

Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento.

Adriana Marie Kimura

Trabalho de Conclusão de Curso (Formação em Psicologia) apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade São Judas Tadeu.

São Paulo, 2005

RESUMO

KIMURA, A. M. **Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento.** Trabalho de Conclusão de Curso (Formação em Psicologia). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2005.

Esta pesquisa busca verificar de que maneira os psicólogos de orientação psicodinâmica compreendem o uso da medicação no tratamento psicoterápico. Buscou-se investigar o efeito que a medicação tem no trabalho analítico, os quadros que mais necessitam ser medicados, os psicofármacos mais prescritos, de que maneira analistas e pacientes têm lidado com seu uso, como se relacionam os diferentes profissionais e o aumento ou não do uso da medicação no tratamento. Foram entrevistados, através de um roteiro semi-dirigido, cinco psicólogos de orientação psicodinâmica com atuação clínica mínima de cinco anos. A análise dos dados foi feita através do relato da experiência dos participantes e revela que a medicação se mostra necessária no auxílio do trabalho analítico em pacientes cujos sintomas impedem a percepção, escuta e orientação da análise. O auxílio medicamentoso fortalece a aliança terapêutica e a transferência. Quando o encaminhamento médico é colocado, a resistência ainda se faz presente. No entanto, o manejo analítico desta questão influencia na adesão ao uso medicamentoso. A depressão é o quadro predominante no uso medicamentoso e os antidepressivos e ansiolíticos são os psicofármacos mais utilizados. Houve um aumento do uso medicamentoso, resultado do desenvolvimento das drogas, propagação dos diagnósticos e conscientização dos profissionais. Quanto aos profissionais, a relação de respeito mútuo e a preocupação ao bem-estar do paciente mostram-se necessários para o sucesso do tratamento combinando psicoterapia com o uso de psicofármacos.

Palavras-chave: psicofármacos, psicoterapia, formação e atuação profissional.

ABSTRACT

KIMURA, A. M. Psychopharmacol and Psychotherapy: the view of psychologists on the medication in treatment. Conclusion Work Graduation (Graduation in Psychology). Human Science and Social College, São Judas Tadeu University, São Paulo, 2005.

This research verifies how the psychologists of psychodynamic orientation understand the use of the medication in psychotherapy. It investigates the effects of medication in the analytical work, the syndromes that are most medicated, the psychopharmacols most prescribed and how analysts and patients relates with this use, how the different professionals relate to each other and the increase or not of the use of the medication in the analytical treatment. Five psychologists of psychodynamic orientation with at least five years of clinical experience were interviewed. The analysis of the data was realized through the speech of the participants and reveals that medication is necessary to make possible the analytical work in patients whose symptoms blocks perception, listening and orientation of the analysis. The medicaments fortify the therapeutic alliance and the transference. The resistance is still present when the use of medication is put. However, the analytical handling of this question influences in the adherence of the medication use. The depression is the syndrome most medicated and the antidepressants and anxiolytics are the psychopharmacols most prescribed. An increase in the use of psychopharmacols is noted, as a result of the development of the drugs, the spread of the diagnostics and the increase of consciousness of the professionals involved. About the professionals, the relation of mutual respect and the concern to well-being of the patient is necessary for the success of the treatment combining psychotherapy with the use of psychopharmacols.

Key-words: psychopharmacols, psychotherapy, work formation and professional work.

APRESENTAÇÃO

Os psicofármacos tornaram-se uma revolução no tratamento daqueles antes denominados loucos. No lugar dos manicômios e tratamentos de choques, a medicação possibilitou ao paciente uma diminuição de seus sintomas e sofrimento, a adaptação do sujeito ao mundo e, conseqüentemente, sua integração à sociedade. Além disso, possibilitou o reconhecimento do enfermo como sujeito que necessita de cuidados em lugar da censura antes a eles dada (RODRIGUES, 2001).

No entanto, com o avanço da indústria farmacêutica no desenvolvimento de medicamentos mais eficazes e com cada vez menos efeitos colaterais para o tratamento do sofrimento psíquico, juntamente com os atuais valores que prioriza satisfações imediatas e resolução mecanicista dos problemas, a crença excessiva no medicamento como instrumento de cura mágica para as dores psíquicas tornou a medicação um novo modo de vida.

Inicialmente utilizados como um recurso para possibilitar ao sujeito curar-se de seu sofrimento, os psicofármacos acabaram por alienar o homem na promessa de libertar-se das dores da própria essência humana, tornando-se um meio de camuflar o sofrimento humano.

O interesse por esta pesquisa surgiu a partir da leitura do trabalho de Richard Sennett (1999) sobre as atuais condições sociais (de instabilidade, falta de tempo e perda de referências internas) no âmbito do trabalho e suas conseqüências pessoais ao indivíduo.

Juntamente ao trabalho deste autor, a leitura de textos sobre o grande avanço da indústria farmacêutica no desenvolvimento de medicamentos mais eficazes para o tratamento do sofrimento psíquico - em especial, o trabalho de Elisabeth Roudinesco (2000) - e a possibilidade de uma terapia psicanalítica frente à grande promoção dos psicofármacos como meio de cura mágica para resolução dos problemas também despertaram o interesse para o tema da pesquisa. Adicionando-se a estas leituras, a experiência da pesquisadora na clínica apresentou uma grande quantidade de casos de pacientes que chegavam ao tratamento psicológico já medicados.

Surgiu, assim, uma dúvida quanto à adequação do uso de medicamentos para a possibilidade de um tratamento psíquico.

Dessa maneira, esta pesquisa busca compreender o que os psicólogos de orientação psicodinâmica pensam a respeito do uso de medicação por seus pacientes, os efeitos que isto tem sobre a orientação do tratamento e os quadros clínicos que mais se utilizam deles.

INTRODUÇÃO

*A dor mental não é necessariamente patológica;
ela baliza a nossa vida como se amadurecêssemos a
golpes de dores sucessivas*

J.-D.Nasio (1997, p.17-18)

Os psicofármacos inicialmente foram introduzidos com a finalidade de possibilitar ao sujeito menor sofrimento e uma maior integração à sociedade. Permitiram a adaptação do sujeito ao mundo, diminuindo o número de internações psiquiátricas. Possibilitaram reformas nos sistemas de atendimento psiquiátrico (RODRIGUES, 2003) e retiraram os pacientes das camisas-de-força, dos tratamentos de choque (ROUDINESCO, 2000) e comas insulínicos aos quais eram submetidos (RODRIGUES, 2003). Tornaram-se uma revolução no tratamento da loucura. Além disso, o conhecimento neuroquímico das doenças psíquicas permitiu maior compreensão do sofrimento do paciente e do reconhecimento do enfermo como tal, compreendendo sua necessidade de cuidados em substituição à censura anteriormente atribuída aos seus sofrimentos (RODRIGUES, 2003). Retirados do campo mágico e desconhecido, os pacientes acometidos pelas patologias psiquiátricas agora são compreendidos como indivíduos que devem ser diagnosticados e tratados (RODRIGUES, 2003).

No entanto, observa-se, através da história, um grande avanço na indústria farmacêutica, com o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes e com cada vez menos efeitos colaterais para os mais variados sintomas. Com isso, observa-se o aumento no uso da medicação (ROCHA, 2004) ao mesmo tempo em que estudos mostram o uso irracional dos psicofármacos (ROZEMBERG, 1994; NOTO et al, 2002; CARVALHO e DIMENSTEIN, 2004).

Em oposição ao processo psicoterápico a longo prazo, a promessa dos medicamentos atuais é a abolição total dos sintomas em pouco tempo (RODRIGUES, 2003). Junto a este cenário, a mídia promove a idéia de que não é mais necessário sentir-se angustiado, uma vez que existem medicamentos eficazes para a resolução de seus sofrimentos.

Reis Filho (2005) exemplificou como importantes fontes de comunicação tal qual revista Veja, publicada em 05/05/04 e 12/05/04, promovem a mensagem de que “ninguém está mais condenado a viver refém da própria mente” (Veja, 05/05/04, p. 139) ou a de que “um comprimido de duloxetina por dia seria suficiente para melhorar sintomas como ansiedade, pessimismo, sentimentos de culpa, pensamentos suicidas e choro fácil” (Veja, 12/05/04, p.65).

Cada vez mais, características de personalidade se convertem facilmente em doenças e novas patologias são criadas para as quais se busca uma solução medicamentosa (RODRIGUES, 2003). Os limites naturais do humano parecem subordinados aos psicofármacos e funções psíquicas parecem ser modeladas pela medicação conforme o desejo e necessidade do sujeito (MARIANI, 1998). Desenvolvidos inicialmente para tratarem de sujeitos acometidos pela patologia psíquica, os psicofármacos se popularizaram até mesmo entre pessoas sãs.

Montagne (2002) mostra como o fenômeno das “pílulas da felicidade” se popularizou: o primeiro medicamento a aparecer na capa da Newsweek – o Prozac - promovia-se como uma arma contra a depressão e tornou-se logo conhecido pelo público, ganhando espaço entre livros populares, peças de teatro (Prozac Sisters), videogames (Virtual Prozac) e talk-shows. Além disso, aponta que a mídia ainda se encarregou de estender as indicações do uso do Prozac a áreas além daquelas reconhecidas e aceitáveis pela ciência, havendo, assim, uma generalização no uso do medicamento até mesmo entre pessoas sãs. Nesse sentido, o medicamento parece ser utilizado não mais para auxiliar no tratamento de patologias, mas como um modo de vida capaz de modificar características psíquicas e físicas de um indivíduo. Inicialmente lançados para o uso de correções patológicas e funcionais, os fármacos atualmente são utilizados como um estilo de ser e viver, sendo as características psíquicas, físicas e funcionais de um indivíduo passíveis de serem modificadas através de uma pílula, conforme necessidade ou desejo do sujeito (MARIANI, 1998).

Além da mídia voltada à população, existe também a propaganda veiculada a outro tipo de classe: a classe médica. Conforme mostrado por Rodrigues (2003), a mesma idéia é promovida em relação aos medicamentos nas propagandas de periódicos médicos – idéia esta que se afasta dos reais efeitos dos psicofármacos: a de que os medicamentos prometem milagrosamente devolver ao paciente capacidade produtiva, integração e harmonia.

Segundo Rozemberg (1994), quando os primeiros psicofármacos foram lançados, estes eram promovidos nas revistas médicas como auxiliares do tratamento psicoterápico. A medicação era indicada para o controle dos sintomas difíceis de manejo a fim de preparar o paciente para o tratamento psicoterápico. Atribuía-se grande ênfase à relação médico-paciente e à psicoterapia. Promovia-se, assim, o enfrentamento

dos conflitos e a busca de suas causas, possibilitando ao indivíduo uma reorganização interna e com seu mundo de relações. No entanto, aponta que as medicações foram sendo colocadas no papel central, adquirindo o agente de status “cura por si mesmo” e os serviços psicológicos considerados desnecessários frente à presença da medicação, como destaca também Montero (1994).

Verifica-se, assim, um desaparecimento de referências à psicoterapia e coloca-se o conhecimento científico em lugar da colaboração da relação médico-paciente (ROZEMBERG, 1994). Em acréscimo ao controle de sintomas patológicos, os medicamentos são promovidos mais abrangentemente para situações existenciais, sugerindo a solução dos conflitos pela medicação. Passa-se a idéia de que a medicação possa devolver ao paciente a alegria, tranqüilidade e capacidade produtiva (RODRIGUES, 2003).

Um estudo realizado por Hemminki (1988 apud BARROS e JOANY, 2002) constatou que o principal papel dos propagandistas de medicamentos era o de “agentes de vendas”.

Tal afirmação é evidenciada também pelos trabalhos de Saraceno (1993), Montero (1994), Mastroianni, Galduroz e Carlini (2003) e Rodrigues (2003), que apontam as indicações inadequadas e os apelos utilizados pela propaganda, tais como o rápido efeito, a grande amplitude de sintomas sobre o qual o medicamento atua, o fato da droga ser a mais prescrita entre os médicos, informações distorcidas e estratégias informativas tranqüilizantes. O uso de metáforas – paisagens, natureza, animais – e cenas de família ideal são bastante presentes na promoção dos psicofármacos. Estas imagens sugerem a possibilidade da medicação propiciar até mesmo a reintegração familiar e dissolução de conflitos.

Muito embora tenham conhecimento do limite das substâncias, pesquisas (ROZEMBERG, 1994; PIGNARRE, 1999 apud RODRIGUES, 2003; SAPORITO 1982 apud MASTROIANNI; GALDURÓZ; CARLINI, 2003; CARVALHO, 2004) revelam que os médicos têm a própria indústria farmacêutica e suas propagandas como fontes de conhecimento sobre as propriedades farmacológicas da medicação. A educação dos médicos quanto à química dos medicamentos é concluída, assim, pela própria indústria farmacêutica – já tão presente nos cursos de formação médica (ROZEMBERG, 1994). Além disso, estudos (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; MONTERO, 1994; NOTO et al, 2002) mostram que o clínico geral (especializado em outra área que não a neurologia ou psiquiatria) é o profissional que mais prescreve os psicofármacos. Se considerar que o conhecimento de psicofarmacologia da formação médica não é suficiente para diagnosticar e tratar os distúrbios psiquiátricos como o fazem Almeida, Coutinho e Pepe (1994), pode-se pensar sobre a influência que tais propagandas causam na escolha do medicamento a ser prescrito. Farmacêuticos constataram que um ou dois dias após o lançamento de novas informações e propagandas de uma droga há um grande aumento na prescrição desta mesma droga (MONTAGNE, 2002).

Healy (1999 apud MONCRIEFF, 2001) sugere que a idéia dos antidepressivos foi moldada mais pelos apelos das propagandas das indústrias farmacêuticas do que pelas descobertas científicas. Ainda assim, a indústria farmacêutica parece influenciar também nas descobertas científicas.

Existem evidências de que estudos patrocinados por companhias farmacêuticas são mais propícios a promoverem a eficácia da droga produzidas por essas companhias do que estudos que não são patrocinados pelas mesmas (GREENBERG, 2001). Além disso, Rennie (1999, apud GREENBERG, 2001) constatou que existem artigos

publicados repetidamente em diferentes revistas com nomes de autores diferentes, resultando na promoção da eficácia de uma droga por diversos estudos.

Além dos estudos sobre a eficácia dos psicofármacos na área de medicina e de psicologia, atualmente, existem também estudos (POSSOBON et al, 2003, POSSOBON et al, 2004) sobre os psicofármacos na área de odontologia que são realizados com a finalidade de testar a eficácia dos ansiolíticos para redução de comportamentos não cooperativos de crianças em situação de atendimento. Com isso, estudos na área odontológica mostram que, em atendimento odontológico, “o emprego de substâncias farmacológicas, tais como calmantes e ansiolíticos, pode constituir uma alternativa para a redução de movimentos motores e de reações indesejáveis do paciente” (POSSOBON et al, 2004, p.30). Dessa maneira, os ansiolíticos possibilitariam uma “redução do tempo operatório de cada sessão, proporcionando um menor grau de agitação, redução da frequência de choro e aumento dos níveis de sonolência e de cooperação” (POSSOBON et al, 2004, p.30). Neste caso, o medicamento passa a ser utilizado como meio de controle de comportamentos humanos, no caso crianças, em situação de estresse e resolução imediata do problema apresentado através do uso do ansiolítico. No entanto, ainda assim, tais pesquisas (POSSOBON et al, 2003; POSSOBON et al, 2004) revelam que o diazepam se mostra ineficaz para o controle de comportamentos de não colaboração com crianças em situação de atendimento odontológico.

Diante de tais constatações, Rodrigues (2003) aponta que o medicamento vem sendo utilizado como um instrumento, no sistema capitalista, de modelização e normatização para constituir um sujeito sem conflitos, que dá conta de todos os paradoxos da existência humana. Por outro lado, Montero (1994) constata que o interesse da indústria farmacêutica é a manutenção dos sintomas do indivíduo a fim de delas aproveitar-se.

Tal manutenção é, de fato, obtida, uma vez que os sintomas permanecem quando não são investigados subjetivamente e tratados singularmente.

Um estudo realizado por Rozemberg (1994) sobre o “problema dos nervos” entre lavradores constatou que essa população, em substituição ao relato de suas próprias experiências, utilizava-se de referenciais medicamentosos para a explicação de seus problemas e de sintomas físicos para descreverem o estado de seus sofrimentos.

Tal constatação demonstra o predomínio do discurso médico e de suas práticas – voltadas exclusivamente à cura biológica de seus males – em substituição à própria narrativa do sujeito. O discurso médico mostra-se introjetado na população que procura por causas biológicas e curas imediatas para seus sofrimentos – negligencia-se aspectos internos e fatores sociais. Com a redução do sofrimento a um conjunto de sintomas passíveis de serem medicados, o sujeito perde sua subjetividade. Na ausência da busca por uma significação subjetiva ao sofrimento e a compreensão de seu contexto social, haverá a perpetuação do fenômeno como um problema individual.

Para Rozemberg (1994) a medicação não se mostrará eficaz para a solução do conflito apresentado, uma vez que não se investigou fatores sociais e subjetivos. O sujeito permanecerá “doente crônico” e seu conflito poderá ser entendido como “doença incurável”. Dessa maneira, os sintomas que ainda se apresentam ao sujeito serão controlados através de novas receitas médicas – algumas das quais ainda a serem desenvolvidas.

Em seu estudo, Rozemberg (1994) conclui que existia um importante fator mascarado pela medicação: as condições sociais do agricultor silenciadas pelo uso de calmantes. Nesse sentido, a medicação era utilizada apenas como meio de colocar o agricultor em um estado de “normalidade” a fim de suportar os fatores sociais aos quais se submetia. Através de novas receitas e sem a escuta de suas próprias inquietações, os

lavradores deixavam de descobrir outras formas de lidar com suas angústias e negligenciavam fatores pessoais e sociais. Em sua pesquisa sobre o uso de ansiolítico entre mulheres, Carvalho e Dimenstein (2004) também constataram que o psicofármaco estava sendo utilizado para suportar estresses cotidianos.

A partir destes trabalhos, fica evidente o quanto a medicação pode ser utilizada como meio de camuflar, não apenas as inquietações do mundo interno do sujeito, como também fatores sociais.

No mesmo sentido, Lefèvre (1987) já havia apontado que o medicamento pode ser usado como meio de poupar o trabalho político e pessoal – de dor e sofrimento - para a obtenção imediata da saúde, fazendo desaparecer, ainda que temporariamente, os sintomas e dificuldades sociais e pessoais.

Nota-se também que a necessidade de cura imediata leva o paciente à dependência da medicação e do médico. Dependência esta tanto física quanto psíquica, segundo Carvalho e Dimenstein (2004). Os efeitos do uso da medicação no corpo podem originar a tolerância à medicação, necessitando de doses ainda mais altas e causar abstinência no sujeito quando este não as utiliza (CUGURRA, 1994; ROZEMBERG, 1994). Quanto ao psíquico, diante de um diagnóstico ou medicação, muitos pacientes passam a justificar seus fracassos através de sua doença e não mais se responsabilizam por seus males, necessitando de cuidados constantes. O paciente torna-se infantilizado.

Isso pode ser evidenciado ainda na pesquisa de Rozemberg (1994), que constatou ainda que os lavradores que utilizavam de medicação para “controlar-se” em situações perturbadoras apresentavam tendência a desistir, a fugir “para bem longe de tudo disso”, e a se rebelar, chorar, gritar e desabafar pela agressão, ações que

simbolizavam suas necessidades de demonstrar que “algo não vai bem”, através de um comportamento regressivo.

Em sua pesquisa, Rozemberg (1994) ainda notou que, em alguns casos, o médico atribuiu ao paciente a “liberdade e autonomia” para “controlar” o uso da medicação. Em sua pesquisa sobre o uso de ansiolíticos em mulheres, Carvalho e Dimenstein (2001) também encontraram em sua amostra mulheres que igualmente tinham “a autonomia” de controlar o uso quanto à frequência e a dosagem. Diante da dependência que o paciente sofre frente à medicação e ao médico, oferece-se a ele a “autonomia” para “controlar” seu uso. Logo, o medicamento passa a ser utilizado sem uma finalidade específica e sem tempo determinado (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2001). Esse dado mostra, além da falta de conhecimento da população quanto aos efeitos que o medicamento pode ter sobre sua saúde, a ausência da perspectiva em libertar-se do uso do medicamento (ROZEMBERG, 1994).

Além disso, a ausência de questionamento quanto ao uso indiscriminado evidencia um outro dado a ser levado em conta: a crença absoluta e inquestionável do saber médico. O discurso médico, cujos métodos de pesquisa baseados em evidências empíricas são incontestáveis, possui o privilégio da “verdade científica”. O modelo médico baseado em modelos mecanicistas privilegia uma atuação voltada ao tratamento da doença na qual os sintomas são reduzidos a um sistema mecânico e ao tratamento médico.

O médico é colocado como figura possuidora do conhecimento, capaz de fornecer a solução mágica para os problemas, enquanto que o saber do paciente é por ele mesmo desconsiderado, segundo Carvalho e Dimenstein (2004).

Dessa maneira, constata-se a perda por parte do paciente de seus males para o saber do médico (ROZEMBERG, 1994). O poder que é atribuído aos médicos, com a

crença de que este profissional seja o único capaz de saber o que é importante para sua saúde e qual tratamento adequado, coloca o sujeito sem possibilidades para uma elaboração subjetiva de seu sofrimento, tirando-lhe as responsabilidades por seus conflitos (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2004) e negligenciando aspectos sociais.

A predominância do discurso médico e a redução organicista permitem ao médico oferecer a solução para os problemas do indivíduo: o consumo da mercadoria “medicamento” – mercadoria esta especial, uma vez que traz consigo o suporte e verdade do conhecimento científico (LEFÈVRE, 1983).

Conforme notado por Montero (1994), os médicos podem estar oferecendo à população solução farmacológica a problemas que não dizem respeito à medicina, mas sim a questões sociais, tal como demonstrado em pesquisa realizada por Rozemberg (1994).

Rodrigues (2001) nota que, não levando em conta fatores sociais, o medicamento pode ser utilizado como forma de restituir ao indivíduo a possibilidade de viver plenamente e preparar a pessoa para estresse cotidiano.

Rodrigues (2001) ainda analisa a potencialidade da medicação no panorama atual.

Em um mundo de mudanças rápidas, prioriza-se as satisfações e curas imediatas. Diante da instabilidade e falta de garantias, com dúvidas e incertezas, a cada dia novas habilidades são necessárias. Juntamente a estes aspectos, existe a idéia de homem com enormes potencialidades a serem desenvolvidas e com possibilidades de obtenção da felicidade plena e satisfações imediatas, atingíveis através do esforço individual de cada um, sendo que, quando não alcançados, o fracasso é tido como uma experiência individual.

Já Sennett (1999), que analisou as conseqüências pessoais das condições sociais atuais em relação ao trabalho, nota que, devido à busca incessante ao sucesso absoluto, o fracasso é tido como um grande tabu dos tempos modernos. Para Sennett (1999), existe, atualmente, uma dificuldade de aceitar o fracasso e dar a ele um lugar e forma na história de vida pessoal. Dessa maneira, a ausência de uma significação da experiência de fracasso pode converter uma condição humana - do fracasso como experiência humana - em uma condição do Eu – a experiência do fracasso toma inteiramente o Eu.

Assim, Rodrigues (2001) e Carvalho e Dimenstein (2004) notam que os sentimentos de inadequação e incapacidade de corresponder a todas expectativas do atual ideal de normalidade, juntamente com a idéia de que um problema pode ser abolido da forma mais rápida possível, colocam na medicação a possibilidade de adquirir o bem-estar e abolição dos problemas em curto tempo – tornando-a mais um instrumento de normatização.

Com isso, cada vez mais características de personalidade e sofrimento humano são convertidos em doenças e cada vez mais os psicofármacos são utilizados entre pessoas sãs para camuflar sofrimentos humanos e problemas sociais, proporcionando ao homem a promessa de libertar-se de suas próprias dores.

Winnicott (1989) lembra que certas experiências necessitam de reavaliação interna e que a esta reavaliação é que damos nome de depressão. Afirma ainda que a depressão, embora pertença à psicopatologia, em indivíduos saudáveis é um estado de humor passageiro.

Para Winnicott (1989), a depressão diz respeito a um aspecto saudável do desenvolvimento – uma vez que o ego encontra-se integrado – e relaciona-se com o sentimento de culpa e com o senso de responsabilidade. Segundo o autor, a depressão traz consigo, em seu processo de luto, uma tendência à recuperação que conduz à

maturidade pessoal – significando, assim, saúde ao indivíduo. Tal reavaliação interna mostra-se necessária para o processo de amadurecimento pessoal.

Já em seu trabalho, Sennett (1999) também enfatiza a importância da avaliação interna da experiência dolorosa – no caso de seu estudo, o fracasso - e demonstra como a experiência de narrar a própria história possibilita ao sujeito dar sentidos às suas experiências e se perceberem responsáveis pela sua própria história de vida.

Segundo Sennett (1999), a narrativa da experiência possibilita ao sujeito adquirir um senso maior da realidade, das decisões tomadas ao longo da vida e integrar as experiências fragmentadas em um “centro sólido” – o Eu – e em um tempo coerente. Dessa maneira, o sujeito torna-se consciente de sua história e de suas decisões, permitindo-o a responsabilizar-se por seus fracassos.

No entanto, diante da atual instabilidade, juntamente com a promessa de felicidade plena e a oferta de diversas mercadorias para atingi-la, os indivíduos não encontram tempo e espaço para reavaliar suas próprias experiências a fim de elaborar seus conflitos e continuar seu processo de amadurecimento. Além disso, sem tempo para aprofundar-se nos contatos humanos baseados em afeto e troca, o sujeito encontra-se com sua vida interior esvaziada, impossibilitando-o à narrativa de sua própria história e sofrimento (MENDES e PRÓCHNO, 2004). Dessa maneira, o discurso do indivíduo é facilmente traduzido pela predominância do discurso médico para a explicação de seus sofrimentos.

Sennett (1999) aponta ainda que, em contramão ao processo de crescimento pessoal, na tentativa de encobrir a experiência de fracasso, o indivíduo é colocado no lugar de “vítima” das circunstâncias e, enquanto “vítimas” nada podem fazer em relação à sua história. Diante desta situação, Sennett (1999) enfatiza a importância da narrativa subjetiva da experiência a fim de se elaborar tal vivência. Dessa forma, o sujeito sai do

lugar de “vítima passiva” para uma condição mais ativa, responsabilizando-se por sua história.

Além do posto de “vítimas” em que os sujeitos se encontram, conforme apontado por Sennett (1999), Rodrigues (2001) nota ainda que, com a crença de que o homem possa tudo alcançar através do próprio esforço, crescem as necessidades de especialistas e procedimentos técnicos, desde o desenvolvimento de medicações até manuais de auto-ajuda, para auxiliar o homem em seu processo de superação. Ao mesmo tempo em que se fala de superação de limites, oferece-se ao indivíduo os instrumentos para se alcançar tal objetivo enquanto que as pessoas tornam-se cada vez mais necessitadas de tais instrumentos.

Dessa maneira, em substituição ao processo de amadurecimento pela elaboração subjetiva da experiência, depara-se com sujeitos em constante necessidade de acompanhamento e tutela.

PSICOFÁRMACOS E PSICOTERAPIA

Feliz do psicanalista que tem algum amigo psiquiatra que recebe e cuida de seus pacientes analíticos quando eles entram em surto e ainda convida o analista a continuar assumindo o tratamento.

Winnicott (1989, p.139)

Inicialmente, quando os primeiros psicofármacos se tornaram disponíveis, houve grande resistência da comunidade psicanalítica quanto ao seu uso no tratamento (KNOWLTON, 1997; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Considerava-se que as neuroses eram exclusivamente psicológicas e a medicação era tida como uma intrusão indesejada no tratamento: causava a supressão dos sintomas (KNOWLTON, 1997; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004), mas não afetava o conflito psíquico; interferia no estabelecimento da transferência (BUSCH e MALIN, 1998), favorecia a resistência e

diminuía a ansiedade e depressão - importantes aspectos a serem trabalhados no tratamento psicanalítico (BUSCH e MALIN, 1998; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004).

No entanto, Knowlton (1997) e Gabbard (1998) lembram que Anna Freud mostrou-se surpresa quanto à rejeição da medicação no tratamento analítico, pois ela mesma havia solicitado o auxílio à medicação em três casos de depressão severa e constatou o benefício do uso de medicação para a continuidade do processo analítico.

Por outro lado, Frey, Mabilde e Eizirik (2004) destacam que os farmacologistas defendiam a idéia de que a psicoterapia era desnecessária e danosa, pois colocava os pacientes em permanente preocupação quanto aos seus conflitos.

Ainda hoje em dia parece existir uma discordância quanto ao fato da psicoterapia e farmacoterapia serem ou não antagônicas. Alguns pesquisadores (RACY, 1995; BUSCH e MALIN, 1998) acreditam existir discordância, tanto clínica quanto teórica, entre as duas disciplinas. No entanto, outros profissionais acreditam que tal discordância não existe (GABBARD, 1998; KARASU, 1984 apud GABBARD, 1998; LUCAS, 2003; CALLIGARIS, 2004). Gabbard (1998) nota que polarização percebida entre as disciplinas pode estar ligada ao fato das abordagens serem tradicionalmente vistas como competitivas ao invés de sinérgicas.

Karasu (1982 apud KATZ, 2005) acreditava que o aumento dos benefícios descobertos com o tratamento combinado conduziria a uma integração do trabalho da farmacoterapia com a psicoterapia, vistas como cooperativas ao invés de competitivas.

Para Karasu (1984 apud GABBARD, 1998; 1982 apud FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004) a psicoterapia e farmacoterapia não seriam excludentes: elas apenas possuiriam diferentes efeitos e agiriam em diferentes tempos durante o tratameto. Karasu (1984 apud GABBARD, 1998; 1982 apud KATZ, 2005) afirma em seus

trabalhos que, enquanto que os medicamentos atuam sobre a formação de sintomas e sofrimento afetivo, a psicoterapia trabalha as relações interpessoais e o ajustamento social. Enquanto que a medicação tem efeitos e acompanhamento a curto prazo, a psicoterapia, trabalhada a longo prazo, tem resultados mais duradouros, embora não tão evidentes.

Powell (2001) ainda aponta que o uso da medicação pode ser um meio de se obter informações sobre as experiências do paciente, fortalecer a aliança terapêutica e melhorar os resultados do tratamento. Knowlton (1997) também nota que a medicação pode auxiliar tanto como um respaldo farmacológico quanto um tratamento que possibilita material significativo de transferência.

Outro aspecto a ser considerado é que, conforme estudos de Eells (1999) demonstram, a medicação não afeta negativamente a psicoterapia: o paciente não se mostra menos motivado por causa da medicação. O contrário também se mostra verdadeiro: a psicoterapia não interfere negativamente no uso da medicação.

Muito embora o tratamento combinado tenha sido amplamente difundido, atualmente existem ainda divergências se a psicoterapia isolada, a psicofarmacoterapia isolada ou o tratamento combinado seria o melhor tratamento. Contrariando constatações clínicas de que o tratamento combinado pode ser mais efetivo do que o uso dos psicofármacos ou psicoterapia isolados (KATZ, 2005; LUBORSKY et cols 1976 apud GABBARD, 1998), Eells (1999) constatou em estudos sobre o tratamento em pacientes depressivos, que o tratamento combinado não é melhor do que a psicoterapia ou medicação isoladas. Verificou-se também que o tratamento combinado não se mostra menos efetivo que a psicoterapia ou medicação isoladas. Assim, segundo ele, não se percebe grandes diferenças entre os resultados da psicoterapia ou medicação isolados e o tratamento combinado. Com isso, o autor conclui que a razão do tratamento

combinado não se mostrar mais eficaz do que o uso de medicação e psicoterapia isoladas pode estar no fato de cada uma das modalidades ser altamente eficaz, possibilitando pequenas melhoras quando uma é adicionada à outra (EELLS, 1999).

No entanto, a divergência nos resultados de pesquisa pode ser explicada em um estudo realizado por Moncrieff (2001) sobre os problemas metodológicos com tratamento de antidepressivos. Moncrieff constatou que a eficácia no tratamento com antidepressivos é superestimada pelas pesquisas e que, na verdade, os resultados que evidenciam tais benefícios são inconsistentes e variáveis. Greenberg (2001) sugere ainda que os resultados da medicação não podem ser creditados apenas à sua farmacologia. Aponta ainda que, segundo pesquisas realizadas por Thase e Kupfer (1996 apud Greenberg, 2001), de 80% a 90% da eficácia dos antidepressivos podem ser atribuídos por “fatores não específicos”, tais como o suporte clínico, fatores psicossociais e a relação médico-paciente. Tais fatores podem ser determinantes para a resposta do paciente aos antidepressivos, e não pela farmacologia em si.

Diante da divergência entre os resultados sobre o melhor tratamento, Knowlton (1997) aponta que a eficácia dos diferentes tipos de tratamentos não deve ser utilizada para favorecer uma teoria ou outra. Knowlton nota que, diante do setting terapêutico, os conflitos teóricos são desnecessários para nos orientar quanto ao uso da medicação. A decisão pelos psicofármacos deve ser feita levando em conta a fenomenologia da patologia – os sintomas e seus conteúdos e sua intensidade. Rocha (2002) complementa que, para se justificar o uso de medicação, os sintomas devem ser “graves o suficiente para interferir no funcionamento e no desenvolvimento do paciente” (p.45).

Já Katz (2005) alerta aos psiquiatras sobre quando estes devem fazer o encaminhamento à análise. Katz coloca algumas situações em que a psicoterapia se faz necessária: quando o paciente se mostra limitado por seus sintomas ou comportamentos

patológicos, quando há um bloqueio no desenvolvimento ou maturação psicológica e quando a psicoterapia é necessária para a manutenção do paciente na sociedade – quando este poderia estar em uma instituição ou ser impedido de estudar ou trabalhar.

Eells (1999) destaca ainda que para se decidir quanto ao tipo de tratamento, deve-se levar em conta as necessidades do paciente, suas preferências e os efeitos colaterais. Da mesma forma, Racy (1994) reforça que alguns casos necessitam igualmente das duas modalidades, enquanto que, em outros, deve-se dar mais ênfase à medicação ou à psicoterapia em tratamento combinado. Karasu (1982 apud KATZ, 2005) ainda sugere que alguns psicotrópicos auxiliam mais a psicoterapia do que outros. As contra-indicações para o tratamento combinado se encontram nos casos em que a prescrição de uma medicação ou o início de uma psicoterapia aumentam as dificuldades, comprometendo toda a continuidade do tratamento, seja ele psicoterápico ou farmacológico (KOENIGSBERG, 1993 apud RACY, 1995).

Na realidade, parece que, conforme apontado por Riba (2002), o tratamento combinado é melhor para alguns tipos de quadros que em outros.

A preocupação deste autor está no fato do tratamento ser integrado ou em co-terapia – ou seja, quando o analista não é também aquele que receita a medicação. Balon (2001 apud RIBA, 2002) aponta os aspectos negativos quando o analista não é também aquele que receita a medicação: falta de colaboração entre os profissionais, percepções errôneas dos três envolvidos – paciente, analista e psiquiatra: prescrição inadequada sem o conhecimento do conteúdo de análise, informações dadas de forma distorcida pelo paciente a cada um dos profissionais envolvidos, entre outros. Os aspectos positivos seriam a maior informação clínica oferecida ao paciente por diferentes fontes de avaliação, o suporte disponível por ambos os profissionais, entre outros.

Segundo Frey, Mabilde e Eizirik (2004), ainda que a co-terapia possa ser altamente benéfica, pode ela também favorecer o desenvolvimento de transferências negativas e contra-transferências em ambos os profissionais envolvidos. Assim, sentimentos transferenciais negativos em relação ao terapeuta podem surgir, resultando uma dissociação: o médico, por sua postura mais ativa, juntamente com o alívio dos sintomas, torna-se o objeto bom e idealizado. Por outro lado, o médico pode aliar-se a transferências negativas do paciente e formar um conluio com o paciente, passando, ainda que inconscientemente, a ele a idéia que pode cuidar do caso sozinho.

Para Frey, Mabilde, Eizirik (2004), quando o encaminhamento for necessário, o analista deve colocar suas razões e raciocínio e propiciar ao paciente tempo e espaço para colocar suas considerações e questões. A transferência pode se complicar por ansiedades dos próprios terapeutas, por seus sentimentos onipotentes e de competição com outros profissionais diante da necessidade de “pedir ajuda”.

Com isso, percebe-se a necessidade dos profissionais envolvidos no caso – médico e analista – de terem claramente definidos os papéis de cada profissional no tratamento para não favorecer a dissociação do paciente. Além disso, como o analista assiste ao paciente com mais frequência, ele deve atentar aos sinais de recorrência e efeitos adversos no uso do medicamento (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Conforme Knowlton (1997), o estabelecimento de boas alianças, entre médico-paciente, paciente-analistas e especialmente entre analistas e médicos, é importante para a administração do tratamento e para a adesão ao tratamento farmacológico.

Quanto à adesão ao tratamento medicamentoso, estudos mostram que a não adesão ao tratamento medicamentoso mostra-se ainda como um problema para pacientes que necessitam medicar-se para a continuidade do tratamento (VELLIGAN, 2003).

Leite e Vasconcellos (2003) buscaram evidenciar o por quê de tantas pessoas não aderirem ao tratamento medicamentoso se existe na população “o folclore hipocondríaco”. Em uma análise de estudos, constataram que a não-adesão é universal e que se relaciona aos profissionais de saúde, ao tratamento, à patologia e, especialmente, ao paciente. Muito embora uma série de fatores seja levada em conta, tais como os efeitos colaterais, o custo e acesso ao medicamento, o profissional de saúde, o paciente, sua doença e a relação que ele tem com seu médico e com sua patologia parecem ser as questões centrais para a aceitação do tratamento medicamentoso ou não.

A confiança depositada no médico, o tempo de consulta, a linguagem, o acolhimento são fatores que favorecem a adesão. E quanto ao paciente, Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que a aceitação do tratamento se relaciona intimamente com a aceitação de sua doença, e não tanto com outros fatores, tais como os efeitos colaterais. Os autores constataram que muito embora fatores relacionados à doença e ao tratamento sejam alterados, ainda assim o nível de adesão se mostra grande. Em sua pesquisa, Velligan (2003) também nota que o desenvolvimento de medicação com menos efeitos colaterais não resolvem a promessa de adesão ao medicamento.

Dessa maneira, Leite e Vasconcellos (2003) sugerem que fatores relacionados ao paciente são centrais para a questão da adesão. Com isso, atentam para o fato de muitos estudos desconsiderarem o paciente como ser social e com conhecimentos próprios; e sobre o fato deste ser visto pelos médicos apenas como um lugar em que o medicamento irá atuar. Concluem, assim, que estão no paciente os fatores centrais para a adesão ou não ao tratamento medicamentoso. No entanto, as opiniões e conhecimentos dos profissionais se sobrepõem às expectativas dos pacientes, negligenciando seus próprios conhecimentos e expectativas.

Além da adesão ao tratamento medicamentoso, a aliança terapêutica pode também influenciar a resposta do paciente à medicação (GREENBERG, 2001). É sabido que a farmacologia do medicamento tem efeitos diversos nos pacientes (MONTERO, 1994; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Pensa-se que, além do mecanismos farmacológicos, outros fatores podem explicar a diferença percebida nos resultados do uso da medicação. O aumento da resistência ou resistência ao efeito das drogas podem ser explicadas através da transferência. Tal efeito pode se dar pela personalidade do paciente, do médico e da interação entre ambos (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004).

Quanto à prescrição de uma medicação – ou o encaminhamento -, esta pode desencadear associações inconscientes relacionadas à figuras parentais (GABBARD, 1998). O fenômeno transferencial e as fantasias podem se intensificar, promovendo um maior entendimento do mundo interno do paciente (BUSCH e MALIN, 1998; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Os sentimentos despertados com a indicação do psiquiatra podem representar uma parte da transferência que não foi expressa anteriormente (KNOWLTON, 1997).

Powell (2001) critica que, quando utilizados em um terapia psicodinâmica, os medicamentos normalmente são tratados de maneira separada da terapia propriamente dita. Se não houver um diálogo entre terapeuta e paciente quanto ao uso da medicação, pode-se perder importantes conteúdos inconscientes para serem trabalhados.

A prescrição pode ter diversos significados ao paciente. O paciente pode ver a medicação como uma ameaça de ser envenenado e manipulado e temer o médico onipotente (GABBARD, 1998; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Nesse caso, tomar a medicação significaria submeter-se à figura parental poderosa (GABBARD, 1998). Por outro lado, outro possível efeito pode ser a idealização da figura do médico,

acreditando este ter a “cura mágica” (POWELL, 2001; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004) para seus conflitos. O paciente pode tornar-se dependente, infantilizar-se e entender a prescrição como uma compreensão, por parte do médico, de seu sofrimento (GABBARD, 1998; FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Gabbard (1998) nota que tais aspectos podem ser percebidos em pacientes claramente submissos, ou que podem ainda decidir não se responsabilizar por nenhum aspecto de suas patologias. Pacientes que tendem a somatizar podem projetar na medicação a responsabilidade por suas queixas (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Gabbard (1998) destaca que aqueles que rejeitam qualquer tipo de intervenção terapêutica, farmacológica ou não, podem guardar grande rancor quanto ao apoio não-suficiente recebido pelas figuras parentais. A rejeição do auxílio oferecido pelo médico pode ser uma tentativa de, inconscientemente, vingar-se dos pais. Além disso, sentimentos transferenciais negativos podem ser também expressos através de queixas de efeitos colaterais.

Alguns pacientes pedem para ser medicados e estes podem acreditar que sua patologia é meramente biológica e que a medicação terá um efeito mais rápido e mais eficaz do que uma análise. Tal atitude pode ser considerada um acting-out (KNOWLTON, 1997). No entanto, o analista não deve descartar a possibilidade de encaminhar.

Existem pacientes que rejeitam a medicação por causa do significado de passividade frente ao tratamento (KATZ, 2005). Outros por conhecerem amigos ou familiares que tiveram experiências desfavoráveis quanto ao uso (GUZ, 1982; GABBARD, 1994).

Para outros pacientes a medicação remete à patologia, sendo que a idéia de doença pode contribuir para a resistência à adesão ao tratamento farmacológico. Em outros casos, os pacientes estão tão ligados à sua patologia que a adesão à medicação

ainda resiste aos seus próprios efeitos (GABBARD, 1998). Gabbard (1998) nota que, para tais pacientes, a abordagem psicoterápica é o melhor tratamento.

Existe, ainda, outro fenômeno que pode acontecer quando se utiliza dos psicofármacos no tratamento: a transferência para o próprio medicamento. Tal fato pode ser evidenciado quando os medicamentos atuam como objetos transicionais, tomando lugar do médico ausente (GABBARD, 1998). O medicamento tido como objeto transicional permite ao paciente manter uma ligação com seu médico e auxiliá-lo no controle da ansiedade sentida pela ausência da figura do médico (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Frascos de medicamentos, receitas médicas, o toque ou o olhar ao medicamento podem ter efeitos apaziguadores sobre o paciente. Tais aspectos podem levar ao paciente à recusa da interrupção do uso do medicamento (GABBARD, 1998).

Já a suspensão da medicação também deve ser discutida em análise a fim de que o paciente possa colocar seus medos e anseios com o fim do uso (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). Frey, Mabilde, Eizirik (2004) notam que, para que não se denote que o fim do uso medicamentoso signifique o fim da análise, não é aconselhável que a análise se finalize juntamente com o fim do uso da medicação.

Diante do exposto na literatura, apresenta-se como questão de que maneira os profissionais psicólogos em sua atuação na clínica psicodinamicamente orientada vêm lidando com o arsenal de psicofármacos, tão presente na sociedade, através das informações transmitidas pelos veículos de comunicação e, conseqüentemente, também ao alcance dos pacientes. Ao mesmo tempo, como estaria ocorrendo, se for este o caso, o relacionamento entre a possibilidade de psicoterapia e de medicação em situação conjunta na visão de tais profissionais. Tais interrogações motivaram o presente trabalho, cujos objetivos estão destacados a seguir.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Esta pesquisa busca verificar de que maneira os profissionais que atuam em psicoterapia de orientação psicodinâmica compreendem o uso de medicação no tratamento de seus pacientes e quais as contribuições e dificuldades que esta oferece ao atendimento.

Objetivos Específicos

Busca-se investigar em que situações os profissionais encaminham seus pacientes a outros profissionais a fim de inserir a medicação no tratamento, como se dá o relacionamento entre os diferentes profissionais, quais são os medicamentos mais prescritos, os quadros clínicos correlatos, de que modo os pacientes e analistas têm encarado o encaminhamento, a medicação e seu efeito sobre a análise, sua suspensão e o aumento ou não do uso medicamentoso no tratamento.

MÉTODO

Com o tempo será mais fácil aceitar que as descobertas da psicanálise sempre estiveram alinhadas com outras tendências orientadas para uma sociedade que não viola a dignidade do indivíduo.

Winnicott (1989, p. 142)

O método utilizado no presente trabalho foi o da pesquisa clínico qualitativa, com enfoque fenomenológico, que privilegia os dados da experiência, indagando os conteúdos da consciência, na medida em que buscou-se uma primeira aproximação quanto ao tema (TURATO, 2003).

Participantes

Foram participantes da pesquisa cinco profissionais que atuam em atendimento psicodinâmico há pelo menos cinco anos.

Tais profissionais foram localizados através de indicação de outros profissionais atuantes na área. Configura-se, desta maneira, como uma amostra de conveniência pois suas características eram critério para inclusão no estudo.

Apresenta-se na Tabela 1 as características dos participantes das entrevistas realizadas.

Tabela 1. Características dos participantes.

	Sexo	Idade	Ano de formação	Instituição	Abordagem teórica	Anos de atuação clínica
P 1	Feminino	50	1977	USP	Escola Inglesa	27 anos
P 2	Feminino	48	1980	FMU	Jungiana - Sistêmica	23 anos
P 3	Masculino	52	1978	UMESP	Freudiana - Kleiniana	27 anos
P 4	Feminino	47	1982	UNIP	Escola Inglesa	22 anos
P 5	Feminino	38	1993	UMC	Lacanianana	12 anos

Assim, tem-se que apenas um participante era do sexo masculino. A idade média dos participantes era de 47 anos, e o tempo médio de atuação clínica era de 22 anos.

Quanto às instituições de formação, temos representadas cinco instituições distintas, sendo uma pública e quatro particulares.

As abordagens teóricas citadas foram: a escola inglesa, duas vezes, a jungiana/sistêmica, a freudiana/kleiniana e a lacanianana.

Quanto aos cursos de pós-graduação dos participantes, P1 é mestre e doutora. Tem especialização em psicoterapia breve, psicodinâmica e em psicologia clínica. P2 fez especialização em Psicologia Jungiana e formação em terapia de casal e família. Atualmente, faz especialização em psicossomática. Já P3 tem formação em psicanálise, tem mestrado e atualmente, é doutorando. P4 também tem formação em psicanálise e formação clínica. Já P5 tem formação pela Escola Brasileira de Psicanálise e é mestranda.

Material

Foram utilizados fitas cassetes, gravador, questionário de caracterização do sujeitos e um roteiro semi-dirigido (Anexo A), e termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B).

Procedimento

Primeiramente, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da instituição a que pertence o pesquisador. Após a aprovação deste, iniciou-se o contato com um total de nove profissionais que seriam participantes potenciais da pesquisa. Neste contato, eram informados quanto ao objetivo da investigação, consultados sobre o interesse em participar e, quando houve disponibilidade, foi agendado o dia e o local para realização da entrevista, enfatizando-se a conveniência dos profissionais e as condições que permitissem o sigilo da coleta de dados.

Dos profissionais contatados, quatro não se dispuseram a participar. Os cinco que fazem parte dos respondentes da pesquisa foram entrevistados no período de julho a outubro de 2005.

A orientadora desta pesquisa indicou à pesquisadora os participantes 1 e 2. Já o participante 1 indicou o participante 3, e este, por sua vez, indicou o participante 4. Um conhecido da pesquisadora indicou o participante 5.

As entrevistas foram realizadas seguindo-se o roteiro semi-dirigido, apresentado no Anexo A.

Antes da realização da entrevista com cada participante, foi apresentado o Termo de Consentimento (Anexo B), o qual cada um assinou, e esclarecidas suas

dúvidas quanto à pesquisa. A entrevista foi gravada em áudio e, após sua realização, foi feita a transcrição das fitas.

Análise dos dados

Com a transcrição das fitas, os resultados obtidos nas entrevistas foram submetidos a uma avaliação qualitativa, quanto ao conteúdo dos temas sobre a questão do uso da medicação, de modo a destacar, no discurso dos participantes, as similaridades e divergências de opiniões. A abordagem utilizada privilegiou os dados experienciais e conscientes.

Deste modo, para cada questão realizada foram destacados os trechos dos discursos dos participantes nos quais estes expuseram suas vivências e crenças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*De que me serve fugir
De morte, dor e perigo,
Se me eu levo comigo?*

*Tenho-me persuadido,
Por razão conveniente,
Que não posso ser contente,
Pois que pude ser nascido.
Anda sempre tão unido
O meu tormento comigo,
Que eu mesmo sou meu perigo.*

*E, se de mi me livrasse,
Nenhum gosto me seria.
Quem, não sendo eu, não teria
Mal que esse bem me tirasse?
Força é logo que assim passe:
Ou com desgosto comigo,
Ou sem gosto e sem perigo.*

Camões (1595)

O primeiro dado evidente na análise das entrevistas é a concordância dos participantes quanto à importância e necessidade do uso da medicação para casos mais graves.

Todos os participantes da pesquisa concordam quanto ao uso do medicamento na análise, quando necessário e orientado por um profissional.

PI: “A medicação bem orientada por um psiquiatra, que normalmente também conversa com a gente, nos orienta, a gente troca informações, a medicação ajuda a aliviar um pouco sintomas mais intensos até para que a gente consiga trabalhar melhor

em psicoterapia. Então a medicação é ótima quando ela é necessária, quando ela está ajudando o paciente”.

P2: “Tenho um olhar muito favorável, dado na dose certa, sem ter a dependência (...), de uma forma séria, (...) por um psiquiatra que tem a capacidade de avaliar o momento e a hora da retirada”.

P3: “Acho que são necessários, óbvio que são necessários. A questão não é os psicofármacos em si, mas a maneira como eles são utilizados, com que intencionalidade com que são utilizados”.

P4: “Acho que temos no psicofármaco atualmente uma possibilidade do paciente estar em análise até, de não precisar ser internado, da família poder mantê-lo em casa. Então não tenho absolutamente nada contra esse uso que é o uso para pacientes que estão com quadros mais graves”.

P5: “O uso da medicação na análise tem seu lugar e tem a pertinência sim (...). Não sou do tipo de psicólogo que sou contra o antipsicótico, ansiolítico. Sou contra o mau uso dessa medicação que é algo que acontece na psicologia contemporânea, na psiquiatria contemporânea, na neurologia também”.

Diante dos discursos dos pacientes, percebe-se a aceitação do uso da medicação no tratamento, quando necessário. P1 e P2 colocam a importância do psiquiatra para orientar o paciente quanto ao uso – a dose e retirada. P1 e P4 ainda apontam para os benefícios da utilização do medicamento: a melhora no trabalho analítico e desnecessidade de internação. P3 e P5 fazem uma pontuação: a questão não são os psicofármacos, mas sim o uso que se faz deles.

Todos os participantes encaminham seus pacientes ao médico quando percebem a necessidade de respaldo medicamentoso.

P1: “Costumo (encaminhar), dependendo da necessidade. Se eu suspeito que a pessoa tem algum distúrbio neurológico, eu encaminho para um neurologista avaliar. Se eu desconfio ou percebo que a pessoa tem um distúrbio mais grave, psiquiátrico, que necessita da medicação, encaminho pro psiquiatra para ele avaliar e ele medicar ou não”.

P2: “Encaminho (...). Quando vem um paciente e eu percebo que não é uma síndrome do pânico, que é só uma fobia (...) dá para trabalhar simbolicamente. Mas quando a pessoa já vem com quadro generalizado, de muitas fobias, muitas coisas, (...) então acho que é importante sim que vá procurar um psiquiatra”.

P3: “Recebo, como também faço encaminhamento. Quando vejo que o paciente chega, está com uma depressão grave, eu encaminho para o psiquiatra para que ele tenha concomitante a um trabalho de análise um respaldo medicamentoso”.

P4: “Sou aquela que encaminha quando percebo que o quadro psiquiátrico está impedindo essa pessoa de ter uma vida relativamente normal, que é um termo complicado, mas que não está conseguindo trabalhar, estudar, minimamente, nem aproveitar a análise, sou a primeira a encaminhar”.

P5: “Se eu considerar que o caso que eu atendo necessita de medicação, sem dúvida (encaminha)”.

Os casos em que o encaminhamento é feito são descritos pelos participantes: quadros generalizados e distúrbios psiquiátricos graves que interferem no dia-a-dia dos pacientes. P1, P4 e P5 ainda colocam:

P1: “Quando os sintomas estão muito extremos ou quando a pessoa está sofrendo muito com aqueles sintomas. Ou que aqueles sintomas estão atrapalhando

alguma forma o dia-a-dia da pessoa (...). Quadros que surgem de repente de uma forma crítica que interferem no dia-a-dia daquela pessoa”.

P4: “Se o paciente está em surto, por exemplo, surto psicótico, tá delirante, tá alucinando, talvez não consiga nem vir para a análise, não consiga nem conversar”.

P5: “Se o sujeito está surtando, se ele não consegue, digamos, levantar realmente da cama, se ele estiver em depressão profunda, se ele tiver em risco eminente de um suicídio; não dá pra te falar assim, se o paciente fizer isso, vai para o psiquiatra”.

Nota-se que o encaminhamento é feito quando o paciente apresenta sintomas que colocam impedimentos na vida cotidiana ou se encontra em surto, estados que o impedem até mesmo de aproveitar a análise.

Quanto ao efeito do uso medicamentoso na análise, todos os participantes concordam que a medicação auxilia na retirada dos sintomas que impedem a escuta do paciente. Dessa maneira, o uso medicamentoso possibilita a análise, através do acesso da escuta, percepção e orientação do paciente.

P1: “Quando a pessoa começa a tomar, faz muita diferença porque a medicação entra e age direto nos sintomas então alivia os sintomas, a pessoa consegue até colaborar mais, consegue até sentar e conversar (...). Tira aquele desespero ou aquela preocupação (...). A medicação ajuda a aliviar um pouco esses sintomas mais intensos até para que a gente consiga trabalhar melhor em psicoterapia”.

P2: “Com a medicação a pessoa consegue sair daquele quadro agudo e poder ouvir o que está sendo falado em análise. Porque muitas vezes ela está tão dentro daquele ritual, ou daquela depressão, ou daquela angústia que ela não consegue se

ouvir. Mais do que ouvir o que é dito pelo terapeuta, mas ela não consegue se ouvir e nem simbolizar, muitas vezes nem sonhar. Então, qual é o papel da medicação, é tirar a pessoa daquele quadro agudo, para poder se ver, para poder se ouvir, para poder ter olhos para outras dimensões da existência dela (...). O efeito é positivo, porque se a pessoa consegue simbolizar, se ela consegue sonhar, se ela consegue parar de chorar, se ela consegue parar de ritualizar, ela vai poder entrar num outro processo. (...) Ajuda a pessoa a entrar na simbolização, nos sonhos, nas lembranças de coisas que aconteceram, sem ser só relatar o drama daquele momento (...). A partir do momento em que ela sai dessa vivência, ela começa a te contar as coisas da vida, ela consegue te dizer as coisas que ela realiza”.

P3: "Eu acredito que para que a pessoa possa ter o mínimo nível de escuta e de percepção, porque às vezes você recebe um paciente que está tão perturbado, que eles não têm nem escuta. Então a medicação de qualquer maneira vai possibilitar ele começar a ouvir, aí você pode começar a conversar com ele, porque senão o que você fala não tem ressonância alguma. Então quando eu encaminho para uma medicação, é justamente com esse intuito para que ele vá mudando gradativamente, ele ir mudando a condição dele de escuta e de percepção para que aí ele possa a ter noção do que ele está fazendo aqui”.

P4: "Acho que temos no psicofármaco atualmente uma possibilidade do paciente estar em análise até, de não precisar ser internado, da família poder mantê-lo em casa (...). Se o paciente está em surto, por exemplo, surto psicótico, tá delirante, tá alucinando, talvez não consiga nem vir para a análise, não consiga nem conversar. O papel é até o paciente vir à análise, o papel da medicação é possibilitar que a análise continue, para esse tipo de quadro, quadros mais graves”.

P5: "O manejo como analista é o manejo da palavra e às vezes o manejo da palavra, quando o caso é grave, ele é insuficiente (...). Aí você tem que pedir para ele procurar um psiquiatra e entrar com manejo medicamentoso (...). A medicação ela tem a possibilidade de orientar um pouco o sujeito, como ela interfere na serotonina, na neuroadranalina, e todos os hormônios e todos os neurotransmissores, a medicação ela interfere de alguma maneira na pulsão do sujeito, então ela te dá uma orientada (...). Acho que o analista (...), quando ele decide encaminhar um paciente para o psiquiatra ou para o neurologista, o analista tem que ter em mente que a medicação vai ser um paliativo para orientar um pouco a pulsão".

Dessa maneira, nota-se no discurso dos participantes que a medicação, utilizadas por pacientes que apresentam sintomas que o impedem de realizar o trabalho analítico, alivia esses sintomas e possibilita o acesso à escuta, orientando o sujeito na análise.

Quanto à reação do paciente diante da possibilidade de ser encaminhado ao psiquiatra, percebe-se nos discursos dos participantes uma variedade de reações frente à possibilidade do uso medicamentoso.

Para P5, as reações dependem da personalidade, diagnóstico do paciente e da relação transferencial estabelecida:

P5: "Depende muito do valor, da crença, da ética do paciente, (...) do vínculo transferencial que você tem com ele. O paciente, se for inteligente do ponto de vista subjetivo, ele vai saber que a medicação não é à toa. Depende muito do diagnóstico do paciente, se for um paciente histérico, ele pode te destituir (...). A histérica (...) pode subverter o discurso do analista, mas ela também pode subverter o discurso do psiquiatra, ela pode começar a tomar remédio e jogar tudo fora. E se for um

obsessivo,(...) ele vai ter uma dificuldade de tomar remédio porque o obsessivo não aceita a própria falta, pode ser que ele não queira tomar(...). Se ele tiver a fenomenologia que é muito comum na psicose que é a hipocondria, ele vai tomar remédio. Essa pergunta é muito ampla e exigiria n respostas, não dá pra te dizer como o paciente vai reagir diante disso. Se ele for um paciente que ele não te questiona muito, é provável que ele aceite de bom grado. O cálculo, na verdade, é via transferência, depende da transferência que o paciente tem com você".

O discurso de P5 confirma as constatações de Leite e Vasconcellos (2003) de que a adesão ao tratamento medicamentoso relaciona-se com a relação estabelecida entre médico e paciente e a patologia trabalhada. A mesma opinião é confirmada por outros participantes.

P1, P2 e P4 percebem algum tipo de resistência em seus pacientes quando o encaminhamento é colocado. Já P3 acredita que, muito embora a resistência possa estar presente, o manejo que o analista faz da questão do encaminhamento favorece a adesão.

P1: "Alguns aceitam, outros não (...). Muitos dizem: 'Ah não, não quero tomar remédio'. Mesmo às vezes eu encaminhando a pessoa não vai, já aconteceu da pessoa não ir".

P4: "Ainda, felizmente, tem certa resistência, quando eu acho que precisa, às vezes eu encontro resistência no paciente (...). Nem sempre eles aceitam. É raro, não tem chegado não. (...) Menos, bem menos do que há um tempo atrás onde o boom do antidepressivo tava forte. Eu não diria que está havendo um decréscimo não, mas eu posso ensaiar que talvez esteja para isso. Certa descrença da medicação (...). O que observo é que um determinado tipo de paciente, não todos, fica meio assustado, outros aceitam tão rápidos que quem fica assustada sou eu (...). E tem um outro tipo de paciente, é um número respeitável, que acaba criando uma adição".

P4 percebe certa resistência no uso da medicação por seus pacientes e pontua quanto à sua percepção de que possa estar havendo uma descrença no uso medicamentoso – no sentido de cura mágica. Outra reação percebida é a aceitação imediata. P4 também compara o uso medicamentoso nos tempos atuais com outra época:

P4: “Teve uma época mais ou menos recente em que a medicação estava sendo usada assim como se fosse analgésico, para agüentar a dor de viver (...), as pessoas estavam se medicando, aí já tem algumas questões que eu procuro trabalhar na análise, que aí tem uma função a medicação na vida do paciente que não diz respeito a um quadro psiquiátrico que justifica (...). Teve uma época em que as pessoas falavam ‘Vou usar Prozac hoje’, como se Prozac fosse analgésico (...) e discutindo. Já ouvi (...) desde conversas na vida até relatos do discurso do paciente que dizem respeito de trocar assim, ‘ah eu tomei Prozac, ah eu tomo x, eu tomo y’, se bobear tá trocando como se fosse alguém que está trocando receita de bolo”.

A mesma idéia de medicação por parte dos pacientes foi notada por P1:

P1: “Tive pacientes de começar a tomar e chegar aqui e falar ‘gente é a pílula da felicidade, acordei completamente feliz no dia seguinte’. Não, estava é maníaco, com o olho estatelado, nem percebia, estava uma coisa assim artificial”.

P4 ainda compara a reação dos pacientes das clínicas voltadas à população com os pacientes de sua própria clínica e relaciona o nível de resistência com o nível cultural do paciente, sendo que pessoas com níveis culturais superiores são mais propensas ao uso banal do medicamento, enquanto que em pessoas com níveis culturais menores, pacientes de clínicas institucionais, a resistência se dá pelo “susto do psiquiatra”.

P4: “Na clínica aberta à população geral, você também encontra muita resistência, porque dependendo do nível cultural, a resistência é maior, quando o nível cultural é mais alto são esses tipos de pessoas que discutem medicação como quem troca receita de bolo. Na clínica à população não, é mas do susto do psiquiatra”.

Muito embora não mencionem o nível cultural, P1 e P2 também assinalam o susto pelo encaminhamento ao profissional de psiquiatria:

P1: “Se o paciente vem primeiro aqui, (...) algumas vezes é porque ele tem preconceito com o médico, ele acha que psiquiatra é coisa pra louco e se eu encaminhar ele pode achar que eu estou chamando ele de louco ou até se sentir rejeitado, não acolhido, achando que não estou dando conta. Então a gente tem que ter muito cuidado e saber como encaminhar e esclarecer que aquilo é necessário, e saber que aquilo é mais um aspecto do tratamento para auxiliar o paciente, temporariamente mesmo que seja. Mas tudo isso depende muito de cada caso, a gente tem que ver como que a pessoa está, o que ela pensa daquilo. Se eu sei que ela é uma pessoa que tem preconceito, se eu falar ‘Olha vou indicar pra você um psiquiatra’, e falar só isso e ponto, a pessoa pode nem voltar mais ‘nossa, ela está me achando louca, nossa nem a psicóloga me agüentou’. Então a gente tem que avaliar uma série de detalhes”.

P2: “Normalmente, a pessoa reluta um pouco porque a palavra psiquiatra ainda assusta. Então, você diz, ‘olha...’ – ‘Ah não, mas minha ginecologista me deu um Lexotan’. Aí você explica que não é o Lexotan, é uma outra medicação que vai ter um efeito diferente. Então, em primeiro momento, existe uma certa aversão ao nome psiquiatra, mas a partir do momento em que você conscientiza, e a pessoa está tão desesperada no momento, ela se percebe muito presa àquele tema, então ela vai para ver, pelo menos vai para ver”.

Ainda que percebam certa resistência e o susto do encaminhamento ao psiquiatra em seus pacientes, P1 e P2 colocam a importância do trabalho de conscientização, esclarecimento e o cuidado no trabalho de encaminhamento por parte do psicólogo. Tais evidências confirmam as hipóteses de Leite e Vasconcellos (2003) de que a adesão ao uso do medicamento se relaciona intimamente com a relação estabelecida entre médico-paciente.

P2 observa ainda que a percepção por parte do paciente de seu sofrimento favorece o encaminhamento ao médico. Acredita que, a partir do momento que os pacientes buscam a análise, existe neles uma tentativa de mudança e, dessa maneira, ouvem aquilo que está sendo dito pelo profissional a fim possibilitar tal mudança. Tal pontuação também é confirmada pelos dados de Leite e Vasconcellos (2003), de que a aceitação do tratamento medicamentoso associa-se ao paciente e ao seu diagnóstico.

Desta maneira, o trabalho de conscientização, somado ao estado em que o paciente se encontra e a percepção do próprio sofrimento parecem favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso.

O trabalho de conscientização e cuidado no encaminhamento é também enfatizada por P3:

P3: "Se você puder colocar de uma maneira clara, em que a pessoa realmente entenda que você está falando, primeiro lugar, você precisa ter claro o que você está falando, se você tiver claro e consciente daquilo que esta falando é a possibilidade do outro entender também de uma maneira clara. Dificilmente tem uma resistência (...) Eles percebem que o que estou falando é sério e tem um respaldo. Não estou falando porque eu acho, tô falando mediante os dados que ele me trouxe. Uma das questões é

tipo assim: 'Tenho medo de ficar dependente'. Eu falei: 'Nada melhor do que você ir lá e conversar com o próprio médico de quais são as questões de você ficar dependente, se isso existe se isso não existe'. Convence''.

Percebe-se um certo tipo de resistência nos pacientes de P3 quando este traz em seu discurso o medo do paciente ficar dependente. No entanto, para P3, o manejo que o analista faz quando coloca a questão do encaminhamento parece influenciar a adesão.

P3 ainda afirma que, quando se depara com pacientes que necessitam da medicação para o tratamento e não a aceitam, rejeita a proposta de trabalhar sem o auxílio medicamentoso. P4 também assume a mesma postura frente a esses pacientes.

P3: "Já (teve recusas de encaminhamento ao médico). Mas se, por exemplo, se estou indicando e ele não aceita e eu acho que é sine qua non pra que ele possa estar fazendo uma análise, pelo menos numa condição mínima para isto, se ele realmente não aceita, eu falo: 'Sinto muito, nesses moldes eu não posso trabalhar com você. Porque eu fico com condições sub-de trabalho, portanto, não vai sair trabalho nenhum, você vai gastar seu tempo e perder seu dinheiro aqui. Então eu acredito que você deva procurar um outro profissional'".

P4: "Tem determinados tipos de paciente que sem medicação eu não atendo, sem acompanhamento medicamentoso não atendo, que pacientes são esses, pacientes mais graves, desde o border até o psicótico. Assim, é um compromisso que o paciente faz comigo no contrato, que ele esteja em acompanhamento psiquiátrico e só interrompa o uso da medicação na medida da alta do médico".

Por outro lado P5 aponta que, quando há resistência ao uso medicamentoso, a decisão do paciente indica a crença do paciente no trabalho analítico e que, dessa maneira, tal decisão deve ser levada em conta pelo analista.

P5: “Quando o paciente diz: ‘Olha, você está equivocado, não vou tomar a medicação não’, isso é um relevante que deve ser considerado. Você pode dizer: ‘Olha, como sou sua analista, estou vendo’; e o paciente pode por outro lado aceitar também. Cada caso é um caso (...). Se o paciente dizer para você: ‘Não quero tomar medicação, não é por aí’; ele está te falando que ele acredita no manejo da palavra. E aí você como analista vai se esforçar mais ainda para ajudar o paciente. Ou você pode também dizer para ele: ‘Olha, acho que nesse momento a melhor coisa é você tomar um remédio, eu vou precisar da ajuda de um psiquiatra, me chama atenção você não aceitar’. Cada caso é um caso”.

P1 também percebe maior empenho no trabalho analítico nos casos em que há resistência dos pacientes em procurar um psiquiatra:

P1: "Alguns aceitam, outros não. (...) Muitos dizem: ‘Ah não, não quero tomar remédio’. Mesmo às vezes eu encaminhando a pessoa não vai, já aconteceu da pessoa não ir. A pessoa que tem medo de tomar remédio, tem medo de ficar viciada, ou conhece algum caso de pessoa que começou tomando calmante depois passou pro antidepressivo e depois de alguns anos toma quatro ou cinco remédios e nada faz efeito. Pessoas que têm medo disso não vão. E meio que se controlam, ou parece que se dedicam mais à terapia, mostrando que elas dão conta de resolver aquilo psicologicamente, se empenham mais no trabalho terapêutico. Aí eu deixo em observação”.

Além da maior dedicação por parte do paciente quando existe a rejeição ao uso medicamentoso, P1 ainda percebe neles o medo do vício e o conhecimento de efeitos adversos do medicamento em outras pessoas. O conhecimento por parte dos pacientes de experiências desfavoráveis com a medicação com outras pessoas também foi

apontada por Guz (1982) e Gabbard (1994) como fatores que influenciam a decisão pela não adesão pelo paciente.

Por outro lado, P2 acredita que pessoas que não aderem ao uso medicamentoso são também aquelas que não aderem à análise, defendendo assim hipóteses de Leite e Vasconcellos (2003), de que fatores externos como efeitos colaterais não têm tanta influência na adesão medicamentosa, uma vez que questões relacionadas ao paciente, como a aceitação da doença, são decisivas para a adesão à medicação.

Contrariando a percepção de P1 de que pacientes que não aderem ao uso medicamentoso se empenham mais no trabalho analítico, P2 percebe maior empenho no trabalho analítico em pacientes que aderem à medicação e acredita que a adesão ao tratamento medicamentoso relaciona-se à adesão ao tratamento analítico.

P2: *“Acho que as pessoas quando vêm para a terapia, elas já vêm para uma tentativa de mudança, já têm um grito de vida, e quando você diz ‘Olha, vai para te ajudar, não é para sempre, você não vai ficar dependente’(...). Aí a pessoa acaba vendo que ‘olha, deixa eu me ajudar então, deixa eu ouvir o que está sendo dito’. (...) Pessoas que não aceitam a medicação, não aceitam procurar essa ajuda (...) são pessoas que também não aderem à terapia (...). Se esta pessoa está com este comprometimento, (...) ela cada vez vai se fechando mais, e da mesma forma que ela não vai ao médico, ela também não tem disposição, é tão trabalhoso sair de casa (...) ou conseguir vencer esses obstáculos que elas não aderem à terapia”.*

P2 concorda com as idéias de Leite e Vasconcellos (2003) quando estes afirmam que a adesão ao tratamento medicamentoso liga-se a questões do paciente e à aceitação da própria patologia, e não tanto com fatores externos. P2 complementa:

P2: *“Eu vejo que a aversão que muitos pacientes têm à medicação é uma aversão criativa, é uma aversão positiva, porque aí ela não pode beber porque não*

pode associar com o álcool. Então não pode ir a uma festinha que tem bebida alcoólica, ela não pode sair e esquecer o remédio, porque senão ela vai ter uma abstinência. Ela não pode uma série de coisas, mas ela está melhor, por outro lado. Então ela começa a perceber que o remédio trouxe um ganho, mas a aversão faz com que ela busque um significado para ela poder sair fora da medicação o quanto antes (...). E é caro, a medicação é cara, principalmente essa farmacologia de última geração, que são essa medicação que não traz a dependência, que não traz tanto efeito colateral (...). Então a pessoa começa a perceber que tem fatores positivos, mas que tem uma série de limitações e um preço alto. Então ela vai buscar o significado o quanto antes”.

Para P2, pacientes que buscam uma mudança, ainda que conheçam as adversidades da medicação, aderem à medicação e, exatamente pelas adversidades do medicamento, se empenham mais na busca pela resolução de seu sofrimento.

Dentre os fatores que influenciam a resistência do paciente à medicação, a dependência é citada por P1, P2 e P3. No entanto, P2 ainda observa que a percepção do paciente quanto à dependência medicamentosa é um aspecto positivo ao tratamento:

P2: “Muitos pacientes têm aquela coisa que é uma dependência: ‘Estou dependente de uma droga’. E eu acho que até isso é positivo, porque quando o paciente se percebe dependente, que tomar o remédio ajuda, alivia, ele vai cada vez mais buscar o significado, buscar o entendimento disso, até para parar a medicação”.

P2 nota a percepção da dependência medicamentosa como um aspecto positivo ao tratamento, uma vez que tal percepção estimula a busca do paciente pelo significado e resolução de seu sofrimento a fim de livrar-se do medicamento. Dessa maneira, a afirmação de Gabbard (1998) e Frey, Mabilde e Eizirik (2004) quando estes dizem que os pacientes podem tornar-se dependentes e infantilizar-se e não se responsabilizar por

seus sofrimentos não foi percebida na clínica de P2. Pelo contrário, P2 constatou que, ao se perceberem dependentes da medicação, seus pacientes se empenham ainda mais na busca pela resolução de seu sofrimento, submetendo-se até mesmo aos altos custos da medicação e aos limites que o medicamento estabelece.

Se por um lado a percepção de P2 não é sintônico ao explicitado por Gabbard (1998) e Frey, Mabilde e Eizirik (2004), por outro, conforme já notado anteriormente, a observação de P2 está de acordo com idéias de Leite e Vasconcellos (2003), quanto ao fato de que a adesão à medicação ligar-se à aceitação da própria patologia. Para P2, o paciente que já chega na clínica em busca de mudança aderem à medicação a fim de possibilitar o enfrentamento de seu sofrimento, deixando pouco espaço para fatores como efeitos colaterais e custos. Além da percepção da dependência ao medicamento, as adversidades em seu uso, tais como a abstinência e outras interações, estimulam essa busca por um significado a fim de não mais se depender do medicamento.

Dessa maneira, percebe-se, nessa busca de resolução, o desejo da suspensão do uso do medicamento. P2 conclui:

P2: "Eles aceitam, e buscam isso (a suspensão do medicamento)".

A mesma opinião é compartilhada por P1.

P1: "Para suspender a medicação tem que ser um processo gradativo e natural (...) A maioria dos casos aceita muito bem a diminuição, aceita porque se o psiquiatra vê que já está melhor e a pessoa se sente bem mesmo tomando menos, todo mundo acha bom. Acho que este caso de suspender a medicação, ninguém acha ruim não, eles ficam com receio, com medo de ter uma recaída às vezes, mas isso não ocorre".

Da mesma forma, P4 concorda que existe ainda um receio na retirada da medicação.

P4: "Aqueles pacientes que já vinham medicados têm muito medo, eles não sabem, ficam num determinado momento, como que o pacote é aquilo que fez bem, então não quer largar nenhuma das contas. Aí a possibilidade da análise virar vício também está presente, então é outro trabalho que se faz".

No entanto, P2 ainda aponta que quando o uso da medicação é suspenso o paciente se mostra mais fortalecido e mais confiante.

P2: "Dos pacientes que eu já atendi, (...) eu senti que a pessoa sai muito mais confiante. Primeiro porque ela não está presa àquele complexo, não está presa àquela coisa que a limitava. Por outro lado, ela está em um nível de entendimento de si mesmo muito maior e o fato de parar a medicação faz com que ela sinta vitoriosa (...). E quando precisa retornar, que algumas pessoas param um tempo e depois precisam retomar (...) as pessoas ficam é com um sentimento meio de derrota".

Dessa maneira, nota-se que, embora a suspensão da medicação seja visada pelos pacientes, existe, ainda assim, o receio da interrupção ao uso. No entanto, o sentimento de vitória se faz presente quando a suspensão é feita.

Quanto à mudança na relação terapêutica pela introdução do uso medicamentoso, existe uma certa divergência de opiniões entre os participantes. Muito embora os participantes apresentem opiniões diversas, de alguma maneira, todos concordam que a relação transferencial se fortifica: o paciente se empenha mais a significar seu sofrimento, ou estabelece uma transferência negativa, ou a atuação pode se fazer presente em análise.

P1: "O uso da medicação não muda a relação terapêutica. O que pode mudar a relação terapêutica é o fato de eu dizer que precisa de medicação e se essa pessoa aceita ou não esse encaminhamento, essa observação que estou fazendo. Isso pode

afetar a relação terapêutica, uma variável que interfere e que a gente tem que lidar com muito cuidado e quando é necessário fazer a indicação e fazer o encaminhamento e depois acolher e interpretar tudo o que aparece, porque senão a pessoa atua, transforma aquilo em ação. Se a gente não interpreta para poder pensar a respeito do que está acontecendo, a pessoa atua, acaba prejudicando a relação terapêutica. Então tudo vai do manejo que a gente pode fazer disso. Depende dos casos a gente tem que estar muito atento com o manejo disso".

P2: "Não, não muda não. O que eu sinto é assim, pessoas que não aceitam a medicação, não aceitam procurar essa ajuda, não aceitam, não querem saber de nada, são pessoas que também não aderem à terapia. Da mesma forma que elas não aderem a um médico só, da mesma forma que elas não aderem a procurar ajuda da homeopatia, da acupuntura, de qualquer coisa, elas não vão aderir à terapia também. (...) Muitos pacientes têm aquela coisa que é uma dependência (...) e eu acho que até isso é positivo, porque quando o paciente se percebe dependente (...) ele vai cada vez mais buscar o significado, buscar o entendimento disso, até para parar a medicação (...). Elas se empenham mais em entender aquele sintoma para se ver livre da medicação (...). Acho que as pessoas quando vêm para a terapia, elas já vêm para uma tentativa de mudança, já têm um grito de vida, e quando você diz, 'Olha vai para te ajudar, não é para sempre' (...). Aí a pessoa acaba vendo que 'olha, deixa eu me ajudar então, deixa eu ouvir o que está sendo dito'.

P3: "Se ele puder perceber que aquilo que estou falando tem um respaldo, a relação até se intensifica, a transferência se fortifica".

P4: "Depende do paciente (...). De modo geral, a relação muda no sentido do paciente aproveitar melhor a análise (...). Aí o que pode acontecer na transferência é uma coisa que está previsto na análise, com ou sem medicação, que é a possibilidade

de desenvolver uma transferência negativa. Muda no sentido de 'Bom, o médico disse (...) que isso é biológico, que eu vou ter que tomar o resto da vida (...), não sei pra que que vou fazer análise'. Mas isso é fruto da resistência. Pode ser fruto da resistência e aparecer de outra forma, é outra coisa para se trabalhar. A questão da relação transferencial, eu acho que assim, quando eu falo, depende do paciente, depende de como isso vai entrar na relação, transferência. E aí é trabalho".

P5: "A gente tem que calcular a intervenção no atendimento porque você pode indicar um psiquiatra pra um paciente e aquilo cair muito mal (...), pode favorecer uma reação terapêutica negativa (...). O teu pedido e a tua intenção de ajudar o teu paciente pode ser recebido mal (...). O paciente pode fazer imperar uma transferência negativa no tratamento e se a transferência tiver na corda bamba o paciente pode te dizer assim 'olha não venho mais aqui'. Estou te dando um exemplo extremo, não que isso possa acontecer realmente, mas o analista está sujeito a isso. Quando o analista pede que você procure um psiquiatra ou neurologista, ele tem que calcular se isso vai interferir no vínculo transferencial do paciente".

Conforme o discurso dos participantes, as idéias de Knowlton (1997) e Powell (2001) mostram-se válidas ao afirmar que a possibilidade do uso medicamentoso modifica a relação terapêutica, fortificando a relação e transferência e possibilitando obter informações acerca das experiências do paciente.

P4 menciona o fato de se desenvolver a transferência negativa – fato previsto na análise, com ou sem medicação. Dessa maneira, conforme Knowlton (1997), o medicamento apenas possibilitará despertar sentimentos de uma parte da transferência que não fora expressa anteriormente.

Além de P4, P5 também cita a possibilidade de se desenvolver uma transferência negativa ao ser colocada a questão do uso medicamentoso. Também P1, de alguma

forma, concorda com esta idéia quando diz que é preciso interpretar tudo o que aparece após o encaminhamento para que não haja a atuação, o que pode vir a prejudicar a relação terapêutica.

Já P2 discorda dos outros participantes acreditando não haver mudanças na relação terapêutica – tão pouco o desenvolvimento da transferência negativa. Para justificar sua percepção, P2 diz pensar que os pacientes que vêm à terapia já buscam por uma tentativa de mudança e, quando se coloca a necessidade da medicação, os pacientes ouvem o que é dito e se empenham mais em entender o sintoma para se ajudar.

Os quadros clínicos em que a medicação mais se faz necessária assemelham-se entre os participantes. A depressão é o quadro citado por quatro dos cinco participantes. Dentre os participantes que citaram a depressão, todos concordam na predominância desse quadro para o respaldo medicamentoso. A síndrome do pânico também é citada por quatro dos cinco participantes, havendo, no entanto, uma discordância de idéias. Da mesma forma, o TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) foi citado por três participantes, existindo entre eles uma discordância de opiniões. Outros quadros clínicos diferenciados entre os participantes foram a paranóia, o autismo e a somatização.

P1: “Depressão em primeiro lugar, pelo risco de suicídio. A gente intui, ou percebe, a pessoa já tem alguma tentativa, risco, ou idéias suicidas, ou idéias destrutivas. Ou uma pessoa, ao contrário, ao invés de estar com essa violência voltada pra si mesmo, está voltada para outros. Extremamente violenta, agressiva, uma pessoa paranóica, que acha que está tudo errado, todo mundo contra ele (...), enfim, muitos casos são esses em que a gente percebe a pessoa em risco. Então aí os quadros clínicos, é depressão e casos assim mais psicóticos, a pessoa muito perseguida,

paranóica, ou como eu te falei, a síndrome do pânico. Crianças autistas normalmente também tomam alguma coisa”.

P2: “Principalmente, o que eu tenho recebido nos últimos tempos, a questão da síndrome do pânico, ainda hoje limita muita gente, começa a ter uma série de sintomas e a pessoa começa a ficar muito limitada. Caso onde a pessoa começa a ter uma somatização, por exemplo, eu tenho dois casos que eu tô atendendo agora de colite (...). O caso do TOC, dificilmente a pessoa consegue sair da ritualização, quando tem rituais, só com o entendimento do que está acontecendo. Então, assim, dos últimos tempos, o que tem vindo, o que tenho encaminhado são os casos da síndrome do pânico, que continua sempre, TOC e esses dois casos (...). E caso de depressão, quando é muito séria, a gente tem que tomar o cuidado de contar com outros profissionais. Porque a depressão também deixa a pessoa muito limitada”.

P3: “Os casos de depressão grave, que a pessoa precisa de alguma maneira de uma levantada de ânimo até para ela poder estar vindo e saindo de casa, nesse sentido, ela precisa de uma medicação que reverta a questão química dela e começa a impulsioná-la no sentido de poder fazer com que ela saia de casa, por exemplo. Existe um pânico extremamente acentuado que a pessoa também não consegue sair de casa, são coisas mais próximas, mais nesse sentido”.

P4: “O pânico deu uma diminuída (...), a depressão mais recente. Teve um ensaio do TOC entrar(...), mas o TOC não pegou, não teve jeito, então são esses”.

P5: “Os quadros de psicoses, não que um obsessivo não precise, a psiquiatria biológica, (...) define como TOC, e os analistas, os psicólogos medicam bastante, porque a pessoa, quando já está assim já está em um estado de calamidade. Acho que talvez em alguns casos você medica, mas o mais comum, assim, é o analista indicar a medicação para o psicótico, quando ele vem em surto”.

Percebe-se que a depressão grave e o pânico mostram-se presentes nas respostas de quatro dos cinco participantes. Os quatro participantes que citaram a depressão concordam sobre a prevalência do uso medicamentoso para tal quadro.

Muito embora o pânico seja citado por quatro participantes, existe uma divergência de opiniões. Enquanto P1, P2 e P3 concordam que ainda exista a predominância nos casos de pânico, P4 discorda dos demais participantes, acreditando haver uma diminuição destes casos.

Da mesma forma, P4 discorda de P2 e P5 quanto à predominância nos casos de TOC. P4 acredita na diminuição nestes casos.

Outros quadros, ainda, aparecem isoladamente no discurso dos participantes. P1 menciona a paranóia e o autismo, enquanto que P2 a somatização.

Quanto aos psicofármacos mais utilizados atualmente, os participantes também concordam que os antidepressivos e ansiolíticos são os mais usados. A prevalência do uso dos antidepressivos na clínica dos participantes assemelha-se às estatísticas realizadas na Inglaterra (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998 apud MONCRIEFF, 2001), que também constatam que os antidepressivos são os psicofármacos mais utilizados. Quanto aos ansiolíticos, sua incidência chama a atenção, uma vez que os ansiolíticos são os psicofármacos mais utilizados de forma indiscriminada no mundo inteiro (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2001).

P1: “Antidepressivos e calmante que é ansiolítico. Antidepressivo o mais comum é o Prozac que os médicos mandam fazer a fórmula em farmácia de manipulação, a fluoxetina, e dos calmantes o mais comum são os ansiolíticos benzodiazepínicos que é Lexotan. Lexotan é muito comum”.

P2: *“Hoje os que mais têm tido, primeiro era o Anafranil, o Prozac. Teve uma onda aí do Prozac nos anos 90. Hoje a gente tem o Efexo, o Cebrelin. O Efexo é uma medicação que hoje é muito usada. O Zetron, o Cebrelin. Têm saído alguns outros que eu não conheço”.*

P3: *“Os ansiolíticos, os antidepressivos... pelo menos estou falando dentro da minha prática clínica”.*

P4: *“Antidepressivos, ansiolíticos e os hipnóticos. Mas é o grupo que circula o quadro depressivo, que pode ser pra insônia, pra ansiedade, mais os antidepressivos. Tem um outro tipo de medicação, não diria que é psiquiátrica, mas acaba transformando os quadros em psiquiátricos, que é aqueles ligados aos quadros anoréxicos, que são medicações usadas por endócrinos só, que são estimulantes que tiram apetite. E que isso não é exatamente psiquiátrico, mas que tem o uso, por conta da estética contemporânea, questão magra, crescimento de quadros anoréxicos que acabam, aí sim, o uso indiscriminado desse tipo de medicação que vendem pela internet, sem necessidade de receitas, criando quadros psiquiátricos graves. Então é uma medicação que vem de um outro ramo da medicina, que acaba se desembocando na psiquiatria. Então esses, mas que podem ser quadros psicóticos. Esse tipo de medicação que tem um abuso, medicação para emagrecimento que leva à formação do quadro psiquiátrico. Então é algo que é prévio que acaba levando ao desenvolvimento de quadro psiquiátrico. E os antidepressivos”.*

P5: *“Em relação aos anti-psicóticos, os clássicos, Haldol, Respiredona, Longatil, anticonvulsionantes. Os médicos ainda usam um pouco, Depakene, antigo Gardenal, tem os ansiolíticos, os antidepressivos, Anapelina, Anafranil”.*

Nota-se que P4 menciona um tipo de psicofármaco diferenciado de outros participantes: o hipnótico. Além disso, faz uma importante colocação quanto ao uso

abusivo de medicamentos que não dizem respeito aos psicofármacos, mas que acabam por conduzir o paciente a quadros psiquiátricos por conta do uso desenfreado.

Muito embora não se tenha questionado quanto à quantidade de pacientes clínicos que se utilizam do respaldo medicamentoso, quatro participantes falaram espontaneamente sobre a quantidade de pacientes clínicos que se utilizam da medicação.

Nas clínicas de P1, P2 e P3, a maioria dos pacientes não necessita da medicação para estar em análise. Já P4 percebe um equilíbrio entre a quantidade de pacientes que fazem o uso e os que não fazem.

P1: "A maioria dos pacientes não toma remédios. Não tenho nada contra, se a pessoa vem tomando, se precisa, eu dou, mas não é a maioria".

P2: "90% não são medicadas, 10% são medicadas".

P3: "Não tenho recebido casos que necessitem de medicação, um ou outro que eu percebo assim, mas não é o grosso da minha clínica".

P4: "Na minha clínica é uma clínica que tem pacientes que fazem uso sim da medicação (...). Mas eu diria que está meio a meio, tem muita gente que não precisa de medicação (...). Atualmente vem muita gente fazer análise porque, enfim, auto-conhecimento pode fazer bem pra vida e não necessariamente porque está sofrendo muito. Sempre tem um sofrimento, mas não necessariamente porque está com sérios impedimentos na vida (...). Tem alguns casos, mais vinculados à área da medicina mesmo, pessoas que trabalham em área de saúde, que eu atendo, e que tomam medicamento para dormir, então tomam os hipnóticos. Aí toma medicação pra ficar concentrado, medicação para ficar acordado, medicação para dar palestra".

P4 ainda faz um apontamento quanto ao uso constante e indiscriminado do medicamento entre os profissionais que têm acesso à medicação: os profissionais da saúde.

Além do levantamento de sua prática clínica, P4 ainda analisa o uso medicamentoso nas clínicas institucionais e públicas.

P4: “Nas clínicas públicas e institucionais que fazem atendimento à população em modo geral, os casos são cada vez mais graves, assim quando falo grave, vai desde situação social muito grave, ou quadros psiquiátricos muito graves, entram em depressão gravíssimas. Trabalhei com transtorno bipolar, TOC, quadros que não dá pra abrir mão da medicação”.

Dessa maneira, segundo relato de P4, as clínicas institucionais que recebem mais casos graves necessitam mais do uso medicamentoso no tratamento de seus pacientes.

Todos os participantes concordam que houve o aumento do uso da medicação na análise. No entanto, apresentam diferentes motivos para justificar esse aumento.

P1 e P3 compartilham a mesma opinião de que o aumento da medicação se deu devido ao uso inadequado e na busca pela resolução mecanicista do sofrimento.

P1: “Vem (aumentando o uso da medicação). Principalmente a partir do momento em que surgiram os antidepressivos dessa nova geração de recapitação de serotonina, como eles chamam, que é o Prozac, o primeiro, que foi chamado de pílula da felicidade. Tive pacientes de começar a tomar e chegar aqui e falar ‘gente é a pílula da felicidade, acordei completamente feliz no dia seguinte’. Não, estava é maníaco, com o olho estatelado, nem percebia, estava uma coisa assim artificial. Antes os médicos não davam tanto antidepressivo, davam só quando era muito necessário, dava um lítium

quando a pessoa estava em necessidade de ficar em casa dormindo e não conseguia trabalhar, ou então em risco de suicídio (...) porque os outros tinham muito efeitos colaterais. Esses hoje em dia, da recapitação de serotonina, têm menos efeitos colaterais. Então eles dão pra depressão, síndrome do pânico, pra criança (...), fibromialgia. Clínico geral, quando não sabe o que a pessoa tem, a pessoa chega lá reclamando de uma dor no braço achando que é infarto e o médico examina vê que é uma dor muscular, ele dá antidepressivo. Eu já vi isso”.

Dois pontos são destacados no discurso de P1: o aparecimento dos antidepressivos da nova geração, com menos efeitos colaterais, e sua influência na prescrição médica. Com o desenvolvimento de medicamentos com menos efeitos colaterais, os médicos passaram a prescrever mais habitualmente os antidepressivos em uma amplitude ainda maior de casos. Moncrieff (2001) também concorda que houve um aumento no uso dos antidepressivos após a nova geração de psicofármacos.

Além disso, P1 cita o clínico geral “*quando não sabe o que a pessoa tem*”, prescreve o antidepressivo. Diante desta afirmação, questiona-se a adequação da prescrições dos clínicos gerais, que se assumem como os maiores prescritores de psicofármacos (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; MONTERO, 1994; NOTO et al, 2002), e questiona-se, assim, a necessidade de tais prescrições para o tratamento.

Além disso, P1 coloca a crença do paciente na “*pílula mágica*” para a resolução de seu sofrimento em detrimento do enfrentamento de sua angústia. Tal idéia é também percebida por P3, que acredita que, por esta razão, houve o aumento do uso dos psicofármacos.

P3: “Com certeza aumentou porque justamente vai se buscar a pílula mágica, nesse sentido que eu coloquei (...) que é o uso que se faz do psicotrópicos, dos fármacos que vai se buscar para evitar contato com a dor. Então se resolve, por exemplo, o

Viagra resolve o problema da impotência, tem gente que acredita nisto e não tentar buscar qual foi o motivo que levou essa pessoa ficar impotente. Os remédios de emagrecimento que até a gente ouve ‘Ó, tome isto’, mas você não precisa parar de comer. Então são anúncios que propõem coisas mágicas e onipotentes e que pessoas se adaptam pra ir buscar, coisas mágicas e onipotentes, porque justamente não precisam entrar em contato com a privação, com a frustração, com uma dor”.

Já P4 e P5 acreditam que o aumento no uso medicamentoso se deu devido à popularização dos diagnósticos psiquiátricos:

P4: *“Sem sombra de dúvida (houve aumento do uso medicamentoso). Teve assim, posso até dizer quando foi que começou o crescimento (...). O primeiro impacto na minha clínica, do paciente já vir do médico (....) foi pânico. Teve o boom do pânico, então não tinha paciente de 10, 8 chegavam com esse diagnóstico. Na seqüência disso, veio a questão da depressão, muito aumentado. (...) Então, o pânico deu uma diminuída, você vê que é uma doença de moda (...). A depressão mais recente, teve um ensaio do TOC entrar, mas não pegou, felizmente, que saiu em Veja, essas revistas semanais de grande circulação e aqueles testes de DSM-IV, mas que não tem quem não se encaixa, é tão difícil o paciente não se encaixar”.*

P5: *“Sim, de alguns anos para cá aumentou demais, pelo próprio significante depressão (...). Não que não existissem pessoas deprimidas antigamente, mas devido ao uso da palavra e a esse sintoma contemporâneo (...). Os próprios psicanalistas acabaram criando o significante da depressão, ou seja, a depressão do ponto de vista do profissional, ela acabou. É como se tivesse criado a doença depressão, ela existe, mas de tanto se falar dela, ela se criou, se deu um lugar muito elevado, muita importância para essa palavra. Hoje todo mundo sabe o que é depressão (...). É lógico que as pessoas sempre se deprimiam, mas os psicólogos e psiquiatras contribuíram*

para a inflação da depressão, de tanto que se fala nisso e se medica, (...) criou-se a depressão. (...) E isso que estou te falando é uma afirmação muito pesada, porque você pode pensar ‘mas os caras estão tentando se a ver com isso e acabar com isso e como é que a outra lá me fala que eles também criam a depressão?’, mas é mais ou menos por aí”.

P4 nota a influência da mídia para a promoção dos quadros clínicos – “o modismo” - mais evidentes em determinadas épocas e a classificação do DSM-IV, no qual o indivíduo pode ser facilmente enquadrado. Já P5 aponta uma certa banalização do termo “depressão” como uma possível causa para o incremento no uso dos psicofármacos, sendo que tal banalização ocorreu também no meio profissional de psicanalistas.

No entanto, P2 refere uma opinião diversa dos demais participantes. Muito embora concorde que houve um aumento do uso dos psicofármacos, acredita que tal aumento se deu devido à conscientização dos profissionais envolvidos no tratamento:

P2: “Acho que aumentou sim a conscientização, porque antes, até 1990, mais ou menos, eu acho que tinha uma briga muito grande entre neurologistas, psiquiatras e psicólogos. Então os psicólogos achavam que eles davam conta de tudo, os neurologistas achavam que eles davam conta de tudo e os psiquiatras achavam que eles davam conta de tudo. Então era muito comum os psiquiatras dizerem que psicoterapia era bobagem, era perda de tempo. Os neurologistas estarem dizendo que se fizesse um eletro, se fizesse uma tomo, começou a aparecer a tomografia, e não desse nada, nenhuma alteração, estava tudo certo. E os psicólogos dizendo que a medicação era bobagem, a pessoa ficava anestesiada, dopada e não sei o que lá. Acho que de 95 para cá tem mudado muito essa relação. Tanto que os psiquiatras... eu ligo para eles, os neurologistas muitas vezes encaminham para psiquiatras eles próprios quando eles

percebem que é uma questão mais de psiquiatria, e recomendam psicoterapia. O gastro manda pro psiquiatra e pro psicólogo, então você vê que hoje existe um respeito muito grande entre os profissionais. Então aumentou sim, você vê que as empresas farmacológicas estão investindo muito nesse tipo de medicação. Acho que aumentou porque aumentou a conscientização e fora isso, acho que o mundo ficou mais exigente, as empresas exigem que a pessoa esteja mais assim, mais ativa, mais isso, mais aquilo, não têm mais tolerância a um paciente que faltou três semanas porque está com síndrome do pânico. A empresa vai mandar embora, então não tem uma tolerância ao paciente que vai toda hora lá no banheiro lavar a mão, (...) não tem muita tolerância. Então acho que aumentou a procura, aumentou a procura da pessoa em se resolver, aumentou o respeito dos profissionais entre si, e diminuiu a tolerância do patrão, do marido, da esposa, as pessoas estão mais intolerantes. Antigamente, ‘ah essa é a mania, ela tem essa mania’, hoje em dia ninguém aceita a mania de ninguém não. E para a pessoa também é um desconforto, é muito desconfortável”.

Nota-se que P2, diferentemente de outros participantes, acredita que houve um aumento no uso da medicação devido às condições sociais atuais e à conscientização, tanto do paciente quanto dos profissionais envolvidos. Dessa maneira, diante de uma sociedade “mais exigente e menos tolerante”, o paciente volta-se à procura da resolução de seu sofrimento, que envolve a busca de análise – e a possibilidade de psicoterapia e/ou uso de medicação, uma vez que os profissionais estão mais conscientes da importância de ambos os tipos de tratamento.

Muito embora outros participantes não tenham levado em conta o aumento do trabalho multi-disciplinar e o respeito entre profissionais para a avaliação do aumento do uso da medicação, P1 e P3 concordam com P2 quando este diz que a relação médicos e psicólogos melhorou:

P1: *“Hoje em dia, nós trabalhamos psicólogos e psiquiatras, alguns neurologistas também. (...) Trabalhamos médicos, psiquiatras e neurologistas muito bem, ou seja, cada um tem já uma identidade tão bem estabelecida na sua profissão que não existe uma competição (...). São tratamentos diferentes e complementares. A gente trabalha nos últimos dias numa parceria construtiva, sem rivalidade entre uma área e outra”.*

P3: *“Estou vendo um aumento gradativo dos médicos entenderem e se relacionarem melhor com os psicólogos e psicanalistas e isto é fruto do bom trabalho que médicos e psicanalistas estão fazendo, porque estamos sendo cada vez mais respeitados pelo paciente”.*

No entanto, P5 discorda dos demais participantes, percebendo uma discriminação, por parte dos analistas, quanto ao uso medicamentoso na análise.

P5: *“Não é um tema que entre os profissionais, entre os próprios teóricos, não é um tema em que as pessoas entrem muito em acordo. (...) Alguns analistas que eu vou falar de formação lacaniana, não posso informar de profissionais que trabalham com outras vertentes (...). Atualmente existe um movimento muito grande de psicólogos quererem abdicar da medicação, por exemplo, tem muitos psicólogos que fala: ‘Ah sou contra a psiquiatria, a melhor coisa é a terapia, o remédio só vai tapar o sol com a peneira, o remédio não resolve os problemas’. Isso de certa forma tem uma pertinência, tem uma legitimidade, na medida em que hoje a própria psiquiatria, a própria medicina e os próprios psicólogos inclusive têm uma crença muito grande no remédio mesmo, como se o remédio fosse algo que em um passe de mágica fosse resolver tudo (...). Alguns psicanalistas acreditam que a psiquiatria não serve para nada (...). Infelizmente, alguns psicanalistas, alguns psicólogos, acreditam que não exista um debate frutífero entre a neurologia, entre a psiquiatria e entre a psicanálise”.*

Quanto aos profissionais aos quais os participantes fazem o encaminhamento, existe uma preferência, entre os participantes, no encaminhamento para profissionais de confiança e que possuem idéias semelhantes.

P4: “Procuro fazer encaminhamento para colegas que têm uma formação assemelhada, que tenha uma visão psicodinâmica, com que eu possa conversar (...), que fazem o uso da medicação que não é da ordem de uma crença”.

P3: “Tem que haver um bom casamento. Quando você faz uma indicação, seja a um neurologista, seja a um psiquiatra, que este profissional possa ter o mesmo tipo de linguagem que você tem, que ele possa estar na mesma sintonia e na mesma credibilidade nas suas palavras. Então que pra ele tenha ressonância aquilo que você está falando. Então não adianta eu encaminhar um paciente a um médico que não acredita em análise. Tem muitos. Muitas vezes, dependendo pra quem você encaminha, a pessoa simplesmente abandona a análise, porque fica assim: ‘Oh, isso é bobagem só com remédio basta’”.

P5: “É importante que o analista entre em contato com o psiquiatra, mas o mais importante de tudo é que o psiquiatra possa sustentar esse tipo de coisa, que ele possa aceitar que o paciente dele, que ele vai medicar, faça uma análise. Que o psiquiatra possa suportar a presença de um analista porque às vezes o psiquiatra, você encaminha para ele e ele pode ser contra a análise pro paciente, ele pode dizer ao paciente: ‘Olha, pára de ir naquele analista, análise é uma coisa muito demorada, não é o seu caso, então vamos entrar com medicação e você vai parar de ir lá’. Então aí começa, você começa a ter algum problema no tratamento com o paciente, na medida que você pode não conseguir levar adiante o trabalho. O legal é que o psiquiatra possa suportar a presença do analista (...). Isso pro analista já é o suficiente”.

Dessa forma, no discurso de todos os participantes existe uma preocupação para encaminhar o paciente para profissionais que acreditem no trabalho analítico combinado com medicação. Já P2 prefere encaminhar seus pacientes a médicos com formação “*assemelhada*” à sua, ou seja, que compartilhem de uma visão psicodinâmica do caso.

P3 e P5 apontam o problema que pode existir quando o psiquiatra possui outro tipo de olhar para o tratamento – com o uso da medicação como meio de resolução dos problemas - o poder do discurso médico influenciar o tratamento analítico: o paciente pode abandonar a análise ou prejudicá-la.

No entanto, ainda que o profissional médico acredite no trabalho analítico, P1 aponta ainda outro problema que pode surgir no trabalho com psiquiatras, quando este não é aquele a quem o analista indica:

P1: “Na verdade, não sei se é do paciente ou do psiquiatra (...). Eu já vi psiquiatras que vão dar medicação e fazem também terapia. Porque ao invés de fazer só uma consulta clínica, eles querem conversar muito para dar atenção, falam pra pessoa ir toda semana lá e a pessoa acaba fazendo duas terapias e aí atrapalha tudo. Confunde o paciente, eu até entendo que o paciente muitas vezes tem até que escolher (...). E então, se o paciente por qualquer motivo se identifica mais com o médico, pára a terapia aí atrapalha tudo, aí fica com a medicação e fazendo terapia com o psiquiatra. Então às vezes interfere na relação. Mas quando o médico é conhecido e é ético e já sabe que a pessoa já está em tratamento psicoterápico com alguém, ele vai fazer então um acompanhamento clínico medicamentoso, ele não vai interferir, ele vai complementar só. Aí não dá interferência não”.

Conforme evidenciado por Frey, Mabilde e Eizirik (2004), nota-se a importância de cada profissional ter claramente definido seu papel no tratamento do paciente a fim de não favorecer a dissociação do paciente.

Quanto à especialidade do profissional a ser encaminhado, P1 e P4 colocam sua preferência no encaminhamento para psiquiatras a neurologistas.

P1: “A minha preferência é por um psiquiatra que conhece a nossa área. Que são aqueles que de fato entendem melhor. Já tive experiências não muito boas com neurologistas, por exemplo, outros médicos que querem receitar psicofármacos e não entendem tanto assim”.

P4: “Você fala neurologista, eu não converso com neurologista, a não ser que seja um caso que seja com neurologista. Não converso, não tenho nada contra, de jeito nenhum. Não converso porque tenho uma troca maior com psiquiatra mesmo, depende dos tipos de pacientes que encaminho pra análise”.

Já P2 cita outros profissionais com os quais tenta o auxílio ao tratamento, segundo as crenças de seus pacientes.

P2: “Vou buscar a crença da pessoa primeiro: acredita em homeopatia? Acredita? Tenta homeopatia. Acredita em acupuntura? Tenta. Agora não acredita em homeopatia, não acredita em acupuntura, não acredita em nenhuma outra coisa, então acho que é importante sim que vá procurar um psiquiatra. Por outro lado, às vezes a pessoa vem num grau de comprometimento que não adianta naquele momento, em função da crise em que está vivendo, não adiantaria essa medicina que a gente poderia chamar de alternativa. A pessoa precisa ser medicada com alopatria mesmo, em função da crise que está vivendo. E como eu tenho contato com psiquiatras, com acupuntaristas, com homeopatas, seu sempre troco idéias com os profissionais. Então, por exemplo, eu digo para o acupunturista: (...) ‘Olha o caso é assim, ‘cê acha que segura com acupuntura? - Não acho que é melhor primeiro a alopatria e depois a gente tenta ir tirando a medicação’. Então dá pra trocar idéias com os profissionais”.

Nota-se que, apesar das diferentes especialidades dos profissionais citados por P2, o participante coloca ainda a importância do diálogo entre os profissionais envolvidos.

Assim, temos que, além da preocupação em encaminhar o paciente a profissionais de confiança e com quem possam compartilhar idéias e discutir o caso, P1, P2 e P4 apontam ainda que, independentemente da linha teórica e do tipo de especialidade do profissional, existe um objetivo que norteia a relação dos profissionais: o respeito mútuo entre os profissionais e o bem-estar do paciente.

P1: “Nós (psicólogos, psiquiatras e neurologistas) trabalhamos em parceria visando sempre o bem-estar do paciente, visando sempre ajudar uma pessoa que nos procura porque está em sofrimento psíquico. É isso o que a gente tem que ver. E o que será melhor”.

P2: “A necessidade de você trabalhar de uma forma multi-disciplinar é muito legal. A experiência que tenho de poder ligar para um psiquiatra e falar ‘Socorro, a pessoa tá tendo isso, ela tá apresentando esse comportamento’. Então o psiquiatra poder te dar um retorno e dizer: ‘Estou alterando a medicação, será que não é por isso?’. Então é muito legal, acho que a gente não precisa ficar achando que a nossa verdade é a única verdade. E tem que ter acima de tudo respeito pelo paciente. Então, se o paciente te procurou e você percebe que não está dando conta (...) poder contar com outros profissionais, pedir ajuda (...), poder ter uma rede de profissionais que você confia e que confia em você (...). Hoje tá muito legal essa idéia de fazer um trabalho multi-disciplinar, isso não é só com o psiquiatra não. É com o gastro, é com o homeopata, é com acunpunturista, enfim, é muito legal, porque a gente sente que a gente faz parte de uma equipe que está pensando em um indivíduo. Então, além de dar

uma segurança para a gente, é muito melhor para o paciente porque os profissionais estão em sintonia, estão trabalhando em uma sintonia”.

P4: “Tem uma coisa que acaba sendo o norte da relação, que é a discussão mesmo do caso. Então, cognitivistas, behavioristas, psicanalistas... o caso demanda um olhar. E aí o respeito, e uma relação que pode ser uma relação de troca, vem a partir da discussão do caso ali mesmo. Então enquanto a discussão é teórica, a relação pode ser ridiculamente, fica parecendo até (...) uma relação meio adolescente com a questão. Então (...) quando você senta para discutir um caso, você tem ali um profissional com mais ou menos sensibilidade e aí a questão passa a ser outra: o uso que se faz da teoria para olhar o paciente que está (...) com uma demanda de um olhar para um sofrimento específico. A relação pode ser ridícula, de rixa, até que se senta para discutir o caso. Aí a questão é outra, a questão de dois profissionais conversando sobre uma pessoa, dois seres humanos conversando sobre outro ser humano (...). Só tem uma coisa que é o que importa, conversar com psicanalista, cognitivista, comportamental, tanto faz, vamos falar sobre o caso”.

P5: “Tanto o manejo da palavra quanto o manejo medicamentoso eles devem andar ali do lado e não deve andar em uma de ficar competindo com o psiquiatra com o neurologista, porque quando você compete com esses caras, você acredita que existe só um lugar, que é o lugar da análise, e não é por aí. Tem lugar pra todo mundo, tem lugar para o neurologista, tem lugar para o psiquiatra, tem lugar para analista”.

Deve-se ressaltar que, embora tenham colocado suas idéias em suas experiências clínicas quanto ao uso da medicação no tratamento, P1, P3, P4 e P5 enfatizaram, em algum momento da entrevista, que a maneira como o paciente reage à possibilidade de encaminhamento para a inserção da medicação no tratamento, os efeitos que se tem na

relação transferencial e a idéia do paciente sobre a medicação dependem do próprio paciente – de sua personalidade, de sua patologia e da relação transferencial estabelecida.

P1: “A relação que esse paciente estabelece com o médico, comigo, ou se isso interfere ou não, depende muito da estrutura da dinâmica da personalidade daquele paciente, porque do mesmo jeito que tem alguns que ficam felizes e dizem ‘nossa descobri a pílula da felicidade’, tem outros que fala ‘nossa, mas não vejo mais a hora de não ter que ir mais lá’”.

P3: “Isto (o significado da medicação para o paciente) só na hora que a gente vai ver, como que ele está vivendo isto. Isto no campo de investigação que é o que a gente vai ter que fazer, como é que foi para ele isto. Pra alguns, por exemplo, são bons, tem alguma coisa, trazem feedback positivo. Para outros a vivência não é esta porque justamente vai colocá-los em contato naquilo que realmente mais temem. Então vai depender de como ele vai poder vivenciar esta vivência, que aí, só com ele que a gente tem que saber”.

P4: “(O significado da medicação para o paciente) Depende do paciente (...). (O efeito na análise) Também depende do paciente (...). (A mudança na relação terapêutica) De novo, depende do paciente. Parece uma resposta fácil, mas não é. Não consigo pensar numa generalização, não dá”.

P5: “(A idéia do paciente sobre a medicação) Depende muito do valor, da crença, da ética do paciente. Depende muito do vínculo transferencial que você tem com ele”.

Dessa maneira, pode-se notar que, ainda que se possa pensar sobre os efeitos, a reação frente à possibilidade do uso medicamentoso e o significado desse uso, não se pode negligenciar aspectos subjetivos na avaliação dos dados acima expostos.

Diante da ênfase dos participantes dada à singularidade dos pacientes, nota-se o quanto a subjetividade, a singularidade e a experiência individual de cada paciente frente à promoção da indústria farmacêutica e do enfrentamento ou não de seus conflitos continuam a ser importantes aspectos para a avaliação da influência do uso medicamentoso na análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Se esta dor tão conhecida
me não vêm, porque não querem,
que farei para me crerem?*

Camões (1598)

A partir dos relatos tomados com os profissionais, constata-se a importância dos psicofármacos como auxiliares ao tratamento analítico. O uso medicamentoso, orientado por um profissional de confiança, pode auxiliar a escuta, percepção e orientação do sujeito, possibilitando a análise, em casos em que os sintomas do paciente apresentam-se exacerbados, impedindo-o da realização do trabalho analítico.

Destaca-se no discurso dos participantes que a introdução da medicação no trabalho analítico parece fortalecer a transferência: sentimentos transferenciais são despertados diante da possibilidade de medicação, confirmando assim afirmações de Knowlton (1997) e Powell (2001).

Ainda segundo os participantes, a resistência ao uso medicamentoso ainda se mostra presente nos pacientes, devido ao medo da dependência, ao “susto do psiquiatra” e ao conhecimento de efeitos adversos. No entanto, o manejo do analista quanto ao encaminhamento influencia a decisão pela adesão ao medicamento.

Embora diversos fatores sejam postos para a resistência, tais como efeitos colaterais, a adesão medicamentosa parece relacionar-se especialmente com a aceitação

da própria doença e não tanto com fatores externos apontados, confirmando dados de Leite e Vasconcellos (2001).

Na realidade, a reação do paciente e a adesão ao tratamento medicamentoso parecem relacionar-se principalmente à personalidade do paciente, à sua patologia e à relação transferencial estabelecida, confirmando novamente hipóteses de Leite e Vasconcellos (2001).

Os participantes notam que existe um maior empenho na busca por uma significação do sofrimento em pacientes que aderem à medicação. No entanto, o maior empenho no trabalho analítico também é percebido em pacientes que não aderem a medicação, indicando, assim, nesses pacientes, uma crença maior do paciente no trabalho analítico do que no tratamento medicamentoso.

Ainda que a suspensão do medicamento seja visada pelo paciente, existe, ainda assim, o receio da interrupção do uso.

Quanto aos quadros clínicos mais medicados, a depressão é o quadro predominante e os psicofármacos mais utilizados atualmente são os antidepressivos e ansiolíticos. Existe uma discordância quanto à predominância da síndrome do pânico e TOC no uso medicamentoso. Já os psicofármacos mais utilizados atualmente são os antidepressivos - confirmando dados estatísticos ingleses (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998 apud MONCRIEFF, 2001) - e os ansiolíticos.

As evidências acima apontadas vão ao encontro de grande parte daquilo relatado na literatura consultada. No entanto, para a avaliação de tais dados, a singularidade do paciente ainda é um importante fator a ser avaliado quando se discute sua reação e idéias ligadas ao uso medicamentoso.

No geral, segundo os psicólogos entrevistados, houve um aumento no uso medicamentoso. Tal aumento ocorreu após o desenvolvimento das drogas da nova

geração, com menos efeitos colaterais, assim como apontado por Moncrieff (2001). Esse fato pode ter impulsionado médicos à prescrição dos psicofármacos em uma amplitude maior de casos – tendo como consequência a generalização do uso da medicação. Juntamente a isso, a popularização dos diagnósticos psiquiátricos, que converte facilmente características humanas em patologia, e a idéia de “cura mágica” pela medicação podem ter impulsionado a prescrição e uso dos psicofármacos.

Existe, assim, um questionamento dos psicólogos quanto à adequação da prescrição dos psicofármacos e do aumento do uso. O clínico geral foi citado nesta pesquisa como agente prescritor do uso inadequado da medicação. Tal dado chama a atenção uma vez que o clínico geral é também o maior prescritor de psicofármacos, segundo literatura consultada (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994, MONTERO, 1994; NOTO et al, 2002).

Por outro lado, o trabalho multi-disciplinar também vem aumentando e, se antes médicos e analistas mostravam-se em oposição a um tratamento e outro, nos dias atuais, o trabalho de ambos os profissionais é valorizado reciprocamente também. Além da conscientização dos profissionais envolvidos, constata-se que, diante das condições hodiernas – de uma sociedade mais exigente e menos tolerante – houve o aumento da conscientização da pessoa na resolução de seu sofrimento e, dessa maneira, a busca pelo tratamento do sofrimento também aumentou.

Muito embora o aumento do uso medicamentoso tenha sido percebido na clínica analítica, não foi notado o uso inadequado e indeterminado, segundo as idéias apresentadas pelos participantes.

Diante das promessas dos medicamentos para abolição dos sintomas, percebe-se que a idéia promovida pela mídia de que os medicamentos possam devolver ao indivíduo sua plenitude pouco influencia na possibilidade do tratamento analítico. Na

realidade, nota-se que tal idéia não se encontra introjetada nos profissionais e pacientes e que o uso medicamentoso por parte dos profissionais mostra-se cauteloso, com fins de possibilitar a análise em lugar de substituí-la.

Dessa maneira, segundo o discurso dos participantes, não se nota o uso indiscriminado e generalizado dos psicofármacos, nem a idéia de cura mágica se mostra presente no discurso de profissionais ou pacientes. Pelo contrário, nota-se a seriedade no trabalho de psicólogos e médicos no cuidado ao bem-estar do paciente e uma certa resistência quanto ao uso medicamentoso por parte do paciente.

No entanto, tal constatação vai de encontro com as evidências de pesquisas realizadas por Rozemberg (1994) e Carvalho e Dimenstein (2001), que notaram o uso indiscriminado e indeterminado dos psicofármacos pela população e imprudência médica quanto à prescrição.

Tal discordância pode ser explicada pelas diferenças no objeto de pesquisa dos estudos: enquanto as pesquisas consultadas (ROZEMBERG, 1994; CARVALHO e DIMENSTEIN, 2004) tiveram como objeto de estudo usuários dos psicofármacos desligadas do processo analítico, o presente estudo teve como foco a visão dos analistas sobre o uso medicamentoso por seus pacientes. Essa diferença pode evidenciar um dado no uso medicamentoso entre os indivíduos: o uso indiscriminado dos psicofármacos existe em populações que não aderem ao trabalho analítico.

Uma vez que a presente pesquisa investigou a visão de psicólogos frente ao uso dos psicofármacos por seus pacientes, o que se pode pensar é que indivíduos que aderem ao trabalho analítico estão em busca do significado para seu sofrimento e a resolução de seus conflitos, em oposição à resolução imediata e mágica de seu sofrimento oferecida pela medicação.

Além disso, outra diferença notada em comparação com pesquisas sobre o uso indiscriminado dos psicofármacos é a questão da dependência e infantilização do indivíduo. Em indivíduos que usam a medicação de modo indiscriminado e indeterminado, nota-se a dependência da medicação, a tendência dos usuários a se infantilizar e a não se responsabilizar por seus conflitos (ROSEMBERG, 1994). A dependência do uso medicamentoso ocorre uma vez que esses indivíduos não buscam o significado subjetivo e os fatores sociais envolvidos.

Segundo os participantes da presente pesquisa, os pacientes em análise ainda apresentam resistência quanto ao uso da medicação e o medo da dependência. No entanto, conforme notado nesta pesquisa, quando o uso medicamentoso se faz necessário, a percepção da dependência e a adesão à medicação vinculada ao processo analítico podem ser apontadas como fatores positivos uma vez que, conforme Leite e Vasconcellos (2003) afirmam, a adesão ao tratamento medicamentoso relaciona-se à aceitação da própria patologia. Em tratamento analítico, o paciente busca o significado para os seus conflitos – diferentemente dos indivíduos que não aderem à terapia – e logo, podem desligar-se do uso medicamentoso, possibilitando-o a significar suas experiências e a responsabilizar-se por seus conflitos.

Por outro lado, deve-se lembrar que os pacientes das clínicas dos participantes da pesquisa estão sendo assistidos – como evidenciado na pesquisa - por profissionais preocupados com o bem-estar do paciente e, dessa maneira, não existe espaço para o uso indiscriminado da medicação.

Deve-se ressaltar também que os participantes da presente pesquisa foram indicados por pessoas vinculadas à universidade e, dessa maneira, pesquisas realizadas com profissionais desligados de instituições de ensino poderiam evidenciar outros resultados.

Pode-se notar, dessa maneira, que, muito embora o uso indiscriminado dos psicofármacos exista, este não altera o cenário analítico: pacientes que buscam a resolução e significação de seus sofrimentos buscam a análise, indivíduos que não aderem à análise buscam a cura mágica, ou seja, o consumo da medicação.

Ainda assim, não se pode afirmar que a idéia de cura mágica do sofrimento possa estar presente na população em que o trabalho analítico não esteja sendo realizado uma vez que, em sua pesquisa, Carvalho e Dimenstein (2001) constataram em sua amostra que, juntamente com o sentimento de dependência do uso medicamentoso, existem tentativas de desvinculação da medicação.

Pode-se pensar, em todo caso, que a busca pela resolução do sofrimento esteja, de alguma forma, presente e que, uma vez que o indivíduo sente a dependência da medicação e tentativas de suspensão são feitas, a idéia de cura mágica não existe nem em pacientes que não aderem à análise, nem naqueles que a ela aderem - e que a idéia de cura mágica pela medicação seja apenas um mito.

De qualquer maneira, a forte presença do discurso médico e falta de informação da população quanto aos possíveis meios de resolução de problemas também podem influenciar pela busca do uso dos psicofármacos ao invés de psicoterapia.

Dado que, de acordo com os discursos dos participantes, o presente estudo não notou o uso indiscriminado na população em tratamento analítico, futuras pesquisas realizadas com clínicos gerais – os maiores prescritores de psicofármacos –, psiquiatras e outras especialidades médicas, e com pacientes que se encontram desligados do processo psicoterápico poderiam explicar o aumento do uso - indiscriminado ou não – dos psicofármacos e as idéias vinculadas a eles. Da mesma forma, pesquisas realizadas com pacientes em tratamento analítico podem evidenciar melhor o que estes indivíduos pensam sobre os psicofármacos.

Ainda que haja um questionamento de alguns pesquisadores (ROUDINESCO, 2000; FAGUNDES, 2001; MENDES e PRÓCHNO, 2004) quanto ao destino da psicanálise na atualidade, quanto à possibilidade do trabalho analítico frente às atuais condições sociais – de instabilidade e resolução imediata dos problemas – juntamente com a promoção dos psicofármacos pela indústria farmacêutica, tal questionamento mostra-se parcial uma vez que os fatores subjetivos não são levados em conta nessa discussão.

Como foi evidenciado nesta pesquisa, ainda que as atuais condições sejam facilitadoras para a propagação do uso indiscriminado dos psicofármacos, ainda assim existe a procura pelo tratamento analítico e a decisão pela cura imediata dos problemas pela medicação ou o enfrentamento do sofrimento dependerá da subjetividade do indivíduo e da relação que este tem com o contexto no qual se insere. A crença ou não na cura mágica para o sofrimento não se liga meramente às condições sociais e à promoção dos psicofármacos, mas também se relaciona intimamente com a singularidade de cada indivíduo e seu histórico de vida.

Observa-se que, na discussão da psicanálise na atualidade, em defesa da singularidade do indivíduo, criticou-se o desenvolvimento da indústria farmacêutica e a idéia atribuída aos psicofármacos - e sua promoção e as condições sociais favoráveis para o consumo do medicamento, em substituição do trabalho analítico. No entanto, a grande ênfase dada à indústria farmacêutica acabou por negligenciar a subjetividade do indivíduo: qual o efeito das atuais condições sociais - e da promoção dos psicofármacos - na subjetividade, no desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo?

Além do desenvolvimento da indústria farmacêutica e de suas promessas, deve-se pensar qual efeito desses fatores sociais – tal como a instabilidade, a falta de tempo e a exigência de superação dos próprios limites – sobre o indivíduo, em sua subjetividade

e a possibilidade de amadurecimento pessoal num mundo em que mercadorias e meios mágicos de resolução de problemas lhe são oferecidas. E, finalmente, questionar como a psicanálise pode sustentar a demanda desse novo sujeito que se encontra com a vida interior esvaziada e com impossibilidade de narrar a própria história.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F.; PEPE, V.L.E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, s/p, 1994.

BARROS, J. A.; JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 891-898, 2002.

BUSCH, F. N.; MALIN, B.D. Combining psychopharmacology, psychotherapy and psychoanalysis. **Psychiatric Times**, v.15, n. 5, s/p, 1998.

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CAMÕES, L. V. **Redondilhas, de Luiz de Camões**. Disponível em: <http://www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/autores/camoes/redondilhas/redondilhas_texto.html>. Acesso em 29 outubro de 2005.

CARVALHO, L.F; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.1, p. 121-129, 2004.

CUGURRA, F. Conseguenze dell'uso prolungato di psicofarmaci. **Clinica Terapeutica**,v.145, n.10, p.267-276, 1994.

EELLS, T. D. Psychotherapy versus medication for unipolar depression. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, vol.8, n.2, p. 170-173, 1999.

FAGUNDES, J.O. Principais contestações à psicanálise na atualidade. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 35, n.3, p. 599-615, 2001.

FREY, B.N; MABILDE, L.C; EIZIRIK,C.L. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.2, p.113-123, 2004.

GABBARD, G.O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV**. 2. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1994.

GREENBERG, R. Commentary: Qualms about Balms: perspectives on antidepressants. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.189, n.5, p.296-297, 2001.

GUZ, I. Insucessos em psicofarmacoterapia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 31, n.6, p.369-372, 1982.

KATZ, P. **The role of the psychotherapies in the practice of psychiatry**. Disponível em: <www.cpa-apc.org/Publications/Position_Papers/practice.asp>. Acesso em: 27 de julho de 2005.

KNOWLTON, L. Psychoanalysis and pharmacotherapy – Incompatible or synergistic? **Psychiatric Times**, v.14, n.6, s/p, 1997.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.775-782, 2003.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v.17, p.500-503, 1983.

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.64-67, 1987.

LUCAS, R. Managing depression – analytic, antidepressants or both? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.25, n.2, p.274-282, 2003.

MARIANI, L. I farmaci del “benessere”. Farmaci e biotecnologie come strumenti di una libera programmazione dell’uomo? **Clinica Terapeutica**, v.149, n.5, p. 361-363, 1998.

MASTROIANNI, P.C.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.3, p.146-155, 2003.

MENDES, E. D.; PRÓCHNO, C. C. Corpo e novas formas de subjetividade. **Psyché**, v.8, n.14, p.147-156, 2004.

MONCRIEFF, J. Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressant trials. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.189, n.5, p.288-295, 2001.

MONTAGNE, M. Patient drug information from mass media sources. **Psychiatric Times**, v.19, n.5, s/p, 2002.

MONTERO, F. Uso racional de psicofármacos y papel de la comunicación social. **Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina**, v.40, n.2, p. 127-137, 1994.

NASIO, J.D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

NOTO, A.R. et al. Analysis of the prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.2, p.68-73, 2002.

POSSOBON, R. F. et al. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.19, n.1, p.59-64, 2003.

POSSOBON, R. F. et al. O comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, p.29-35, 2004.

POWELL, A. D. The medication life. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v.10, n.4, p.217-222, 2001.

RACY, J.C. Integration of psychotherapy and pharmacotherapy. **Psychiatric Times**, v.12, n.6, s/p, 1995.

REIS FILHO E. **Psicanálise e psicofármacos**. Disponível em: <www.sedes.org.br/Departamentos/formacao_psicanalise/psicanalise_psicofarmacos.htm>. Acesso em 6 de abril de 2005.

RIBA, M.B. Can a split-treatment model work? **Psychiatric Times**, v.19, n.7, s/p, 2002.

ROCHA, G. P. et al. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. **Jornal de Pediatria**, p. 45-55, 2004.

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

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n.4, p. 300-3008, 1994.

SARACENO, B. Los psicofármacos en una perspectiva de salud pública. **Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina**, v.40, n.1, p.63-68, 1993.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VELLIGAN, D.L. et al. Perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications. **Psychiatric Services**, v. 54, n. 5, p.665-667, 2003. Disponível em: <<http://psychservices.psychiatryonline.org>>. Acesso em 20 de agosto de 2005.

WINNICOTT, D.W. **Tudo Começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Anexos

Anexo A

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Iniciais _____

Sexo () Masculino () Feminino

Idade _____

Em que ano concluiu a graduação? _____ Onde? _____

Qual orientação? _____

Qual abordagem teórica? _____

Cursos pós-graduação realizados: _____

Quantos anos de atuação clínica? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a sua idéia sobre os psicofármacos?
2. Qual é o papel dos medicamentos na terapia?
3. Você costuma encaminhar pacientes para psiquiatras ou neurologistas? Em que casos se encaminha? Houve aumento no encaminhamento a psiquiatras/neurologistas?
4. Recebe encaminhamentos de outros profissionais?
5. Quais quadros clínicos que mais são/necessitam ser medicados?
6. Houve aumento no uso de medicamentos? Quais são os medicamentos mais utilizados?
7. Qual é o significado dos medicamentos ao paciente?
8. Quais os efeitos dos medicamentos ao paciente e à terapia?
9. Qual é a visão/reação dos pacientes sob os medicamentos e possível medicação? Existe aceitação em ser medicado?
10. Em que casos o paciente não aceita ser medicado? O que se faz nesses casos? Por que não há aceitação?
11. Quando a medicação é suspensa? Em que casos? A suspensão do medicamento é sempre aceita? Em que casos o paciente não aceita a interrupção?
12. Quais são os efeitos da suspensão da medicação sob a terapia? O que significa ao paciente estar sem medicação?

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre a medicação no tratamento

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, endereço _____,
telefone _____, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob responsabilidade da pesquisadora Dra. Ana Lúcia Gatti, membro do Curso de Psicologia.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo da pesquisa é verificar de que maneira os profissionais que atuam em psicoterapia de orientação psicodinâmica compreendem o uso de medicação, quando se valem dela e quais as contribuições e dificuldades que esta oferece ao atendimento.
- 2) Durante o estudo será realizada entrevista, gravada em áudio, cujo conteúdo será, posteriormente, transcrito.
- 3) Minha participação não acarretará qualquer tipo de benefício pessoal.
- 4) Esta pesquisa é de risco mínimo. Poderei ter conhecimento dos resultados tão logo seja concluída.
- 5) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.
- 6) Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa
- 7) Meus dados serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada.
- 8) Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, através do telefone (11) 6099-1999 – Comitê de Ética.

- 9) Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Dra. Ana Lúcia Gatti, sempre que julgar necessário, pelo telefone (11)578-8697.
- 10) Este Termo de Consentimento é feito em duas vias; uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Nome e assinatura do Voluntário

Ana Lúcia Gatti
orientadora