. 11-33.

LÖWY, Illana. Historiography of Biomedicine: “Bio,” “Medicine,” and In Between. *Chicago Journals*. Vol. 102. N. 1. 2011, pp. 116-122

LEIBING, Annette (org). *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

MANNONI, O. *Freud: Uma bibliografia ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

MANSÚ, Carlos Gustavo Sardinha. *Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo resistente com estimulação magnética transcraniana de repetição (EMrt): um estudo duplo-cego controlado*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de São Paulo/ Programa de Psiquiatria. São Paulo: USP, 2010.

MARTINS, M. F.M. & GOMES, M. “Procurando a melhor evidência clínica.” GOMES, Marleide da Mota (org). *Medicina Baseada em Evidências: princípios e práticas*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

MARKS, Harry M. *What does evidence do?* In BONAHE, Christian; MASUTTI, Christophe; RASMUSSEN, Anne; SIMON, Jonathan (orgs). *Harmonizing Drugs: Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*. Paris: Glype, 2009, pp. 81-100

MEDEIROS, T. *Formação do Modelo Assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1977, 165p.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PICCININI, W. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil (II). In: *Psychiatry online*. vol. 11, n. 11., novembro de 2006, endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal1106.php>

PICCININI, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação em Psiquiatria no Brasil (parte I). *Psychiatry on line Brasil*. v.12, n.2, Fevereiro/2007. Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0207.php>.

PICCININI, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação em Psiquiatria no Brasil (parte II). *Psychiatry on line Brasil*. v.12, n.3, Março/2007. Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0307.php>.

PICCININI, W. História da Psiquiatria: Genealogia da Pós-Graduação em Psiquiatria no Brasil (parte III). *Psychiatry on line Brasil*. v.12, n.4, Abril/2007. Endereço eletrônico: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0407.php>.

PIGNARRE, P. *O que é medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

REIS, J.R.F. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo, 1994.

RESENDE, H. “Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica.” In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, pp.16-69.

ROCHA, Gilberto. *Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

ROZA, Garcia. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005

ROSE, Nikolas. Neurochemical Selves. *SOCIETY*, New York, v.41, n.1, novembro/dezembro 2003, pp. 46-59.

\_\_\_\_\_ “Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice”, *Biosocieties*, vol, 1, part. 4, December 2006, pp. 465-484.

ROSENBERG. Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260.

\_\_\_\_\_ Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 49, n. 3, 2006, pp. 407-424.

\_\_\_\_\_”Framing disease: Illness, society and history”. In: ROSENBERG, Charles. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 305-318.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde Rodrigues. “O talento dos poetas: Foucault, Goffman, Szasz, Basaglia: Convergências, dissonâncias”. In: VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves (org). *O mesmo e o outro - 50 anos de História da Loucura*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013, pp. 199-214.

RUSSO, J. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002

RUSSO, Jane. Psychoanalysis in Brazil – Institutionalization and Dissemination among the lay public. *Estudios Interdisciplinarios de America Latina y el Caribe*. vol. 18, nº 1, 2007, pp. 63-80.

\_\_\_\_\_ “O movimento psicanalítico no Rio de Janeiro”. In: JACÓ-VILELA, A. LEAL, A. PORTUGAL, F. (ORG) *História da Psicologia: Rumos e Percursos*. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2006, pp.413-423.

\_\_\_\_\_ Os três sujeitos da psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, n. 8, Rio de Janeiro: UFRJ, 1997, pp.11-21.

\_\_\_\_\_ e VENANCIO, A.T. Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol.IX, n.3, 2006, pp. 460-485.

SERPA JR, O. D. *Mal estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.

\_\_\_\_\_ Sobre o nascimento da Psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, n.3, Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_Mente, cérebro e perturbação mental. *Cadernos do IPUB*, vol.VI, n.18. Rio de Janeiro: UFRJ. 2000, pp.144-157.

SHAPIN, Steven. “Discipline and bounding: the history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate”. *History of Science*, part.4, nº 90, 1992, pp. 333-369.

SHAPIN, Steven. *The scientific life: A moral history of late modern vocation*. Chicago: The University of Chicago Press, 2008.

SHORTER, E. *A History of Psychiatry: The Era of asylum to the age of Prozac*. New York, USA: John Wiley & sons, 1997.

SILVA FILHO, J. F.; RUSSO, J. A. (Org.). *DUZENTOS ANOS DE PSIQUIATRIA*. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume dumará.- UFRJ, 1993.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002.

STEPAN, N.L. *A Hora da Eugenia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUSA, Maria Sharmila; FRANCO, Mirian, A. G.; FILHO, João Massud. A nova declaração de Helsinque e o uso de placebo em estudos clínicos no Brasil: a polêmica continua. *Revista de Medicina*. São Paulo: USP, jul-set/ 2012 jul-set., v.91, n3, pp. 178-188.

SWAIN, Gladys. “Chimie, cerveau, esprit et société: paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale.” In SWAIN, Gladys. *Dialogue avec l’insensé*. Paris: Ed. Gallimard, 1994, p. 261-281.

SZAZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar. 1979

SZAZ, Thomas. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da Reforma*. Rio de Janeiro: Rios Ambicios, 2001.

\_\_\_\_\_. A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol 9 (1): 25-59, jan-abril. 2002

TEIXEIRA, M. O. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. *Cadernos IPUB*, n. 18. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2000, pp.84-101.

\_\_\_\_\_. O método empírico indutivo e suas relações com a psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 44, n. 12, 1995, pp. 605-615.

THOMSON, A. e Robert P.(org), *The Oral History Reader*. Routledge: London, 2º edição, 2006.

VENANCIO, A. Sobre a nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. 216f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. Ciência Psiquiátrica e política assistencial no Brasil: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Vol. 10, set.-dez. 2003.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-Industrial ao Médico Financeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, 2002, pp. 375-390.

YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princenton University Press, 1995.

WEGNER, Robert ; SEBASTIÃO DE SOUZA, VANDERLEI. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 20, 2013, pp. 263-288.

WEISZ, G. “From Clinical Counting to Evidence Medicine”. In JORLAND, Gérard; OPINEL, Annick. (orgs.) *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*. Montreal: McGill-Queens Press, 2005, pp. 377-393.

## **Filmografia**

COHEN, Peter. *Homo Sapiens 1900*. Versátil Home Vídeo e Mais Filmes. Suécia. 1998.

# **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **LISTA COMPLETA DOS ENTREVISTADOS:**

- 1- Dra. Ana Beatriz Edler (Psiquiatra que trabalhou no Programa de Ansiedade e Depressão durante os anos de 1989-1991)
- 2- Dalva de Castro M. da Silva (Arquiteta e Artista Plástica que trabalhou na gestão de Raffaele Infante que foi diretor do IPUB de 1986-1994)
- 3- Dr. Jeremias Ferraz (Psiquiatra e Psicanalista do IPUB/UFRJ)
- 4- Dr. Jorge Adelino (Psiquiatra do IPUB/UFRJ)
- 5- Dr. Octávio Domont de Serpa Jr. (Psiquiatra do IPUB/UFRJ)
- 6- Dr. Portella Nunes (Psiquiatra do IPUB/UFRJ. Foi diretor do IPUB durante os anos de 1974 a 1986. Atualmente aposentado)
- 7- Dr. Romildo Bueno. (Psiquiatra de orientação Biológica. Atualmente aposentado do IPUB/UFRJ)

## ANEXO 2

### ARTIGOS DA SÉRIE PSICOFARMACOLOGIA 1992-1998

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Mês</b>	<b>Ano</b>	<b>Vol.</b>	<b>N.</b>	<b>Páginas</b>
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 1 -  Tratamento Farmacológico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Márcio Versiani, Ivan Figueira, Eloísa Saboya, Paula Ventura, Sandra Pinto, Andrea de Moraes, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi	Jan/Fev	1992	41	1	15-29
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 2 -  Personalidade e transtornos do humor	Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Andrea de Moraes, Eloísa S. Pinheiro, Paula Ventura, Sandra Pinto, Mauro Mendlowicz, Márcio Versiani	Março	1992	41	2	73-79
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 3 -  Benzodiazepínicos na Clínica de Ansiedade: Doença do Pânico e Fobia Social	Antônio Egídio Nardi, Paula Ventura, Sandra Pinto, Eloísa Saboya, Mauro Mendlowicz, Andrea de Moraes, Ivan Figueira, Márcio Versiani.	Abril	1992	41	3	103-110
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 4 -  Suicídio em Fobia Social	Paula Ventura, Antônio Egídio Nardi, Eloísa Saboya, Sandra Pinto, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Andrea de Moraes, Márcio Versiani	Maio	1992	41	4	163-165

<p>Programa de Ansiedade e depressão: Série Psicofarmacologia 5 -</p> <p>Previsão clínica de resposta aos antidepressores</p>	<p>Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Paula Ventura, Andrea de Moraes, Eloísa Saboya, Sandra Pinto, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	Junho	1992	41	5	235-242
<p>Programa de Ansiedade e depressão: Série Psicofarmacologia 6 -</p> <p>Fobia social e transtorno do pânico em pacientes psicóticos</p>	<p>Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Paula Ventura, Andrea de Moraes, Sandra Pinto, Eloísa Saboya, Márcio Versiani</p>	Julho	1992	41	6	253-264
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 7 -</p> <p>Megadose de benzodiazepínico na fobia social: relato de caso</p>	<p>Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Sandra Pinto, Eloísa Saboya, Andrea de Moraes, Paula Ventura, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	Agosto	1992	41	7	313-315
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicoarmacologia 8 -</p> <p>A tranilcipromina na prática psiquiátrica</p>	<p>Carla S. Marques, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Andrea de Moraes, Eloísa Saboya, Paula Ventura, Sandra Pinto, Márcio Versiani</p>	Setembro	1992	41	8	378-385
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 9 -</p>	<p>Ivan figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Paula</p>	Outubro	1992	41	9	435-440

Resposta da depressão associada à fobia social ao tratamento com clonazepam - Estudo aberto com 14 casos	Ventura, Andrea de Moraes, Eloísa Saboya, Sandra Pinto, Márcio Versiani.					
Programa de Ansiedade e Depressão. Série Psicofarmacologia 10.  Abordagens biológicas e cognitivo-comportamentais na depressão	Eloísa Saboya, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Paula Ventura, Andrea Moraes, Sandra Pinto, Márcio Versiani	Nov/Dez	92	41	10	481-494

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Mês</b>	<b>Ano</b>	<b>Vol.</b>	<b>N.</b>	<b>Páginas</b>
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 11 -  IMAOs no tratamento da depressão do paciente idoso refratário	Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Eloísa Saboya, Carla Marques, Paula Ventura, Mauro Mendlowicz, Andrea de Moraes, Sandra Pinto, Márcio Versiani	Jan/Fev	1993	42	1	5-8
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 12 -  Abuso de álcool e fobia social - Revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade	Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Paula Ventura, Eloísa Saboya, Sandra Pinto, Márcio Versiani	Março	1993	42	2	63-68
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 13 -  Depressão-emergente durante tratamento da fobia social com clonazepam - Revisão da literatura e relato de dois casos	Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Paula Ventura, Eloísa Saboya, Sandra Pinto, Márcio Versiani	Abril	1993	42	3	127-132

<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 14 –</p> <p>Transtorno histriônico de personalidade: aspectos diagnósticos e de manejo terapêutico</p>	<p>Paula Ventura, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Eloísa Saboya, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Sandra Pinto, Márcio Versiani.</p>	Maio	1993	42	4	187-191
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia – 15</p> <p>Clonazepam na Fobia Social - 49 pacientes tratados em aberto durante um ano</p>	<p>Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Sandra Pinto, Eloísa Saboya, Márcio Versiani</p>	Junho	1993	42	5	243-253
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia - 16 –</p> <p>O sofrimento da feiúra imaginária - Transtorno dismórfico do corpo</p>	<p>Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Eloísa Saboya, Yasmin Andrade, Márcio Versiani</p>	Julho	1993	42.	6	303-312
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 17-</p> <p>Distímia: aspectos clínico-terapêuticos</p>	<p>Antônio Egídio Nardi, Eloísa Saboya, Sandra Pinto, Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Yasmin Andrade, Márcio Versiani</p>	Agosto	1993	42	7	357-372
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 18 -</p> <p>Segurança e tolerância aos efeitos dos benzodiazepínicos (Parte I)</p>	<p>Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques, Eloísa Saboya, Yasmin Andrade, Márcio Versiani</p>	Setembro	1993	42	8	409-415
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 19 –</p>	<p>Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Ivan</p>	Outubro	1993	42	9	463-468

Segurança e tolerância dos efeitos dos benzodiazepínicos (parte II)	Figueira, Yasmin Andrade, Eloísa Saboya, Márcio Versiani					
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 20 –  Segurança e tolerância aos efeitos dos benzodiazepínicos (parte III)	Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Yasmin Andrade, Carlos Alexandre Camisão, Márcio Versiani	Nov/Dez	1993	42	10	517-527
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia – 21.  Comorbidade: fobia social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes	Carla Marques, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Yasmim Andrade, Carlos Camissão, Márcio Versiani.	Janeiro	1994	43	1	3-10
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia – 22.  Reavaliação diagnóstica de pacientes fóbicos sociais após cinco anos	Yasmim Andrade, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Carlos Camissão, Márcio Versiani.	Fevereiro	1994	43	2	55-61.
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 23 –  Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria	Carla Marques, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Yasmim Andrade, Carlos Camissão, Márcio Versiani.	Março	1994	43	3	117-122

Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 24 –  Técnicas Cognitivas e comportamentais no tratamento da fobia social	Eloísa Saboya, Antônio Egídio Nardi, Yasmin Andrade, Ivan Figueira, Carla Marquez, Mauro Mendlowicz, Carlos Camissão, e Márcio Versiani	Abril	1994	43	4	225-228
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 25 –  Comparação entre a fobia social e transtorno de pânico Psicopatologia Geral e qualidade de Vida.	Ivan Figueira, Pedro Coscarelli, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carla Marquez, Carlos Camissão, Yasmin Andrade e Márcio Versiani	Maiο	1994	43	5	285-290
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 26 –  O sofrimento silencioso da timidez	Carlos Camissão, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Yasmin Andrade, Carla Marquez, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Junho	1994	43	6	340-343
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 27 –  A Tranilcipromina no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: relato de seis casos	Carla Marques, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Yasmin Andrade, Carlos Camissão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Julho	1994	43	7	400-403
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 28 –  A Buspirona no tratamento da fobia social. parte I – Revisão farmacológica e terapêutica.	Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Yasmin Andrade, Carlos Camissão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani.	Agosto	1994	43	8	454-458

Programa de Ansiedade e Depressão: Serie Psicofarmacologia 29 –  A Buspirona no tratamento da fobia social. parte II – Revisão farmacológica e terapêutica.	Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani.	Setembro	1994	43	9	507-510
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 30 –  Tratamento farmacológico dos Transtornos Fóbicos no Programa de Ansiedade e Depressão – UFRJ – Série psicofarmacologia.	Yasmin Andrade, Antônio Egídio Nardi, Carlos Camisão, Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Carla Marques, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani.	Outubro	1994	43	9	565-572
Programa de Ansiedade e Depressão: Serie Psicofarmacologia 31 –  Aspectos Biológicos da Fobia Social.	Pedro Coscarelli, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carlos Camisão, Mauro Mendlowicz, Yasmim Andrade, Carla Marques, Márcio Versiani.	Novembro	1994	43	10	617-622
Programa de Ansiedade e Depressão: Serie Psicofarmacologia 31 –  Fobia Social e Depressão	Márcio Versiani, Pedro Coscarelli, Yasmim Andrade, Carlos Camisão, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Antônio Egídio Nardi.	Dezembro	1994	43	11	673-676



<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 33 –</p> <p>Comorbidade: fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo.</p>	<p>Carla S. Marques, Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Pedro Coscarelli, Antônio Egídio Nardi, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Márcio Versiani</p>	Janeiro	1995	44	1	33-39
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 34 –</p> <p>Diagnóstico e tratamento do transtorno do pânico.</p>	<p>Márcio Versiani, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Yasmin Andrade, Mauro Mendlowicz, Carlos Marques, Pedro Coscarelli</p>	Fevereiro	1995	44	2	99-102
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 35 –</p> <p>Comorbidade: fobia social e transtorno do Pânico.</p>	<p>Carla Marques, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Yasmin Andrade, Pedro Coscarelli, Carlos Camisão, Márcio Versiani.</p>	Março	1995	44	3	143-148
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 36 –</p> <p>Efeitos colaterais da tranilcipromina em 22 pacientes com transtornos do humor ou de ansiedade.</p>	<p>Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani</p>	Abril	1995	44	4	199-206
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 37 -</p> <p>Emagrecimento: um raro efeito colateral do clonazepam em duas gêmeas monozigóticas</p>	<p>Pedro Coscarelli, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Carlos Camisão, Yasmin Andrade, Márcio Versiani</p>	Maio	1995	44	5	263-264

Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 38 –	Pedro G. Coscarelli, Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carlos Camisão, Yasmin Andrade, Márcio Versia	Junho	1995	44	4	323-325
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 39 –  Seguimento de pacientes fóbicos sociais - Parte I.	Yasmin Andrade, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Julho	1995	44	7	369-377
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 4 –  Seguimento de pacientes fóbicos sociais (6 anos) Parte II - Descrição da evolução	Yasmin Andrade, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Ivan Figueira, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Agosto	1995	44	8	423-430
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 41 –  Seguimento de pacientes fóbicos sociais Parte III	Yasmin Andrade, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Setembro	1995	44	9	473-478
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 42 –  Ácido valpróico: revisão de suas propriedades farmacológicas e eficácia clínica	Gustavo Kinrys, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Yasmin Andrade, Carla Marques, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Outubro	1995	44	10	533-538

Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 43 –  Ácido valpróico no tratamento do transtorno de pânico.	Gustavo Kinrys, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Yasmin Andrade, Carla Marques, Carlos Camisão, Pedro Coscarelli, Márcio	Novembro	1995	44	11	593-595
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 44 –  Ineficácia do valproato no tratamento da fobia social	Mauro Mendlowicz, Gustavo Kinrys, Ivan Figueira, Pedro Coscarelli, Carla Marques, Antônio Egídio Nardi, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Márcio Versiani	Dezembro	1995	44	12	669-672
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 45 –  Distonia aguda associada ao uso de fluoxetina: relato de caso.	Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Pedro Coscarelli, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Gustavo Kinrys, Márcio Versiani.	Janeiro	1996	45	1	51-54
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 46 –  Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e ganho de peso	Carla S. Marques, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Pedro Coscarelli, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Gustavo Kinrys, Márcio Versiani	Fevereiro	1996	45	2	111-114
Programa de Ansiedade e Depressão: Série	Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz,	Março	1996	45	3	173-178

Psicofarmacologia 47 – Transtorno de ansiedade generalizada I: Questões teóricas e diagnósticas	Ivan Figueira, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Carla Marques, Gustavo Kinrys, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani					
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 48 – Transtorno de ansiedade generalizada II: Casos clínicos e tratamento	Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Carla Marques, Gustavo Kinrys, Pedro Coscarelli, Márcio Versiani	Abril	1996	45	4	237-240
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 49 – Aspectos biológicos do estresse pós-traumático	Ana Maria Maurat, Pedro Coscarelli, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Yasmin Andrade, Carlos Camisão, Gustavo Pires, Márcio Versiani	Maio	1996	44	7	297-302
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 50 – Impacto negativo dos transtornos de personalidade no transtorno do pânico	Carlos Camisão, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Márcio Versiani	Junho	1996	44	6	371-375
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 51 – Tratamento farmacológico da fobia social	Márcio Versiani, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz	Julho	1996	44	7	429-434

Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 52 –  Transtorno de pânico e respiração	Alexandre Martins Valença, Antônio Egídio Nardi, Gustavo Kinrys, Yasmin Andrade, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Márcio Versiani	Agosto	1996	44	8	491-496
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 53 –  Transtorno de estresse pós-traumático não relacionado à guerra	Ana Maria Maurat, Pedro Coscarelli, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Márcio Versiani	Setembro	1996	44	9	551-556
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 54 –  Efeitos sexuais induzidos pelos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: diagnóstico e manejo terapêutico	Elizabete Possidente, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Márcio Versiani	Outubro	1996	44	10	607-612
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 55 –  Traços de personalidade e transtorno do pânico: implicações clínicas	Carlos Camisão, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Mauro Mendlowicz, Márcio Versiani	Novembro	1996	44	11	665-671
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 56 –  Medo de voar: considerações clínicas, nosológicas e terapêuticas	Mauro Mendlowicz, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani	Dezembro	1996	44	12	719-724

<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 57 –</p> <p>Crise hipertensiva espontânea durante o uso de IMAO: relato de caso e revisão da literatura</p>	<p>Carla Marques, Yasmin Andrade, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Márcio Versiani</p>	Janeiro	1997	45	1	43-47
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 58 –</p> <p>Clonazepam in social phobia</p>	<p>Márcio Versiani, Antônio Egídio Nardi, Kátia Liana Petribú, Ivan Figueira, Carla Marques, Mauro Mendlowicz</p>	Fevereiro	1997	45	2	103-108
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 59 –</p> <p>Double-blind placebo controlled trial with bromazepam in social phobia</p>	<p>Márcio Versiani, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques</p>	Março	1997	45	3	167-171
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 60 –</p> <p>The impact of the SSRIs on personality traits and compulsive behaviors – case reports</p>	<p>Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Márcio Versiani.</p>	Abril	1997	44	4	227-230
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 61 –</p> <p>Bruxismo associado ao uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: Relato de quatro casos</p>	<p>Elizabete Possidente, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Mauro Mendlowicz, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	Maio	1997	45	5	285-288

<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 62 –</p> <p>Inibidores seletivos de recaptção de serotonina no tratamento do transtorno do pânico</p>	<p>Carlos Camisão, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Alexandre Valença, Carla Marques, Yasmin Andrade, Mauro Mendlowicz, Márcio Versiani</p>	Junho	1997	45	6	347-352
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 63 –</p> <p>Comorbidade de fobia social e transtornos do movimento</p>	<p>Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Mauro Mendlowicz, Márcio Versiani.</p>	Julho	1997	45	7	391-396
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 64 –</p> <p>Provocação e bloqueio medicamentoso de ataques de pânico induzidos pelo dióxido de carbono</p>	<p>Alexandre M. Valença, Antônio Egídio Nardi, Walter Zin, Carlos Camisão, Yasmin Andrade, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani.</p>	Agosto	1997	45	8	453-460
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 65 –</p> <p>Inibidores seletivos da recaptção da serotonina no transtorno obsessivo-compulsivo</p>	<p>Leonardo Fontenelle, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Ivan Figueira, Elizabete Possidente, Márcio Versiani</p>	Setembro	1997	45	9	487-498
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 66 –</p> <p>Efeitos sexuais indesejáveis dos benzodiazepínicos</p>	<p>Elizabete Possidente, Ivan Figueira, Carla Marques, Antônio Egídio Nardi, Leonardo Fontenelli, Márcio Versiani</p>	Outubro	1997	45	10	557-561

<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 67 –</p> <p>Short term clonazepam treatment in carbon dioxide induced panic attacks</p>	<p>Antônio Egídio Nardi, Alexandre M. Valença, Walter A. Zin, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	<p>Novembro</p>	<p>1997</p>	<p>45</p>	<p>11</p>	<p>611-614</p>
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 68 –</p> <p>Hiperventilação e ataques de pânico</p>	<p>Antônio Egídio Nardi, Alexandre M. Valença, Walter A. Zin, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	<p>Dezembro</p>	<p>1997</p>	<p>45</p>	<p>12</p>	<p>651-655</p>
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 69 –</p> <p>Como identificar o transtorno bipolar II dentre os transtornos do humor e da personalidade: implicações terapêuticas</p>	<p>Mauro Mendlowicz, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	<p>Janeiro</p>	<p>1998</p>	<p>46</p>	<p>1</p>	<p>39-45</p>
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 70–</p> <p>Transtorno do pânico e doenças obstrutivas pulmonares</p>	<p>Isabella Nascimento, Alexandre Valença, Antônio Egídio Nardi, Walter Zin, Roberto B. de Souza, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani</p>	<p>Fevereiro</p>	<p>1998</p>	<p>46</p>	<p>2</p>	<p>87-92</p>
<p>Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 71 –</p> <p>Tamanho do efeito da</p>	<p>Leonardo Fontenefe, Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio</p>	<p>Março</p>	<p>1998</p>	<p>46</p>	<p>3</p>	<p>131-143</p>



clomipramina no transtorno obsessivo-compulsivo	Egídio Nardi, Márcio Versiani					
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 72 –  Efeitos sexuais indesejáveis induzidos pelos inibidores de recaptação de serotonina - Estudo retrospectivo com 59 pacientes	Ivan Figueira, Elizabete Possidente, Carla Marques, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani.	Abril	1998	46	4	193-198
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 73 –  Nicotina, ansiedade e depressão	Alexandre Valença, Isabella Nascimento, Antônio Egídio Nardi, Walter Zin, Guilherme Guitmann, Ivan Figueira, Carla Marques, Yasmin Andrade, Márcio Versiani	Maiο	1998	46	5	243-250
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 74–  Estudos familiares de pacientes com transtorno do pânico: avaliação metodológica	Guilherme Guitmann, Antônio Egídio Nardi, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani.	Junho	1998	46	6	297-305
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 75–  Escala obsessivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS): crítica a suas características psicométricas	Leonardo Fontenelle, Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani	Julho	1998	46	7	361-368

Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 76 –  Escala obsessivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS): comparação com outras escalas de avaliação de sintomas obsessivo-compulsivos	Leonardo Fontenelle, Carla Marques, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani	Agosto	1998	46	8	409-419
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 77 –  Hipoestesia emocional induzida pelos Inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) - Efeito antipreocupação, apatia e incapacidade de chorar	Ivan Figueira, Carla Marques, Leonardo Fontinelle, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani	Setembro	1998	46	9	469-476
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 78–  Transtornos relacionados ao estresse: aspectos diagnósticos e opções terapêuticas	Antônio Egídio Nardi, Ana Maria Maurat, Ivan Figueira, Carla Marques, Márcio Versiani	Outubro	1998	46	10	523-535
Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 79 –  A relação entre o transtorno obsessivo-compulsivo e a epilepsia	Leonardo Fontenelle, Carla Marques, Roberto A. Piedade, Ivan Figueira, Antônio Egídio Nardi, Márcio Versiani	Novembro	1998	46	11	591-598

Programa de Ansiedade e Depressão: Série Psicofarmacologia 80 –  Pânico e suicídio	Alexandre Valença, Isabella Nascimento, Antônio Egídio Nardi, Carla Marques, Ivan Figueira, Márcio Versiani.	Dezembro	1998	46	12	647-655
--	---	----------	------	----	----	---------

## ANEXO 3

### ESCALA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI)<sup>794</sup>

#### ESCALA DE IMPRESSÕES CLÍNICAS GLOBAIS (CGI)

##### GRAVIDADE DA DOENÇA

Considerando a sua experiência com esta doença (TOC), quão mentalmente doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma).

1. Normal, não doente
2. Limitrofe para a doença mental.
3. Levemente doente.
4. Moderadamente doente.
5. Marcadamente doente.
6. Gravemente doente.
7. Doença mental extremamente grave.

##### MELHORA GLOBAL

Comparando à condição do paciente no início do tratamento, qual o grau de alteração que ocorreu?

1. Muito melhor.
2. Melhor.
3. Ligeiramente melhor.
4. Sem alteração.
5. Ligeiramente pior.
6. Pior.
7. Muito pior.

---

<sup>794</sup> MANSÚ, Carlos Gustavo Sardinha. Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo resistente com estimulação magnética transcraniana de repetição (EMrt): um estudo duplo-cego controlado. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de São Paulo/ Programa de Psiquiatria. São Paulo: USP, 2010, p. 88.

## ANEXO 4

### ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO<sup>795</sup>

# Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D 21 itens)

Assinale o item que melhor caracteriza o paciente na semana anterior e anote o número no local apropriado.

		ESCORE
<b>1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)</b>	0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras	3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente
<b>2. SENTIMENTOS DE CULPA</b>	0. Ausentes 1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros 2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações	3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras
<b>3. SUICÍDIO</b>	0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte	3. Idéias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)
<b>4. INSÔNIA INICIAL</b>	0. Sem dificuldade para conciliar o sono 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora	2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites
<b>5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA</b>	0. Sem dificuldade 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite	2. Acorda à noite — qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)
<b>6. INSÔNIA TARDIA</b>	0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir	2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama
<b>7. TRABALHO E ATIVIDADES</b>	0. Sem dificuldade 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades: trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho — quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)	3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda
<b>8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)</b>	0. Pensamento e fala normais 1. Leve retardo à entrevista	2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo
<b>9. AGITAÇÃO</b>	0. Nenhuma 1. Brnca com as mãos, com os cabelos, etc	2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
<b>10. ANSIEDADE PSÍQUICA</b>	0. Sem ansiedade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades	3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos
		Subtotal

<sup>795</sup> MANSÚ, Carlos Gustavo Sardinha. Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo resistente com estimulação magnética transcraniana de repetição (EMrt): um estudo duplo-cego controlado. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de São Paulo/ Programa de Psiquiatria. São Paulo: USP, 2010, p.94-95.

Subtotal anterior

**11. ANSIEDADE SOMÁTICA**

Concomitantes fisiológicos da ansiedade tais como:  
Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações  
Cardiovasculares: palpitações, cefaléias  
Respiratórias: hiperventilação, suspiros  
Frequência urinária  
Sudorese

- 0. Ausente
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

**12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS**

- 0. Nenhum
- 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

- 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

**13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL**

- 0. Nenhum
- 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço

- 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2

**14. SINTOMAS GENITAIS**

Sintomas como: perda do libido, distúrbios menstruais.

- 0. Ausentes

- 1. Leves distúrbios menstruais
- 2. Intensos

**15. HIPOCONDRIA**

- 0. Ausente
- 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2. Preocupação com a saúde

- 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc
- 4. Idéias delirantes hipocondríacas

**16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)**

A. Quando avaliada pela história clínica:

- 0. Sem perda de peso
- 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual
- 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso:

- 0. Menos que 0,5 kg de perda por semana
- 1. Mais que 0,5 kg de perda por semana
- 2. Mais que 1 kg de perda por semana

**17. CONSCIÊNCIA DA DOENÇA**

- 0. Reconhece que está deprimido e doente
- 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc

- 2. Nega estar doente

**18. VARIAÇÃO DIURNA**

Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à noite. Caso não haja variação, marcar "nenhuma".

- 0. Nenhuma
- 1. Leve
- 2. Grave

**19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO**

Tais como: sensações de irrealidade, idéias nihilistas.

- 0. Ausentes
- 1. Leves

- 2. Moderadas
- 3. Graves
- 4. Incapacitantes

**20. SINTOMAS PARANÓIDES**

- 0. Nenhum
- 1. Desconfiança

- 2. Idéias de referência
- 3. Delírio de referência e perseguição

**21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS**

- 0. Nenhum
- 1. Leves
- 2. Graves

ESCORE TOTAL

## ANEXO 5

### ESCALA DE SHEEHAN PARA ANSIEDADE (PRAS)<sup>796</sup>

#### ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE SHEEHAN:

Abaixo está uma lista de problemas e queixas que as pessoas tem às vezes.

Escolha um número de acordo com o código abaixo, dizendo quanto o problema o incomodou durante a última semana.

0 = NADA    1 = POUCO    2 = MODERADO    3 = MARCADAMENTE    4 SEVERAMENTE

1	Vertigem, crises de desmaio ou tontura	
2	Sensação de moleza nas pernas	
3	Sensação de desequilíbrio ou instabilidade	
4	Dificuldade em respirar	
5	Falhas ou batimentos mais rápidos do coração	
6	Dor ou pressão no peito	
7	Sensação de asfixia ou sufocamento	
8	Formigamento ou adormecimento em partes do corpo	
9	Ondas de calor ou arrepios de frio	
10	Náusea ou problema de estômago	
11	Episódios de diarreia	
12	Crises de transpiração excessiva	
13	Sensação de que as coisas em seu redor são estranhas, irreais, confusas ou distanciadas de você	
14	Sensação de estar fora ou separado de parte ou de todo o seu corpo ou de estar flutuando	
15	Sensação de estar perdendo o controle ou ficando louco	
16	Medo de estar morrendo ou de que alguma coisa terrível esteja por acontecer	
17	Inquietação ou tremores	
18	Cefaléia ou dores no pescoço e na cabeça	
19	Sensação da fadiga, cansaço, fraqueza ou mal-estar	
20	Sensibilidade aumenta ao som, luz ou tato	
21	Preocupação exagerada com a saúde	
22	Depressão que ocorre sem nenhuma causa	
23	Irritabilidade e mau humor que aumentam ou diminuem em respostas a mudanças ao seu redor	

<sup>796</sup> MANSÚ, Carlos Gustavo Sardinha. Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo resistente com estimulação magnética transcraniana de repetição (EMrt): um estudo duplo-cego controlado. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de São Paulo/ Programa de Psiquiatria. São Paulo: USP, 2010, pp. 100-101.

24	Dependência dos outros	
25	Ter que repetir a mesma coisa como um ritual	
26	Palavras e pensamentos repetidos que se introduzem, em sua mente de forma persistente e dos quais é difícil se libertar como repetição de pensamentos agressivos e indesejável sobre sexo	
27	Dificuldade em pegar no sono	
28	Acorda no meio da noite e tem sono agitado	
29	Evita situações que o amedrontam	
30	Tensão e incapacidade de relaxar	
31	Ansiedade, tensão e inquietação	
32	Crises de pânico súbitas que ocorrem sem nenhuma causa. Ex: ataques ansiedade que se Acompanham de três ou mais sintomas acima	
33	Crises súbitas e inesperadas de sintomas como os relacionados acima sem pânico total, com pouca ou nenhuma causa	
34	Episódios de ansiedade que se formam quando você espera fazer e alguma coisa e que são mais intensos do que em outras pessoas na mesma situação	
35	Ondas de pânico quando você está em uma situação específica	



## ANEXO 6

# ESCALA Y-BOCS PARA SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS<sup>797</sup>

### ESCALA DE YALE-BROWN PARA DISTÚRBO OBSESSIVO-COMPULSIVO (Y-BOCS) – Avaliação retrospectiva

Assinale a resposta que melhor caracterize o paciente. Avalie cada item de acordo com a condição do paciente durante o período de sintomas mais intensos.

**1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos.**

- 0 = Nenhum
- 1 = Leve, intrusão ocasional (menos que 1 hora/dia)
- 2 = Moderado, intrusão frequente ( 1 a 3 hs/dia)
- 3 = Grave, intrusão muito freqüente ( + que 3 a 8 hs/dia)
- 4 = Extrema, intrusão quase constante ( + que 8 hs/dia)

**2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos.**

- 0 = Nenhuma
- 1 = Leve, interferência discreta com atividades sociais ou profissionais, sem prejuízo da performance global
- 2 = Moderada, interferência definitiva com a performance social ou profissional
- 3 = Grave, causa prejuízo importante na performance social o profissional.
- 4 = Extrema, incapacitante.

**3. Sofrimentos relacionados aos pensamentos obsessivos.**

- 0 = Nenhum
- 1 = Leve, pouco freqüente e não muito perturbador.
- 2 = Moderado, freqüente e perturbador, mas ainda aceitável.
- 3 = Grave, muito freqüente e muito perturbador.
- 4 = Extremo, quase constante, com sofrimento incapacitante.

**4. Resistência às obsessões.**

- 0 = Faz esforço para resistir sempre, ou os sintomas são mínimos e não é necessário resistência ativa.
- 1 = Tenta resistir a maior parte do tempo.
- 2 = Faz algum esforço para resistir.
- 3 = Permite as obsessões sem tentar controlá-las, porém faz isso com relutância.
- 4 = Permite livremente e completamente todas as obsessões.

**5. Grau de controle sobre pensamentos obsessivos.**

- 0 = Controle completo
- 1 = Muito controle, geralmente é capaz de parar ou desviar a atenção da obsessão com concentração e esforço.
- 2 = Controle moderado, é capaz de interromper a obsessão.
- 3 = Pequeno controle, raramente tem sucesso em interromper a obsessão. Pode desviar a atenção com dificuldade.
- 4 = Nenhum controle, o pensamento é sentido como completamente involuntário.

**6. Tempo gasto com os comportamentos compulsivos.**

- 0 = Nenhum
- 1 = Leve, gasta menos que 1 hora/dia realizando as compulsões ou realiza ocasionalmente os comportamentos compulsivos.

---

<sup>797</sup> MANSÚ, Carlos Gustavo Sardinha. Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo resistente com estimulação magnética transcraniana de repetição (EMrt): um estudo duplo-cego controlado. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de São Paulo/ Programa de Psiquiatria. São Paulo: USP, 2010, pp. 96-98.

- 2 = Moderado, gasta 1 a 3 hs/dia na realização das compulsões ou realiza muito freqüentemente os comportamentos compulsivos(+ que 8 vezes ao dia, mas na maior parte do tempo, está livre dos comportamentos compulsivos).
- 3 = Grave, gasta mais que 3 e até 8 hs/dia na realização das compulsões(+que 8 vezes/dia, durante a maior parte do dia)
- 4 = Extremo, gasta mais que 8 hs/dia realizando as compulsões ou realização quase constante de comportamentos compulsivos (raramente é decorrido 1 hora sem realização de várias compulsões).

**7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos.**

- 0 = Nenhum
- 1 = Leve, interferência discreta com as atividades sociais ou profissionais, mas não há prejuízo da performance global.
- 2 = Moderada, interferência definida com a performance social ou profissional; mas ainda em níveis aceitáveis.
- 3 = Grave, há prejuízo substancial na performance social ou profissional.
- 4 = Extrema, incapacitante.

**8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo.**

- 0 = Nenhum.
- 1 = Leve, apenas levemente ansioso se as compulsões são prevenidas ou durante a realização das compulsões.
- 2 = Moderado, relata que a ansiedade aumenta mas mantém-se ainda em níveis aceitáveis se as compulsões são prevenidas ou durante a realização das compulsões.
- 3 = Grave, aumento importante e muito perturbador da ansiedade se as compulsões são interrompidas ou durante a realização das compulsões.
- 4 = Extremo, ansiedade incapacitante causada por qualquer intervenção para modificar a atividade, ou durante a realização das compulsões

**9. Resistência.**

- 0 = Esforça-se para resistir sempre, ou os sintomas são mínimos e não é necessário resistir ativamente.
- 1 = Tenta resistir a maior parte do tempo
- 2 = Faz algum esforço para resistir.
- 3 = Permite todas as compulsões sem tentar controlá-las, mas o faz com alguma relutância.
- 4 = Permite completamente e livremente todas as compulsões.

**10. Grau de controle sobre os comportamentos compulsivos.**

- 0 = Controle completo.
- 1 = Muito controle, sente-se pressionado a realizar o comportamento geralmente é capaz exercer um controle voluntário sobre o mesmo.
- 2 = Controle moderado, forte pressão para realizar o comportamento e consegue controlar com dificuldade.
- 3 = Baixo controle, há um instinto muito forte para realizar o comportamento.
- 4 = Nenhum controle, raramente é capaz de retardar a atividade.

---

**Obsessão subtotal=** (some os itens de 1 a 5) \_\_\_\_\_

**Compulsões subtotal=** (some os itens de 6 a 10) \_\_\_\_\_

---

**11. Crítica às obsessões e compulsões.**

- 0 = Excelente crítica      1 = Boa      2 = Razoável      3 = Pobre      4 = Ausência de
- 12. Esquiva**  
0 = Nenhuma grave      1 = Leve      2 = Moderada      3 = Grave      4 = Muito
- 13. Grau de indecisão.**  
0 = Nenhum grave.      1 = Leve      2 = Moderado      3 = Grave      4 = Muito
- 14. Senso de responsabilidade hipervalorizado.**  
0 = Nenhum grave      1 = Leve      2 = Moderado      3 = Grave      4 = Muito
- 15. Lentificação constante/ distúrbio da inércia.**  
0 = Nenhuma grave      1 = Leve      2 = Moderado      3 = Grave      4 = Muito
- 16. Dúvida patológica.**  
0 = Nenhuma grave      1 = Leve      2 = Moderado      3 = Grave      4 = Muito
- 17. Intensidade global.1**      2      3      4      5      6
- 18. Melhora global.**      1      2      3      4      5      6
- 19. Fidedignidade.**  
0 = Excelente      1 = Boa      2 = Razoável      3 = Fraca
-

## ANEXO 7

### ÁRVORE GENEALÓGICA: PROGRAMA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

