

“TEM UM DRAGÃO NA GARAGEM DO PSIQUIATRA!”: CIENTIFICISMO E CONFLITO DE INTERESSES NOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL

Paulo Rogério Moraesⁱ

RESUMO. Atualmente, a cientificidade dos critérios diagnósticos em saúde mental e as teorias da psiquiatria biológica são alvo de intenso debate nos meios acadêmicos. A despeito do refinamento metodológico da psicofarmacologia básica, evidências sugerem que a predominância do emprego de procedimentos psicofarmacoterapêuticos no campo da saúde mental é a versão atual do histórico misticismo que envolve a compreensão e o tratamento das doenças mentais. Em 1952, a APA (*American Psychiatry Association*) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) no qual eram apresentados os critérios diagnósticos para 106 diferentes categorias de transtornos mentais. Desde então, o número de categorias diagnósticas só aumentou e, em 2010, Carol Bernstein, então presidente da APA, reconheceu que a criação de facilidades para o diagnóstico de psicopatologias pelos os clínicos se deu pela necessidade de ligar os pacientes aos tratamentos farmacológicos disponíveis. Também se discute implicações bioéticas da introdução das facilidades de diagnóstico com a finalidade de justificar a prescrição de drogas psicotrópicas.

PALAVRAS-CHAVE: psiquiatria biológica, transtornos mentais, psicofarmacologia, bioética

54

A capacidade de compreender o comportamento dos demais membros do grupo é uma tarefa de importância vital para animais sociais e a função adaptativa da habilidade de conhecer e interpretar o comportamento das outras pessoas parece explicar parte do fascínio que os seres humanos têm pelos comportamentos dos seus semelhantes, particularmente os comportamentos incomuns ou perturbadores. Evidências arqueológicas e documentais demonstram que, ao longo da história, os seres humanos buscaram compreender os comportamentos atípicos apresentados por alguns indivíduos e, desde a Antiguidade, as sociedades empregam diferentes denominações, tratamentos ou modos de controle para lidar com os indivíduos que apresentam comportamentos que fogem à normalidade estatística do grupo.

Durante a maior parte da história da humanidade, as condições mentais ou comportamentais desviantes foram explicadas por meio de ideias místicas como, por exemplo, o movimento dos corpos celestes ou os efeitos de poderes divinos ou de espíritos malignos. As primeiras teorias que explicam os transtornos mentais e os comportamentos anormais em bases empíricas surgiram somente no século IV antes da era cristã, quando Hipócrates afirmou que a mente estaria localizada no cérebro e explicou o comportamento anormal como o resultado do desequilíbrio de um dos quatro fluídos corporais. Apesar de o clero romano ter adotado algumas das ideias do médico Galeno (130 – 200 d.C.) que, além da formalizar as ideias de Hipócrates acerca da disfunção humoral, acrescentou que os comportamentos anormais poderiam ter origem psicológica, a possessão demoníaca passou a ser o fator causal para os comportamentos anormais durante a Idade Média (Bares e Arrieta, 2005, Gazzaniga e Heatherton, 2005).

Na história da psiquiatria moderna se observa uma oscilação entre uma perspectiva organicista e uma mentalista para explicar as causas dos comportamentos e fenômenos mentais perturbadores. As explicações biológicas predominaram ao longo da segunda metade do século XIX e, talvez motivados pela determinação de um lócus encefálico para uma função mental complexa, feita pelo neurologista Paul Broca em 1861, os psiquiatras passaram a buscar lesões cerebrais macro ou microscópicas capazes de explicar as psicoses e neuroses. Ao longo da primeira metade do século XX, os psiquiatras adotaram as ideias de Sigmund Freud e os traumas inconscientes, conflitos libidinosos e o complexo de Édipo substituíram as lesões encefálicas como causadoras das neuroses, psicoses ou melancolia. Graeff (2006), muito sugestivamente, chama esses dois períodos de “psiquiatria desalmada” e “psiquiatria descerebrada”, respectivamente.

Além de variar ao longo do tempo, as concepções acerca do que são comportamentos perturbadores e de como lidar com tais comportamentos também apresentam grande variação intercultural. Os conceitos psicopatológicos são fortemente dependentes do contexto cultural e comportamentos e fenômenos mentais tidos como normais em uma dada cultura podem ser avaliados como desviantes em outra. Os estudos da etnopsiquiatria demonstram que os métodos de controle e tratamento utilizados para lidar com os indivíduos que apresentavam

comportamentos desviantes são bastante variados nas diferentes sociedades humanas e que os aspectos socioculturais são fatores que contribuem para a formação de diferentes concepções e percepções acerca da etiologia e terapêutica para dos transtornos mentais (Gonçalves, 2004).

Este artigo faz uma revisão acerca dos critérios empregados para o diagnóstico dos transtornos mentais e discute a cientificidade das condutas clínicas fundamentadas nas teorias da psiquiatria biológica associadas aos critérios diagnósticos propostos pela *American Psychiatric Association* (APA). Por meio da revisão da história recente da classificação diagnóstica em psiquiatria e do surgimento das teorias biológicas para os transtornos mentais, pretende-se levantar pontos para a compreensão da mudança radical do paradigma clínico e científico em saúde mental observada a partir da “revolução psicofarmacológica” na segunda metade do século XX.

Classificação dos transtornos mentais

Na segunda metade do século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) introduziu o método clínico na psiquiatria e propôs a classificação dos transtornos mentais com base no padrão e evolução dos sintomas característicos de cada patologia. Apesar de diferentes culturas humanas terem desenvolvido teorias e tecnologias eficazes para lidar com o comportamento anormal, a sistematização diagnóstica proposta por Kraepelin foi um marco na história da psiquiatria e, em 1917, o seu método clínico-descritivo/evolutivo foi adotado pela Comissão Nacional de Higiene Mental dos Estados Unidos em conjunto com a *American Medico-Psychological Association* (atual APA) para classificar os transtornos mentais.

A Organização Mundial de Saúde publicou a sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6) em 1948, no qual elencou pela primeira vez os transtornos mentais (APA, 2012, Scotti e Morris, 2000). Em 1950, foram enviados questionários para cerca de 10% dos membros associados da APA para que estes enviassem comentários acerca das categorias propostas pelo comitê. Depois de receber e avaliar as respostas de 46% dos questionários enviados, a APA publicou a primeira versão do manual no qual eram apresentados os critérios diagnósticos para

106 diferentes categorias de transtornos mentais (Scotti e Morris, 2000). De acordo com Gazzaniga e Heatherton (2005), a ideia de categorizar os transtornos mentais só foi adotada oficialmente em 1952, com a publicação da primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM).

Na segunda metade da década de 1960, a APA designou um comitê formado por oito membros que adotaram a classificação e o texto descritivo de diversas patologias para a seção de transtornos mentais da oitava versão do manual de classificação diagnóstica da Organização Mundial da Saúde (OMS). Mesmo envolvida na revisão da seção de transtornos mentais do CID-8, a APA publicou a segunda versão do seu manual diagnóstico e aumentou para 182 o número de transtornos mentais catalogados (APA, 1968). Tanto no DSM-I quanto no DSM-II existia a predominância das concepções psicodinâmicas dos transtornos mentais

Dunker e Kyrillos Neto (2011) afirmam que os críticos reconheciam uma síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada nas páginas das duas primeiras versões do DSM. De modo geral, os sintomas não eram especificados com detalhes nos transtornos listados, que eram apresentados como reflexos de grandes conflitos intrapsíquicos subjacentes ou como reações maladaptativas aos problemas da vida. Além disso, nas duas primeiras versões do DSM as descrições dos distúrbios eram breves e gerais, o que favoreceu seu uso na manutenção de registros, mas teve pouca influência sobre a prática clínica, educação ou pesquisa em psiquiatria (Spitzer, 2001).

A confiabilidade e validades dos DSM-I e DSM-II foram questionadas, pois as descrições dos diagnósticos não estavam adequadamente detalhadas, estavam fundamentadas em ideias da psiquiatria social e da psicologia psicodinâmica, além de refletir o ponto de vista de um pequeno número de acadêmicos (Mayes e Horwitz, 2005). Os conflitos políticos e os consequentes encaminhamentos dados pela APA na publicação da sétima edição do DSM-II ilustram como a cientificidade dos critérios contidos no DSM são passíveis de alterações que independem de aspectos ontológicos ou epistemológicos subjacentes à definição do que é ou não uma doença mental. Conforme descrito por Bayer (1987), os protestos de ativistas dos direitos dos homossexuais contra a APA começaram em 1970 e, durante a convenção

realizada na cidade de São Francisco, ativistas interromperam a conferência com alto-falantes e ridicularizaram os psiquiatras que concebiam a homossexualidade como uma desordem mental. Um dos desdobramentos práticos de protestos semelhantes foi a exclusão da homossexualidade como categoria diagnóstica na sétima edição do DSM-II. Logo após, um grupo de psiquiatras realizou uma pesquisa na qual 37% dos psiquiatras entrevistados se posicionaram contrários à mudança, acusando a APA de sacrificar princípios científicos em prol dos direitos civis (Epstein, 2009). Em resposta à pressão interna, na edição de 1974 o diagnóstico resurge sob o eufemismo de “distúrbio de orientação sexual” e é criada a categoria “homossexualidade egodistônica”, na qual se enquadram as pessoas que vivenciam a orientação homossexual de maneira conflitiva.

Os trabalhos para a publicação de terceira revisão do manual começou em 1974 e o professor de psiquiatria da Universidade de Columbia, Robert Spitzer, foi escolhido para coordenar o grupo de peritos responsáveis pela nova versão do DSM. Spitzer, que já havia participado do grupo que fez a revisão de 1968, afirmou que o manual seria uma defesa do modelo médico aplicado à psiquiatria (Angell, 2011). Em 1977, o diretor médico da APA, Melvin Sabshin, declarou que era fundamental apoiar o esforço vigoroso para fazer com que o tratamento dos transtornos mentais voltasse a ter características essencialmente médicas. Nas palavras de Sabshin, era necessário “remedicalizar a psiquiatria” (Whitaker, 2010).

As teorias e as práticas da psiquiatria sempre foram alvo de críticas e questionamentos acerca da cientificidade e validade dos resultados oferecidos. Embora os psicofármacos já fossem utilizados, com o insucesso na busca das lesões cerebrais causadoras dos transtornos mentais, até a década de 70 do século passado, no campo teórico da psiquiatria prevaleceram as concepções psicodinâmicas e o principal tratamento oferecido eram as diferentes modalidades de psicoterapia fundamentadas na concepção de que os transtornos mentais são causados por conflitos intrapsíquicos. No início de 1980, a APA publicou o DSM-III e rápidas transformações nas teorias e nas práticas clínicas em saúde mental ocorreram desde então (Mayes e Horwitz, 2005). A terceira edição do DSM provocou uma importante mudança de paradigma no diagnóstico em saúde mental, mas não foi produto da sofisticação ou aumento dos conhecimentos científicos

acerca da etiologia ou fisiopatologia dos transtornos mentais nem do crescente conhecimento teórico acerca do modo de ação farmacológica de diferentes drogas. Para o professor de psiquiatria da Universidade de Harvard, George Vaillant, que entre 1983 e 1987 participou do grupo de trabalho para a revisão do DSM-III, a terceira versão do DSM representou “uma audaciosa série de escolhas baseadas em palpite, gosto, preconceito e esperança” (Angell, 2011). Isto coloca em dúvida a cientificidade das pesquisas que empregam os critérios diagnósticos propostos pela APA.

Com os argumentos de trazer coerência e confiabilidade aos métodos diagnósticos psiquiátricos e garantir que diferentes profissionais que avaliassem o mesmo paciente concordassem com o diagnóstico, a APA justificou o aumento de quase 70% no número de categorias diagnósticas que, das 182 da edição anterior, alcançou os 265 diagnósticos no DSM-III. A despeito da ausência de rigor científico que caracterizou a sua elaboração, o DSM-III permitia que o psiquiatra definisse o diagnóstico de um paciente por meio de uma lista de sintomas e limites numéricos e logo teve seu uso popularizado, não apenas entre os médicos psiquiatras, mas também entre as companhias de seguros, hospitais, tribunais, prisões, escolas, pesquisadores, agências governamentais e médicos de todas as especialidades (Angell, 2011). A tendência à padronização dos diagnósticos psiquiátricos foi o resultado de um conjunto de fatores interrelacionados e a facilidade diagnóstica favoreceu a adoção do DSM como principal parâmetro para as decisões clínicas de muitos psiquiatras (Mayes e Horwitz, 2005). Em 2010, Carol Bernstein, então presidente da APA, reconheceu que a criação de facilidades para o diagnóstico de psicopatologias pelos os clínicos se deu pela necessidade de ligar os pacientes aos tratamentos farmacológicos disponíveis, isto é, facilitou-se o diagnóstico para justificar o uso de drogas psicotrópicas pelos pacientes (Angel, 2011).

Desde o início da era psicofarmacológica, precursores do movimento que ficou conhecido como anti-psiquiatria lançavam dúvidas quanto a cientificidade dos procedimentos e teorias que estavam sendo adotadas pelos médicos psiquiatras. Szasz (1961) sustentou a ideia de que o conceito de doença mental é um mito usado pela psiquiatria para atuar como “polícia moral” e rotular os problemas da vida como transtornos mentais. No intervalo de poucas décadas, as doenças mentais

deixaram de serem amplas entidades etiológica e fenomenologicamente definidas em um *continuum* entre normalidade e disfunção, de ocorrência episódica e tratáveis por meio de intervenções psicoterápicas para se tornarem doenças categóricas, de curso crônico e tratáveis preferencialmente com drogas psicoativas.

Em 1994, foi publicada a maior revisão já feita no manual de diagnóstico da APA e, embora o sistema diagnóstico da OMS seja utilizado em muitos países, atualmente os critérios do DSM-IV e a sua revisão textual (DSM-IV-TR, publicado em 2000) são os textos mais referenciados nas pesquisas em saúde mental. Além disso, esta versão do DSM se tornou uma das principais fontes de renda da APA e já ultrapassou a marca de 1 milhão de exemplares vendidos. Profissionais e pesquisadores de diferentes especialidades ligadas à saúde mental e neurociências utilizam o DSM-IV-TR em suas atividades clínicas ou de pesquisa.

Desde 1999, a APA prepara uma nova versão do DSM e a força-tarefa responsável pela discussão, planejamento e preparação do DSM-V é composta por 140 especialistas, dos quais 70% têm relações com a indústria farmacêutica. A nova versão do DSM deverá ser publicada em 2013 e especula-se que haverá um aumento no número de transtornos catalogados, além da ampliação dos limites diagnósticos, da inclusão de distúrbios completamente novos e do uso da expressão “espectro” para ampliar algumas categorias diagnósticas. O presidente da comissão responsável pela elaboração do DSM-IV, Allen Frances, afirmou que a próxima edição do DSM será uma “mina de ouro para a indústria farmacêutica” (Angell, 2011).

Psicofarmacologia e psicofarmacoterapia

A relação dos seres humanos com substâncias que produzem alterações nos comportamentos, percepções, estados de humor e em outros fenômenos mentais é tão antiga quanto a própria espécie. No entanto, o desenvolvimento da psicofarmacologia como uma disciplina científica fundamentada em pesquisas sistemáticas e bem controladas para investigar os efeitos de substâncias químicas sobre os comportamentos e outros fenômenos mentais só foi possível após avanços técnicos da química orgânica básica (Lehmann, 1993). Os primeiros experimentos

que investigaram os efeitos de drogas sobre funções mentais simples foram realizados no final do século XIX no laboratório de psicologia experimental de Wilhelm Wundt e conduzidos por um dos seus ex-alunos, Emil Kraepelin – que batizou esta nova área de estudo como *famacopsicologia* (Bares e Arrieta, 2005). Mesmo com o destaque dado por Kraepelin e outros importantes autores como Sigmund Freud ou Willian James ao estudo dos processos mentais, a ascensão do paradigma comportamentalista e o rechaço ao método introspectivo na investigação psicológica resultaram em um lapso nas investigações psicofarmacológicas (Healy, 1993). Este hiato observado na primeira metade do século XX nos estudos psicofarmacológicos só não foi completo graças aos trabalhos realizados com animais pelo farmacologista D.I Match e colaboradores ao longo da década de 20 e pela publicação do livro “*Phantastica*”, no qual o toxicólogo Louis Lewin apresenta a descrição de plantas e compostos sintéticos empregados em diferentes lugares do mundo por causa dos seus efeitos psicoativos (Lehmann, 1999. Bares e Arrieta, 2005).

Embora os conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia cerebral tenham apresentado um grande incremento no final do século XIX e de estudiosos como Freud e Kraepelin terem demonstrado interesse pelas bases biológicas dos transtornos mentais, até o início dos anos 40, os recursos diagnósticos, o arsenal terapêutico e os modelos explicativos para os transtornos mentais não tinham a neuroquímica cerebral como foco. Até a primeira metade do século XX, os psiquiatras apoiavam-se em somente duas grandes teorias para explicar as neuroses e os transtornos de personalidade: a teoria psicanalítica freudiana e nos achados experimentais de Pavlov e Skinner acerca de condicionamento e aprendizagem (Lehmann, 1993). Foi somente após a descoberta acidental dos efeitos psicoativos da dietilamida do ácido lisérgico (LSD) que os psiquiatras passaram considerar com maior ênfase a relação dos fenômenos mentais atípicos com alterações na química cerebral.

Em 1943, o químico suíço Albert Hofmann relatou os profundos efeitos que quantidades ínfimas de LSD produzem sobre o psiquismo humano sem alterar significativamente outras funções orgânicas e despertou o interesse dos psiquiatras pela farmacologia aplicada aos fenômenos mentais (Hofmann, 1980). No final da

década de 40, clínicos relataram suas observações casuais acerca do comportamento de pacientes que recebiam medicamentos para o tratamento de morbidades não psiquiátricas e, pouco tempo depois, surgiram as primeiras hipóteses que relacionavam os sintomas psiquiátricos a alterações químicas no sistema nervoso. Entre 1954 e 1957 foram lançados no mercado norte-americano medicamentos que atenuavam alguns dos sintomas da ansiedade, da psicose e da depressão que, na época, eram as três principais entidades nosológicas da psiquiatria (Bares e Arrieta, 2005).

A partir da introdução dos ansiolíticos benzodiazepínicos, que são drogas capazes de reduzir os sintomas subjetivos da ansiedade sem os perigos farmacológicos dos barbitúricos até então disponíveis, o uso desta categoria de ansiolítico atingiu níveis muito elevados nas décadas de 60 e 70 e motivou o Congresso dos Estados Unidos a instaurar uma comissão para apurar as condições de uso de medicamentos ansiolíticos naquele país (Graeff, 1989). Após o lançamento comercial do cloridrato de fluoxetina (Prozac®), houve uma campanha mundial para conscientizar os profissionais de saúde acerca do problema de sub-diagnóstico e consequente sub-tratamento dos quadros depressivos. Na última década do século XX, a prescrição de antidepressivos aumentou entre 4 e 10 vezes em diferentes grupos etários e países (Jureidini & Tonkin, 2006).

A mudança do paradigma psicoterápico para uma conduta predominantemente farmacológica na prática psiquiátrica coincidiu com o surgimento das primeiras teorias neurobiológicas sobre os transtornos mentais (Angell, 2011). Tomando como exemplo a introdução dos medicamentos antidepressivos, os primeiros estudos que investigaram os aspectos neurofisiológicos subjacentes aos transtornos de humor fundem-se com descobertas casuais dos efeitos comportamentais de algumas substâncias usadas originalmente no tratamento da tuberculose. A partir dos conhecimentos acerca dos modos de ação farmacológica das substâncias com efeitos comportamentais e a descoberta de que os sintomas da depressão poderiam ser tratados com substâncias que exercem seus principais efeitos sobre sistemas específicos da neurotransmissão química, houve um aumento no número de estudos sistemáticos que investigavam as

alterações neuroquímicas associadas à fisiopatologia dos transtornos de humor (Morais, 2004).

Entre as décadas de 1950 e 1980, as teorias biológicas foram amplamente divulgadas e aceitas pelos meios de comunicação e pelo público em geral. A campanha publicitária feita para o lançamento da fluoxetina em 1987, divulgava o produto como um corretivo para os níveis de serotonina no cérebro (Angell, 2011). Apesar de ser impossível determinar com certeza as bases neurobiológicas dos distúrbios psiquiátricos (Kandel, Schwartz e Jessell, 2003), desde a introdução da psicofarmacoterapia, a conduta clínica adotada por muitos psiquiatras parece se sustentar na crença de que os transtornos mentais são causados por desequilíbrios químicos do sistema nervoso central.

Conflito de interesses

O conflito de interesses, também chamado de compromisso duplo ou conflito de lealdade, ocorre quando as ações dos envolvidos na elaboração do artigo ou no processo editorial são enviesadas em função de suas relações pessoais ou financeiras (ICMJE, 2007). Uma definição mais ampla é dada por Thompson (1993): o conflito de interesse caracteriza-se por um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário (como, por exemplo, o rigor metodológico da pesquisa ou a qualidade de vida do paciente) tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário (como, por exemplo, benefícios financeiros ou outros ganhos subjetivos). Apesar da alardeada objetividade científica, até mesmo os cientistas têm sua capacidade de julgamento prejudicada quando suas decisões podem afetar os seus interesses pessoais ou econômicos. Como afirmou o astrofísico Carl Sagan: “também os cientistas mentem por dinheiro” (Sagan, 1998: 206).

Ao investigar as relações financeiras de indústrias farmacêuticas com importantes pesquisadores do campo psiquiátrico e com a própria estrutura de financiamento da APA, uma comissão parlamentar de inquérito norte-americana concluiu que cerca de 30% do orçamento da principal entidade psiquiátrica dos Estados Unidos era proveniente da indústria farmacêutica, através do patrocínio de

periódicos científicos, congressos e simpósios (Mendlowicz, 2008). Além disso, TODOS os consultores responsáveis pelas seções sobre os transtornos de humor do DSM-IV tinham vínculo financeiro com a indústria farmacêutica (Angell, 2011). Tais fatos geram sérias dúvidas sobre a validade científica dos critérios diagnósticos para depressão, por exemplo. Seriam os sintomas listados no DSM realmente as características fundamentais de uma condição de humor que requer cuidados especializados ou não passam de um rol de fenômenos comportamentais mediados pelos sistemas neuroquímicos afetados pelas drogas chamadas de antidepressivas?

As evidências sugerem que a extensão das ações das empresas farmacêuticas que produzem as drogas usadas em psiquiatria compromete diretamente os processos de diagnóstico e tratamento dos quadros de sofrimento mental (Kirsch, 2010, Whitaker, 2010). Desde a década de 70 já existiam indícios da relação de interesse da indústria farmacêutica com os profissionais de psiquiatria. Até o final da década de 60, os psiquiatras eram os “parentes pobres” da medicina e, em meados da década de 70, as indústrias farmacêuticas passaram a tratar estes profissionais de forma diferenciada, oferecendo atenção e generosidades aos psiquiatras. Carlat (*apud* Angell, 2011) aponta que fatores como a subjetividade diagnóstica, a flexibilidade dos critérios diagnósticos e a relativa falta de parâmetros racionais que justifiquem a escolha da droga desta ou daquela empresa fazem com que a classe dos psiquiatras seja particularmente assediada pelos laboratórios que desejam vender seus produtos.

É prática corrente das empresas que vendem drogas psicoativas oferecer diferentes benefícios aos psiquiatras. Presentes e amostras grátis, contratos para consultorias e palestras, ajuda financeira para a participação em congressos, subsídios para as reuniões da APA e de outros eventos da psiquiatria, são algumas estratégias usadas pela indústria farmacêutica para conquistar a simpatia e, eventualmente, a lealdade cega de muitos psiquiatras. Dos 170 colaboradores da quarta versão do DSM, 95 tinham vínculo financeiro com empresas que produzem medicamentos psiquiátricos. Todos os colaboradores das seções sobre humor e esquizofrenia tinham vínculo financeiro com a indústria farmacêutica (Angell, 2011). Além de agradar a classe médica, as empresas que vendem drogas psicoativas também financiam grupos em defesa dos pacientes e organizações educacionais.

Neste caso, os grupos e organizações não governamentais que têm a proposta de conscientizar a opinião pública acerca dos transtornos mentais, funcionam como meio de promoção de determinados medicamentos e a propagação da crença de que o uso de drogas é o melhor tratamento para os transtornos mentais.

O assédio das indústrias farmacêuticas aos psiquiatras pode ter efeitos imprevisíveis no médio prazo, uma vez que incentivam o uso de drogas psicoativas também em grupos vulneráveis para os quais não existem evidências de segurança ou de eficácia que justifique o uso de medicamentos. Segundo Angell (2011), 10% dos meninos com 10 anos de idade tomam algum psicoestimulante para tratar supostos sintomas do questionável diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), o número de crianças com diagnóstico de transtorno bipolar infantil e tratadas quimicamente aumentou 40 vezes entre 1993 e 2004 e as crianças de famílias com baixa renda têm quatro vezes mais chances de receber a prescrição de uma droga psicoativa do que as crianças atendidas por planos de saúde privados. Allen Frances diz se sentir culpado pela explosão de diagnósticos de transtorno bipolar e de TDAH em crianças (Siqueira, 2011)

Embora os conflitos de ordem econômica (emprego, honorários, posse de ações, etc) sejam mais facilmente identificáveis, os conflitos de interesse também podem ocorrer por razões impregnadas pela subjetividade e as relações pessoais, paixões intelectuais ou competição acadêmica, por exemplo, podem exercer tanta influência sobre as decisões de um cientista quanto os depósitos em sua conta corrente (ICMJE, 2007). As recentes e recorrentes denúncias do conflito de interesses tornam de extrema necessidade e atualidade as discussões acerca da adequação ética e metodológica das pesquisas no campo da saúde mental. Embora o ensaio clínico randomizado seja o delineamento de pesquisa mais adequado para testar os efeitos de intervenções terapêuticas e subsidiar a “medicina baseada em evidências”, o fato das empresas farmacêuticas descartarem os resultados negativos, enfatizarem benefícios mínimos e esconderem os riscos das drogas testadas têm gerado ceticismo e colocado em descrédito muitos ensaios. A maior parte dos ensaios clínicos psiquiátricos publicados são financiados e conduzidos por empresas farmacêuticas e poucas intervenções são financiadas por fontes não-industriais (Mendlowicz, 2008). Este autor afirma que as empresas financiam os

ensaios de interesse e consistentes com seus modelos de negócio e tendem a evitar ensaios clínicos que possam prejudicar seu negócio ou que possam apresentar o risco de tornar seu produto menos competitivo.

Evitar o perturbador confronto com a realidade e usar padrões de argumentação pouco rigorosos são características de uma pseudociência (Sagan, 1996). O conflito de interesses nas pesquisas em saúde é um tema de fundamental importância e a inadequação ética e metodológica compromete própria credibilidade científica (Goldim, 2006). Em resposta à incompetência revelada por importantes pesquisadores e instituições psiquiátricas em gerir a questão dos conflitos de interesse de maneira autônoma, o governo norte americano demonstra que poderá tomar para si esta tarefa (Mendlowicz, 2008).

Uma pseudociência conveniente

As pesquisas básicas nos diferentes campos das disciplinas científicas que estudam as bases biológicas dos comportamentos e dos fenômenos mentais forneceu mais informação da relação entre cérebro e mente durante o século XX do que ao longo de toda a história humana anterior. No entanto, as bases sobre as quais se apoiam as teorias estritamente biológicas dos transtornos mentais são formadas por evidências frágeis e argumentos falaciosos que defendem a cientificidade das teorias biológicas e a efetividade dos medicamentos psiquiátricos com a própria teoria. Mesmo com o propagado sucesso da psiquiatria biológica, o paradigma de intervenção clínica exclusivamente psicofarmacológico se sustenta sobre um conjunto de simplificações teóricas e pesquisas cujos resultados são questionáveis tanto do ponto de vista ético quanto metodológico, além da divulgação seletiva dos resultados de ensaios clínicos. Em 1995, o psiquiatra Colin Ross e o psicólogo clínico Alvin Pam publicaram provocante livro *“Pseudoscience in Biological Psychiatry: Blaming The Body”* (“Pseudociência em Psiquiatria Biológica: culpando o corpo”, em tradução livre), no qual questionam os fundamentos da psiquiatria biológica e apresentam rigorosas críticas à cientificidade de uma abordagem estritamente biológica dos transtornos mentais, além de discutir as consequências da medicalização da diversidade social e apontar distorções lógicas e erros

cognitivos presentes em artigos publicados no periódico *American Journal of Psychiatry* (Schindelheim, 1995). Enquanto as ciências prosperam a partir da correção metódica dos seus erros, o conhecimento pseudocientífico formula hipóteses invulneráveis a qualquer demonstração experimental (Sagan, 1996).

Carlat (*apud* Angell, 2011) diz que as teorias que explicam as doenças mentais como desequilíbrio da química cerebral do indivíduo são “mitos convenientes” e que a adoção de práticas clínicas inspiradas em tais teorias implica em vantagens objetivas e subjetivas tanto para os médicos quanto para os pacientes. Este autor, que é psiquiatra clínico, afirma que, além de ser um procedimento tecnicamente mais simples do que a psicoterapia, a conduta clínica predominantemente medicamentosa permite que o profissional aumente seus ganhos financeiros. Os pacientes também se beneficiam com a adoção da perspectiva puramente organicista dos transtornos mentais, pois esta ajuda a reduzir o estigma dos quadros de sofrimento mental, além de oferecer um tipo de tratamento que praticamente não exige alterações comportamentais nem questiona as cognições disfuncionais, crenças ou fatores interpessoais, ambientais ou econômicos subjacentes a alguns dos sintomas psicopatológicos.

Com base nos resultados das pesquisas apresentadas pelas empresas que produzem diferentes drogas indicadas para o tratamento da depressão ao órgão estatal norte-americano responsável pelo licenciamento e controle dos medicamentos, a *Food and Drug Administration* (FDA), Kirsch (2010) é categórico ao afirmar que o conjunto de evidências disponíveis permite concluir que a teoria da depressão baseada em alterações neuroquímicas já se demonstrou inválida. Cerca de 80% dos estudos apresentados ao FDA demonstram que as drogas testadas são tão eficazes quanto o placebo no tratamento dos sintomas da depressão e os resultados positivos refletem diferenças estatisticamente significativas, mas clinicamente irrelevantes. Ao avaliar 74 estudos referentes aos efeitos de 12 substâncias antidepressivas submetidos à FDA, Turner *et al.* (2008) observaram que a decisão de publicar ou não os resultados de um estudo tem relação com a avaliação positiva ou negativa da FDA. Consultando a literatura publicada, este grupo verificou que 94% dos ensaios realizados apresentavam resultados positivos, em contraste com 51% de estudos com resultados positivos na análise da FDA.

Enquanto os resultados publicados sugerem que quase a totalidade dos ensaios sustentam a utilidade do antidepressivo, quase a metade dos estudos foram avaliados pela FDA como tendo resultados negativos ou questionáveis. Muitos pesquisadores e periódicos científicos publicam somente os resultados dos estudos nos quais são detectadas relações significativas entre as variáveis avaliadas (Baptista, Morais e Sisto, 2007) e as indústrias farmacêuticas costumam financiar a publicação de artigos favoráveis aos seus produtos nas revistas médicas e não divulgam a existência de resultados negativos (Angell, 2011, Turner *et al.*, 2008, Nierenberg, 2007).

Tais fatos criam um viés de publicação que resulta na existência de muitas pesquisas com resultados positivos e poucos estudos nos quais não são relatados os efeitos negativos ou ausência de efeito. , e aumentam a chance de que uma determinada classe profissional se torne alvo fácil para as propagandas das empresas que desejam vender suas diferentes drogas psicoativas. Turner *et al.* (2008) ressaltam que a comunicação seletiva dos resultados de ensaios clínicos podem ter consequências adversas, pois, além de privar os pesquisadores de informações relevantes para o planejamento de suas futuras pesquisas (como, por exemplo, subestimar o tamanho da amostra com base em resultados que descrevem efeitos ‘inflacionados’), este procedimento altera a relação risco-benefício aparente das drogas disponíveis e pode levar os profissionais médicos a fazer prescrições inadequadas ou tomar decisões equivocadas. Sagan (1996,) afirma que o conhecimento científico está cada vez mais complexo e que a aplicação do conhecimento científico provê poderes formidáveis e terríveis a seres falíveis.

Depois de o modelo de remuneração assalariada despojar a aparência sagrada de toda ocupação até então considerada honrada (Marx e Engels, 1975), de Thomas Kuhn descrever e analisar importantes aspectos estruturais, interpessoais e subjetivos envolvidos na produção e disseminação do conhecimento científico (Kuhn, 1962) e de Carl Sagan explicar como as pseudociências são criadas e porque fazem sucesso entre os seus usuários (Sagan, 1996), comparar os procedimentos diagnósticos contidos no DSM e a conduta clínica proposta pela psiquiatria biológica com os métodos empregados pelos sacerdotes europeus no século XIV não parece algo exagerado. Se na Idade Média a possessão demoníaca

era fator suficiente e necessário para a modificação do comportamento de uma pessoa e posterior prescrição de fogueira, atualmente os desequilíbrios neuroquímicos são a justificativa para prescrições de drogas psicotrópicas com efeitos pouco conhecidos em humanos.

Câmara (2007) afirma que o poder preditivo e a replicabilidade da classificação desenvolvida no DSM depende da capacidade de entendimento do usuário, que deve pesar os critérios listados de acordo com o seu entendimento de psicopatologia. Para Angell (2011), o DSM se tornou a bíblia da psiquiatria e, da mesma forma que acontece com o texto cristão ou com outros textos místicos, muito da confiança que é depositada em suas previsões e na validade dos seus resultados estão fortemente baseadas em algum fenômeno mental parecido com a fé religiosa. Gazzaniga e Heatherton (2005) afirmam que, além de ser vago, todo o conceito de psicopatologia é dependente do contexto cultural e que muitos comportamentos considerados normais em um ambiente podem ser avaliados como desviantes em outro. Sob esta perspectiva, o DSM parece ser uma tentativa de suprimir os múltiplos discursos sobre o mal-estar, o sofrimento e outros sintomas decorrentes do contato intercivilizações. Para Dunker e Kyrillos Neto (2011), desde a edição de 1952, o DSM já apresenta indícios de se tratar de um manual que representa a realização institucional, fundamentada em um cientificismo ideológico, capaz de referendar as articulações do Estado em seus dispositivos educacionais, jurídicos e de pesquisa para a repressão política. Estes autores citam a associação entre homossexualidade e perversão ou entre sintomas histéricos e feminilidade como exemplos de como os critérios diagnósticos do DSM podem ser utilizados para justificar medidas governamentais que favorecem a segregação de minorias, individualização e patologização de contradições sociais, além do controle e neutralização de resistências com o endosso de uma associação que se apresenta como científica. Em um artigo publicado em 2001, o coordenador dos trabalhos que resultou na publicação do DSM-III, reconhece que a abordagem adotada no desenvolvimento da terceira versão do manual foi guiada por valores e suposições (Spitzer, 2001).

O conceito de patologia apresentado no DSM apresenta tantas arbitrariedades que torna o seu uso, associado à suposição de que alterações

neuroquímicas endógenas é a condição suficiente e necessária para a instalação de um transtorno psiquiátrico, uma forma de pseudociência que, salvo o uso de jargão neurocientífico, pouco difere das praticas terapêuticas empregadas por curandeiros ou benzedeiros. Enquanto a Psicofarmacologia é uma disciplina científica que se propõe a investigar os efeitos de diferentes drogas sobre os comportamentos e fenômenos mentais, a psicofarmacoterapia é um procedimento clínico fundamentado em observações empíricas do efeito de substâncias psicotrópicas (Lehmann, 1995). A proximidade semântica dos termos “psicofarmacologia” e “psicofarmacoterapia” pode ser um dos fatores que explica a adoção de procedimentos não validados pela medicina baseada em evidência pelo simples fato de serem apresentados como se fossem realmente fundamentados na ciência psicofarmacológica.

Considerações finais

Este artigo não questiona a validade de toda e qualquer conduta clínica fundamentada nos critérios do DSM para justificar procedimentos de psicofarmacoterapia. Atualmente, o uso de medicamentos psicotrópicos se mostra indispensável para o tratamento de diversos quadros de sofrimento psíquico e a drástica redução do número de leitos psiquiátricos ocupados após a introdução dos neurolépticos é uma evidência de que a aplicação racional dos psicofármacos é possível. Além disso, os efeitos dos medicamentos empregados na psiquiatria podem ser úteis para reduzir a severidade de quadros sintomáticos e otimizar os efeitos da introdução de outros procedimentos terapêuticos ao facilitar a reintegração do indivíduo à realidade externa (Barros e Sales, 2007).

Assim como já ocorreu com tantos outros procedimentos que se revelaram inócuos para o tratamento dos diferentes quadros de sofrimento mental, as evidências disponíveis sugerem que as práticas clínicas e os métodos de pesquisas adotados com base nos critérios diagnósticos do DSM e nas hipóteses fisiopatológicas fornecidas pela psiquiatria biológica contribuíram para que um conjunto de suposições e especulações referentes à etiologia e às formas de tratamento das doenças mentais recebesse precocemente o status de conhecimento científico. Se os contemporâneos de Hipócrates realizavam trepanações com a

crença de que buracos nos crânios dos seus pacientes permitiriam que os espíritos malignos saíssem da cabeça do indivíduo, no início do século XXI muitos psiquiatras fundamentam seus procedimentos clínicos na crença de que a administração contínua de algumas substâncias é capaz de corrigir supostos desequilíbrios químicos que hipoteticamente causariam os transtornos mentais e negligenciam a relação de importantes dimensões da vida humana com a gênese ou manutenção dos sintomas característicos dos quadros de transtorno mental.

As consequências decorrentes do uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos ainda não são totalmente conhecidas, mas existem evidências de que o uso inadequado de antidepressivos constitui um problema de saúde pública (Jureidini & Tonkin, 2006). Estes autores afirmam que a quantidade de pacientes com quadros graves de depressão (para os quais os antidepressivos demonstram efetividade no tratamento), que não recebem antidepressivos é muito menor do que o número de pacientes que recebem estes medicamentos de forma inadequada, isto é, aqueles com quadros leves ou moderados de sintomas depressivos.

Nierenberg (2007) afirma que, em termos de pesquisa, a psiquiatria passa pela sua melhor e pior época. Se, por um lado, os avanços observados na investigação básica em neurociência permite maior refinamento da compreensão do substrato biológico dos comportamentos e fenômenos mentais, por outro lado, os ensaios clínicos controlados que avaliam novas intervenções psiquiátricas são insuficientes. Com poucas exceções, os ensaios clínicos realizados no campo da psiquiatria visam investigar os efeitos de drogas psicoativas e são financiados e conduzidos por empresas farmacêuticas que tendem a não subsidiar ensaios que possam gerar resultados prejudiciais aos negócios, além de não encorajar a publicação de resultados negativos, supervalorizar efeitos clinicamente irrelevantes e esconder ou minimizar possíveis riscos dos seus produtos. Em um artigo que trata da psiquiatria baseada em evidências, Lima, Soares e Bacaltchuk (2000) afirmam que estudos com resultados positivos animadores, mas obtidos com o emprego de métodos inadequados, não devem ser a base para a tomada de decisões clínicas. Estes autores lembram que “má evidência é pior que nenhuma evidência”. Em áreas do conhecimento humano que primam pela cientificidade, a aparente aceitação

ingênua de resultados de pesquisas frágeis do ponto de vista ético ou metodológico, seria motivador da revisão da qualidade do embasamento científico oferecido ao longo do treinamento. Sagan (1996) afirma que a pseudociência encontra espaço onde falta a capacidade de compreensão de que, antes de poder ser aceito como científico, os dados do conhecimento requerem evidência adequada.

O momento histórico parece ser fundamental para que os neurocientistas e os profissionais em saúde mental, comprometidos com os mais nobres objetivos da capacidade humana em explorar os mistérios da Natureza e aplicar o conhecimento científico para melhorar a qualidade de vida das pessoas, discutam as profundas questões bioéticas e morais decorrentes do emprego de procedimentos falaciosos para forjar relações causais que justificam a crescente medicalização do cotidiano. Mesmo com os muitos avanços que ocorreram na compreensão da fisiopatologia subjacente aos sintomas mentais dos quadros demenciais ou das psicoses secundárias, os estudos da psiquiatria biológica ainda não demonstraram evidências cientificamente válidas de desequilíbrios químicos para sustentar racionalmente a decisão do emprego preferencial da psicofarmacoterapia.

Ao negligenciar qualquer base psicológica para os transtornos mentais ou desconsiderar o valor dos aspectos fisiológicos sobre os fenômenos mentais atípicos a psiquiatria ficou “desalmada” ou “descerebrada”, respectivamente (Graeff, 2006). A adoção dos critérios diagnósticos do DSM como fundamento para decisões clínicas primordialmente psicofarmacológicas poderá ser uma das justificativas para a ascensão de um modelo que poderá ser chamada de “psiquiatria desmoralizada”. Desmoralizada por insistir em apresentar-se como científica, mesmo desconsiderado o conjunto de regras e preceitos característicos da moral científica. E desmoralizada por desconsiderar a dimensão moral da espécie humana na gênese e manutenção dos sintomas de sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed). Washington, DC, 1968.

- American Psychiatry Association. APA history. Disponível em: <<http://psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/Library/APAHistory.aspx>>. acesso em: 20 nov. 2011.
- Angell, M. A epidemia de doença mental. *Revista Piaui*, 59: ago/2011. Disponível em: <<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>>. Acesso em: 20 nov 2011.
- Baptista, M.N., Morais, P.R. & Sisto, F.F. Dicas para divulgação de seus trabalhos de pesquisa. In: M.N. Baptista e D.C. Campos. *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro, LTC: 66-77, 2007.
- Bares, C.T & Arrieta, M.D.E. Psicofarmacologia: una aproximación histórica. *Anales de Psicologia*, 21(2): 199-212, 2005
- Barros, S. & Salles M. M. Reinternação em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem* v. 41, p. 73-81, 2007.
- Bayer, R. *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. Princeton University Press, 1987.
- Câmara, F.P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 10(4): 677-684, 2007.
- Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas médicas. **Rev Port Clin Geral**, 27(6): 778-798, 2007.
- Dubugras, M.T.B., Mari, J.J. & Santos, J.F.F.Q. A imagem do psiquiatra em filmes ganhadores do Prêmio da Academia entre 1991 e 2001. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.*, 29(1): 100-109, 2007.
- Dunker, C.I.L. & Kyrillos Neto, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 14(4): 611-626, 2011
- Epstein, R. Do gays have a choice? *Scientific American*, 20(3): 62-69, 2009.
- Gazzaniga, M.S. & Heatherton, T. F. *Ciência Psicológica: Mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Art Méd, 2005.

- Goldim, J.R. Conflitos de interesse e suas repercussões na Ciência. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(1): 3-4, 2006.
- Gonçalves, A.M. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. *Millenium Revista do ISPV*, 30: 159-171, 2004.
- Healy, D. 100 years of psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 7(2): 207-214, 1993.
- Hofmann, A. *LSD: My Problem Child*. New York, McGraw-Hill, 1980.
- Jureidini, J. & Tonkin, A. Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression. *CNS Drugs*, 20(8): 623-632, 2006.
- Kandel, E. R., Schwartz, J.H. & Jessell, T. M. *Princípios Da Neurociência*. Barueri: Manole, 2003.
- Kirsch, I. *The Emperor's New Drugs*. New York: Basic Books, 2010.
- Kuhn, T. S. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- Lima, M.S., Soaresb, B.G.O. & Bacaltchukc, J. Psiquiatria baseada em evidências. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(3):142-146, 2000
- Marx, K. & Engels, F. *Manifesto do partido comunista*. Lisboa: Avante!, 1975.
- Mayes, R. & Horwitz, A.V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci.*, 41(3):2492-67, 2005.
- Mendlowicz, M.V. Ciência e ética em publicação em Psiquiatria: o papel dos conflitos de interesse. *Rev Psiquiatr RS*, 30(3): 171-173, 2008
- Morais, P.R. Neurobiologia da depressão e suicídio. In: M.N. Baptista. *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan: 75-90, 2004.
- Popper, K. *A lógica da pesquisa científica*. São Paulo: Cultrix, 1972
- Sagan, C. *Bilhões e bilhões: reflexões sobre a vida e morte na virada do milênio*. São Paulo: Cia das Letras, 1998.
- Sagan, C. *O mundo assombrado pelos demônios : a ciência vista como uma vela no escuro*. São Paulo: Cia das Letras, 1996.
- Schindelheim, J.P. Pseudoscience in biological psychiatry: blaming the body. *NEJM*, 332(26): 1795-1796, 1995.

- Scotti, J.R. & Morris, T.L. Diagnosis and classification. In Hersen, M., & Ammerman, R.T. (Eds.), *Advanced Abnormal Child Psychology*, (p.15-32). Mahwah, NJ: 15-32, 2000.
- Siqueira, L. DSM: a (in)discreta relação entre ciência e política. *Com Ciência – Revista Eletronica de Divulgação Científica*, 126. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=64&id=812>. Acesso em: 20 nov 2011.
- Spitzer, R.L. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Huls, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". *J Nerv Ment Dis.*, 189(6):351-359, 2001
- Stahl, S.M. *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Clínicas*. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.
- Szasz, T.S. *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row, 1961
- Thompson D.F. Understanding financial conflicts of interest. *New Engl J Med.*, 329(8): 573-576, 1993.
- Whitaker, R. *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Crown, 2010.

NOTAS

ⁱ Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia.