

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM BIOTECNOLOGIA INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Kailany Victoria de Carvalho dos Santos

A MEDICAMENTALIZAÇÃO DA VIDA E DA DEPRESSÃO:
Uma estratégia de biopoder

Rio de Janeiro

2021

Kailany Victória de Carvalho dos Santos

A MEDICAMENTALIZAÇÃO DA VIDA E DA DEPRESSÃO:

Uma estratégia de biopoder

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
Saúde com habilitação em Biotecnologia

Orientadora: Marise de Leão Ramôa

Rio de Janeiro

2021

Kailany Victória de Carvalho dos Santos

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
BIOTECNOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no Curso Técnico de Nível Médio
em
Saúde com habilitação em Biotecnologia.
Projeto de monografia apresentado à Escola.

Aprovado em 08/04/2021

BANCA EXAMINADORA

Marise de Leão Ramôa- Laborat/EPSJV/FIOCRUZ

Nina Soalheiro- Laborat/ EPSJV/ FIOCRUZ

Marco Aurélio Soares Jorge- Laborat/ EPSJV/FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos meus pais, minha orientadora, meu namorado e todos os meus amigos que me deram forças para escrever o presente projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso, à minha orientadora Marise Ramôa que me ajudou em todo processo da escrita, conduzindo o trabalho com paciência e dedicação, aos colaboradores da banca: Grasielle Nespoli e Marco Aurélio Jorge, aos meus pais, amigos (Giovanna e Rafael) e meu namorado, Lucas Carvalho ,que me ajudaram a não desistir nessa caminhada, me incentivando em todo processo.

“Sou homem, o que é razão suficiente para eu ser infeliz”.

(Menandro Séc. IV A.C)

RESUMO

A presente pesquisa visou compreender o fenômeno da depressão, difundida pela psiquiatria como um transtorno mental que altera o humor e a qualidade de vida tanto em adultos, como em crianças e adolescentes. Apresenta o contexto histórico do “surgimento” de tal categoria e a modificação da mesma com o passar do tempo, assim como seus fatores determinantes, seus sintomas e as consequências na vida dos indivíduos em sua interface com o fenômeno da medicamentação da vida. Além disso, pretendemos apresentar novas formas de abordagem da depressão, para além da medicação.

Palavras chaves: depressão, melancolia, medicamentação da vida, medicalização, biopoder, modelos de tratamento, atenção psicossocial.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Capítulo 1 - O QUE É DEPRESSÃO	12
1.1 – A depressão segundo o saber médico	13
1.2 – A depressão categorizada.....	14
Capítulo 2- MEDICAMENTALIZAÇÃO DA VIDA	17
2.1 – Medicalização e Medicamentação	18
2.2 – Medicamentação e Biopoder	19
Capítulo 3- MODELOS DE TRATAMENTO E DE CUIDADO: OS PARADIGMAS BIOMÉDICO E PSICOSSOCIAL	21
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUÇÃO

A depressão vem sendo apresentada, pelo saber médico, como um transtorno mental que afeta adultos, adolescentes e crianças, alterando o humor e a qualidade de vida. Muitas vezes uma tristeza pode ser confundida com uma depressão, mas as emoções reprimidas, controladas e silenciadas acabam por provocar um maior sofrimento.

A depressão é considerada, segundo o saber médico, como uma doença crônica, que merece a nossa atenção. A rotina do ser humano está cada vez mais corrida, tendo muitas tarefas para exercer, como trabalho/escola, cuidar dos filhos entre outras, mas temos na sociedade atual, um fator cada vez mais materializado que é fator imagético, uma busca por status, que passa a valer mais do que qualquer outra coisa. Com isso, ocorre uma cobrança maior em si, gerando um campo de grande exigência, afetando psicologicamente os indivíduos. Na busca por um alívio imediato dos sintomas da depressão, cada vez mais pessoas colocam sua confiança em receitas rápidas, que possam diminuir o mal-estar sem compreender as origens desse sofrimento, podendo muitas vezes prejudicar o seu próprio futuro. (FREUD, 1908,1929-1930,1914-1915; TAVARES, 2010; WHITAKER, 2017).

Para entendermos a depressão, precisamos conhecer a sua história, em sua interface com a melancolia, tendo em vista a transformação do conceito de melancolia em depressão por parte do saber médico e a permanência do conceito de melancolia evolução da medicina e também da filosofia e da psicanálise, onde a percepção das doenças mentais sofreram diversas modificações.

Hipócrates fala sobre teoria humoral segundo a qual a vida é um equilíbrio entre quatro humores: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra. Aos quatro humores, correspondem às quatro qualidades: o sangue seria quente e úmido; a fleuma, fria e úmida; a bÍlis amarela, quente e seca; e a bÍlis negra, fria e seca. O desequilíbrio entre esses humores é o que acarretaria a doença. Cada um dos fluidos estaria ligado a um humor, sendo coléricos, fleumáticos, sanguíneos e melancólicos, respectivamente (PERES, 2003). A predominância da bile negra é o que caracterizaria o ser melancólico, cujos sintomas seriam: tristeza, ansiedade, abatimento moral, tendência suicida e o medo prolongado (WHITAKER, 2017).

Na Idade Média a melancolia era vista como um sentimento triste, profundo e genial

e não era patogênica, muitos homens e poetas ilustres são considerados sujeitos melancólicos, sendo considerada sua própria natureza, seu *ethos* (caráter). Já para o cristianismo, a melancolia era considerada como um caminho que levava a Deus, onde o caminho do sofrimento levava a purificação. Contudo com a ciência árabe, dizia que era ligada à astrologia, Saturno era o astro que governava o melancólico (PERES, 2003).

Com o Renascimento, no século XV, os médicos voltaram a oferecer explicações para a melancolia persistente e promoveram uma distinção entre melancolia sublime e a melancolia vulgar, teoria essa elaborada por Marsilius Ficinus. Fascinado também pela astrologia, seu trabalho reúne quatro tradições de pensamento: a hipocrática, a platônica, a astrológica e a aristotélica. Ele via a melancolia como um grande sofrimento, mas também a grande chance para os homens de estudo científicos, para entender sua biologia (IDEM, 2003). Já com a descoberta de William Harvey (1628), que o sangue circulava por todo o corpo, muitos médicos passaram a falar que essa doença provinha da falta de sangue no cérebro. (WHITAKER, 2017).

No século XIX a teoria dos humores passa a ser superada e surge no campo da Medicina, pela primeira vez, o termo “depressão” com um sentido mais próximo do que é descrito atualmente, enquanto o termo “melancolia” estava associado a qualquer tipo de loucura. Por volta de 1860 a melancolia começa a aparecer nos dicionários médicos. O médico Philippe Pinel classifica a melancolia como doença e destaca a predisposição desses pacientes a cometerem suicídio. Surge, então, a expressão “monomania triste” ou “lipemania”. A psiquiatria mantém uma ênfase na psicose maníaco-depressiva e recebe de Emil Kraepelin, a descrição mais completa do quadro clínico, uma alternância de acessos maníacos e acessos depressivos. (PERES, 2003; SANTOS, 2017).

Peres (2003) aponta que o estatuto da melancolia cedeu espaço à depressão, que etimologicamente significa diminuição, recuo e decréscimo.

A psiquiatria, com o uso de depressão em substituição à melancolia, introduz um estado de doença à visão romântica da melancolia.

As perturbações antes chamadas de melancolia passam a ser chamadas de depressão, termo utilizado, inicialmente, em inglês, “(...) para descrever desânimo em 1660, e entrou para uso comum em meados do século XIX e ampliou-se, consideravelmente, durante o século XX e o início do século XXI”. (GUIMARÃES, 2016, p. 100).

Entendemos a partir das leituras realizadas que a depressão é produto do saber médico, a partir da distinção feita entre a mesma e a melancolia. Desenvolveremos historicamente tal transformação para problematizarmos a relação entre tal categoria nosológica proposta pelo saber médico e a construção da medicamentação da vida como uma estratégia do biopoder.

CAPÍTULO 1- O que é depressão?

Em toda história da humanidade podemos encontrar uma valorização da ideia do homem como ser racional e a racionalidade esteve associada à consciência. É somente a partir de Freud que isso é modificado, pois ele apresenta a teoria do inconsciente e mostra que há outra racionalidade humana: a do inconsciente e que ideias estão relacionadas a afetos. Logo, buscava-se, antes de Freud, eliminar tudo que interferisse no processo de racionalização. Os afetos eram considerados como elementos que atrapalhavam a racionalidade.

Segundo Teles (1992), tristeza é uma emoção natural do ser humano, sendo uma reação afetiva básica frente a situações de perda. Devemos nos lembrar que muitos dos problemas emocionais não são problemas patológicos.

Peres (2003) relata que estamos vivendo a democratização da tristeza. Não é mais uma forma de situar-se no mundo, porém uma característica do homem da atualidade. Vivemos uma época em que a tristeza e o desencanto tomam proporções de uma *doença*.

De acordo com Burton (apud Whitaker, 2017), é extremamente absurdo e ridículo qualquer mortal buscar a permanência eterna da felicidade nesta vida e que somente quando esses estados melancólicos se tornaram um “hábito”, é que se transformavam em doença.

Teles (1992) cita Freud em seu trabalho *Luto e Melancolia*, onde dizia que embora a tristeza envolva grandes afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais pode ser considerada como algo patológico. Ele pensava que esse lapso de tempo, em que o indivíduo se isola em sua dor, é importante para o seu equilíbrio emocional, sendo assim, as emoções são uma carga de energia bastante violenta, cuja repressão sempre haverá de causar algum dano físico e /ou psíquico no indivíduo.

É preciso ver o ser humano por um todo. É impossível afirmar que esteja acontecendo algo que seja apenas orgânico, psíquico ou social. Essa tríade compõe a subjetividade humana. Temos conhecimento de que os fatores sociais também influenciam os indivíduos a profundas depressões. (TELES, 1992)

Teles (1992) faz uma distinção entre tristeza e melancolia. Haveria na tristeza, por maior que seja a dor, uma sensação de que o mundo parece vazio e sem sentido, já na

depressão o indivíduo se sente vazio, achando que não vale para nada, não existindo sentido na sua própria existência.

Etimologicamente, a palavra melancolia vem do grego *melano chole*, significando bÍlis negra. (GONÇALVES e MACHADO, 2007). Antes de ser conhecida como depressão era chamada de melancolia, não significando que esses dois fenômenos possuem o mesmo significado na atualidade.

1.1 – A depressão segundo o saber médico

A concepção psiquiátrica sobre depressão tem sua origem no trabalho de Emil Kraepelin. Em 1899, em seu livro *Lehrbuch der Psychiatrie* (Manual de psiquiatria), ele divide os transtornos psicóticos em duas categorias: demência precoce e psicose maníaco-depressiva, sendo essa composta por três subtipos: apenas episódios depressivos, apenas maníacos e dos dois tipos.

Kraepelin explicou que no geral todas as manifestações mórbidas desaparecem por completo, mas quando não é este o caso, excepcionalmente, se desenvolve apenas uma fraqueza psíquica peculiar bastante leve.

Em 1964 Jonathan Cole escreve: “A depressão, de modo geral, é um dos problemas psiquiátricos com melhor prognóstico de eventual recuperação, com ou sem tratamento. Quase todas as depressões são auto limitantes”. Ou seja, a depressão tem um ótimo resultado de recuperação, sendo quase todas com um período limitado. (WHITAKER, 2017)

Dean Schuyler, chefe da divisão de depressão do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), dos EUA, explica em um livro de 1974, que os índices de recuperação espontânea eram muito altos, sendo eles acima de 50% num prazo de poucos meses, sendo difícil “Julgar a eficácia de uma droga, tratamento ou da psicoterapia em pacientes deprimidos”. Não se pode afirmar, mas talvez um medicamento ou o eletroconvulsoterapia pudessem diminuir o tempo de recuperação, já que a remissão espontânea normalmente levava muitos meses para acontecer, mesmo assim era difícil algum tratamento ser melhor do que o curso natural da depressão a longo prazo. Ele explica também que a maioria dos episódios de depressão segue seu curso e termina com a recuperação praticamente completa, sem intervenções específicas. (WHITAKER, 2017)

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os sintomas comuns da depressão são: humor depressivo, sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, falta de energia, preguiça ou cansaço excessivo, lentificação do pensamento, falta de concentração, queixas de falta de memória, de vontade e de iniciativa, insônia ou sonolência. A insônia geralmente é intermediária ou terminal. A sonolência está mais associada à depressão chamada atípica; o apetite geralmente está diminuído, podendo ocorrer em algumas formas de depressão aumento do apetite, com maior interesse por carboidratos e doces; redução do interesse sexual; dores e sintomas físicos difusos como mal estar, cansaço, queixas digestivas, dor no peito, taquicardia, sudorese. (MS,2019)

O modelo biomédico, neo-organicista, apresenta a depressão como uma perturbação nos neurotransmissores, associada à serotonina. Já o olhar mais psicológico apresenta que por detrás de toda depressão existe uma série de problemas de ordem emocional, econômica que provocam ansiedade nos indivíduos. (TELES, 1992)

Sabemos atualmente que a depressão está entre os principais distúrbios psiquiátricos no mundo. No Brasil a estimativa é que 6% da população adulta sofra da doença cerca de 6 milhões de pessoas, 2/3 desta população não recorrem à ajuda profissional, inclusive por desconhecimento que são portadores da doença (TELES, 1992).

Revisitando o conceito de doença, podemos encontrar diversos tipos de depressão: depressão melancólica, depressão neurótica, depressão narcísica, depressão psicótica, psicose melancolia, melancolia neurótica, melancolia psicótica, histeria melancolia, depressão endógena (PERES, 2003).

Existe uma ambiguidade no uso da palavra melancolia: por um lado um humor natural e não necessariamente patogênico e por outro uma doença mental produzida por um excesso ou desequilíbrio dos humores.

1.2 – A depressão categorizada

No ano de 1970, nos Estados Unidos da América, foi lançado o *Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*, mais conhecido como DSM III, que é um esforço de síntese dos fatores biológicos, psíquicos e sociais, dominando a então chamada psiquiatria biopsicossocial (definir). Em 1987 sofre uma revisão, e em 1994 surge o DSM IV, que é considerado como contendo uma nova visão da psiquiatria mundial. Há concepções diversas presentes nas edições dos DSM.

O DSM I aportava uma referência à depressão neurótica, definido como reação depressiva decorrente de um conflito interno, mantido também na DSM II.

No DSM III não é valorizada a história do paciente. A noção de “depressão maior” incluída na categoria de “perturbações afetivas” toma o lugar da distinção entre fatores endógenos, exógenos e neuróticos.¹

No DSM IV, melancolia é incluída como uma característica do transtorno depressivo maior.

No séc. XXI surge o DSM V e neste fica muito evidente o uso da medicação como tratamento da depressão. Comportamentos até então considerados normais, passam a ser sinais organizadores de novas síndromes, como é o caso do luto, que até o DSM IV. A partir do DSM V é possível fazer o diagnóstico de depressão maior para pessoas em luto, a partir de 15 dias e medicá-las. Isso fica a critério do médico.

No DSM V são apresentados mais de 300 distúrbios psiquiátricos.

Já o Classificação Internacional de Doenças (CID), muito utilizado no Brasil, tem sua origem desde a Lista Internacional de Causas de Morte de 1893, até sua sexta revisão em 1948, que incluiu morbidade em uma lista única (GUSSO,2020).

No CID-10, a depressão encontra-se classificada nos itens F32-F33 (classificada em três graus: leve, moderado ou grave), com descrição de sintomas de rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Pessoas que sofrem de depressão experimentam sintomas como sentimentos de tristeza profunda, falta de confiança, visões negativas sobre si e sobre os outros e, em longo prazo, perda de interesse em atividades, distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga (CUNHA,2012).

Os manuais foram criados com o objetivo de disponibilizar aos profissionais um vasto leque de descrições nosológicas baseadas em leitura e em descrições sobre as manifestações sintomáticas, e também para auxiliar a comunicação entre os profissionais, que passam a utilizar códigos universais que representam as variadas categorias e subcategorias de

¹ Endógeno – referente a fatores constitucionais, internos, de origem biológica e/ou predisposição hereditária; exógeno - referente a fatores do ambiente, como por exemplo, o estresse, circunstâncias adversas, problemas profissionais, familiares, momentos de perda, de ruptura, etc.

psicopatologias, síndromes, transtornos, entre outros. Porém, com isso perdeu-se a análise psicodinâmica dos fenômenos. É importante observar o interesse da indústria farmacêutica em financiar essas pesquisas para a produção dos psicofármacos, tendendo ao uso abusivo dos mesmos. O surgimento dos psicofármacos, em meados do século XX, foi prontamente recebido pela sociedade como a descoberta de “pílulas milagrosas”. Esse imaginário perdura até hoje, e se intensifica, o que pode ser constatado pelo incremento na venda de psicotrópicos a cada ano. (TAVARES,2009)

A depressão tem múltiplos elementos que não podem ser generalizados porque dependem de cada sujeito, como seu histórico familiar e psíquico; contudo, o fator social, na atualidade, é determinante no seu desencadeamento e permanência. Nossa sociedade atua de uma maneira que favorece a depressão, em especial aos jovens que veem quebradas suas esperanças de ter uma vida digna, já que as condições de trabalho em que os jovens se inserem a cada dia são mais golpeadas.

A sociedade de consumo nos oferece uma profusão de imagens como modelos de ideais, imagens momentâneas que se sustentam na proposição de que se tivermos o carro tal, usarmos a roupa tal, então entraremos no reino de uma felicidade sem qualquer arranhão (os objetos são oferecidos como ornamentos fundamentais para a construção da imagem de ideal, que em vez de se ocupar com um ideal de como se deseja ser, um modelo de como o sujeito deseja ser no futuro, passa a se ocupar com o que ele precisa ter). (TAVARES, 2010).

CAPÍTULO 2- Medicamentação da vida

A procura pelo bem-estar e a droga não são exclusividade do nosso tempo. Na Antiguidade, a terapêutica visava a expulsão do sentimento ruim para fora do corpo, tendo como objetivo aliviar o cérebro desse humor, através de exercícios ou de porções de raízes fortes, o heléboro, a mandrágora, os cataplasmas, banho de águas termais, que foram usados durante séculos (PERES, 2003).

As primeiras substâncias para tratar a depressão foram desenvolvidas na década de 1950, no pós-guerra e coincide nas tentativas de reforma do modelo asilar. A iproniazida foi introduzida no mercado para tratamento da tuberculose, e a imipramina, primeiro depressivo considerado não estimulante, se dirige em especial para as depressões de caráter endógeno. Esses medicamentos deram origem a dois tipos gerais de medicamentos para depressão, os inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) e os tricíclicos, considerados eficazes nos estudos da década de 50 e 60. Em 1965 o Conselho Britânico de Medicina submeteu os dois tipos de medicamentos a um teste mais rigoroso. Embora o tricíclico tenha se revelado modestamente superior a um placebo o contrário ocorreu com o IMAO. Alguns anos depois o NIMH (National Institute of Mental Health) fez uma revisão dos estudos sobre antidepressivos chegou a conclusão de que quanto mais rigorosamente controlado o estudo menor o índice de melhora registrado para um dado medicamento. Em 1987 tem a origem do Prozac, iniciando a era de ouro dos antidepressivos. Ao que parecia a companhia farmacêutica Eli Lilly havia criado um ótimo comprimido para a tristeza, se dizia que esse inibidor seletivo de recepção da serotonina (ISRS) fazia as pessoas se sentirem “melhor do que bem”, mas Arif Khan reexaminou os dados de estudos sobre sete ISRS submetidos à Federal de Alimentos e Medicamentos (FDA) e teve a conclusão que os sintomas tiveram uma redução de 42% nos pacientes tratados com tricíclicos, 41% nos grupos de ISRS e 31% entre os que receberam um placebo, sendo assim os novos medicamentos não se mostraram mais eficazes que os antigos. (TAVARES, 2010, WHITAKER, 2017)

A tentativa de cura para o sofrimento tem como base, na maioria das vezes, as intervenções psicofarmacológicas, as quais, por sua vez, são fundamentadas como pretexto de “normatização”² dos indivíduos. Somente após muito tempo, quando o cuidado medicamentoso não atinge os efeitos desejados de alívio, é que a pessoa acaba por procurar

² produzir normalização: normatizar um procedimento de acordo com o esperado pelos clientes.-<https://www.dicio.com.br/normatizar/>

os atendimentos psicológicos, por livre e espontânea vontade ou por algum encaminhamento de outra especialidade. (TAVARES, 2010)

2.1 – Medicalização e Medicamentação

O termo medicalização passou a estar presente na literatura científica a partir da segunda metade do século XX. Autores como Eliot Freidson, Thomas Szasz, Irving Zola, Ivan Illich e Peter Conrad são referências iniciais para a discussão desse termo, assim como o filósofo Michel Foucault. Esse processo é caracterizado pela transformação de componentes próprios a existência (tristeza, angústia) em transtornos, passíveis de intervenções no campo técnico-científico da medicina e de outras áreas. (DOS SANTOS, R. B., & ZAMBENEDETTI, G,2019)

Em geral esses autores dizem que medicalizar significa deslocar experiências consideradas indesejáveis para o campo médico, e com isso, transformar questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais e biológicas, Nos textos desses autores, há uma ênfase na aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica.

Há uma diferença no uso dos conceitos de medicalização e medicamentação. Apesar do uso de medicações não ser sinônimo de medicalização, ele compõe uma de suas práticas. Podemos analisar isso quando, Affonso e Bernardo (2015) dizem que “A medicalização desnecessária e abusiva é outro problema colocado pelas entrevistadas que pode ajudar a entender melhor a questão da visão médico-centrada” (p. 37). No trecho, os autores estão se referindo ao uso de medicamentos, então a menção ao termo medicamentação seria mais adequada neste contexto.

O termo medicamentação faz menção ao controle médico sobre a vida das pessoas, utilizando a prescrição e o uso de medicamentos como única forma terapêutica de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas. Com isso, angústia, mal-estar ou dificuldades, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, como consequência, “medicamentados”, com o objetivo de curar. O fenômeno da medicamentação fica mais evidente no campo da saúde mental, onde pode-se observar a indicação excessiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão prioritariamente atrelados a problemas sociais e econômicos. Podemos perceber que a farmacologização opera na transformação de questões de ordem humana ou social em que requerem o uso de medicamentos, porém a farmacologização não requer um diagnóstico

médico, sendo uma relação direta entre o consumidor e a indústria farmacêutica. (BEZERRA, 2014 e DOS SANTOS, R. B., & ZAMBENEDETTI, G, 2019).

Para Foucault é uma aliança que produz pílulas com efeitos ofensivos, drogas que prometem performances e felicidade, reduzindo os seres a mudanças comportamentais, onde essa divisão imposta pela razão científica marca o início do confinamento da loucura sob o estatuto de doença mental, a partir do qual se fundaria a psiquiatria e a psicopatologia (Foucault, 1994, p.161). Ele reconhece como condição para o processo de medicalização social a transformação do hospital em instrumento terapêutico, explicado pelo aparelhamento do hospital com mecanismos disciplinares. Um acontecimento identificado pelo filósofo refere-se à associação da Medicina a formas de saber, como a Estatística. Torna-se possível, assim, o cálculo detalhado de dados relativos à saúde e à doença da população. O filósofo havia oferecido uma extensa descrição dos mecanismos disciplinares que se dedicam a repartir os espaços, ordenar os indivíduos, treinando-os e mantendo-os sob permanente vigilância. Corpos obedientes e medicalizados, punidos se preciso, cuja força produtiva disponível oferece-se à utilização. Ao longo do século XVIII, porém, as técnicas de adestramento dos corpos se articularão a dispositivos que atuam sobre os indivíduos, agora contemplados enquanto “corpo-espécie”.

2.2 – Medicamentação e Biopoder

Estudar o conceito de biopoder mostra-se relevante para a compreensão da sociedade atual, pois permite evidenciar a ação das duas linhas de forças, tendo em vista a importância assumida pelas ciências biomédicas e pela biotecnologia nas últimas décadas. Desde o período histórico retratado aqui, o qual se estende do século XVII ao início do século XX, os saberes e as técnicas de manipulação da vida conheceram um vertiginoso desenvolvimento. Desenvolvimento que requer instrumentos de análise aptos a elucidar seus riscos e benefícios.

A medicamentação é um dos processos característicos das estratégias de biopoder, pois as possibilidades de controle sobre a vida encontram no saber médico seu terreno mais profícuo, a saber: o controle sobre os corpos, que envolve desde regras de higiene, costumes e preceitos morais, planejamentos e organização do espaço público, normas de comportamentos, até as condutas sexuais, sociais, enfim, uma verdadeira apropriação da medicina sobre o existir humano nos mais variados sentidos. Isto porque, tal como nos demonstra Foucault, a relação saber/poder é indissociável, o que implica dizermos que a produção de saber está atrelada às estratégias de intervenção no corpo social, inseparáveis

que são de seus objetivos políticos de controle sobre as individualidades e a coletividade. A partir disso, ora nos remeteremos à “medicalização do social” enquanto processo de apropriação por parte do saber médico de tudo aquilo que em sua origem pertence à outra natureza (o que se evidencia claramente na questão dos diagnósticos), ora nos referiremos à “medicalização” no sentido medicamentoso, como a que acontece no caso das intervenções acerca da depressão na atualidade baseadas excessivamente no uso e abuso de psicofármacos. (TAVARES, 2009)

Capítulo 3- Modelos de tratamento e de cuidado: os paradigmas biomédico e psicossocial

O tratamento para depressão deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Como percebemos no capítulo anterior não há diferenças significativas em termos de eficácia dos antidepressivos, mas sim em termos de efeitos colaterais, preço, e tolerabilidade variando bastante, o que implica em diferenças na efetividade das drogas em cada paciente.

As intervenções psicoterápicas podem ter diferentes formatos, como terapia (interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de famílias) psicoterapia de apoio e psicodinâmica breve. Tendo como fatores que influenciam o sucesso psicoterápico a motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade de insight³. (SOUZA, 1999)

A terapia cognitiva tem como abordagem os pensamentos de Beck, segundo o qual o humor e comportamentos negativos eram resultados de pensamentos e crenças distorcidas. Segundo o autor (apud Powell, 2008), os depressivos acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Essa terapia seria um processo de tratamento que ajudaria os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor. Sua estratégia envolve trabalhar três fases:

1) foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos; 2) foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros e 3) mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema. Tem como vantagem a participação ativa do paciente no tratamento, onde ele é auxiliado a identificar suas percepções distorcidas, reconhecer os pensamentos negativos e encontrar evidências que sustentam os pensamentos negativos. As técnicas cognitivas devem auxiliar as metas da terapia e não devem ser utilizadas como processo que gere dependência. O paciente deve ser estimulado a enfrentar os problemas e o terapeuta não deve ajudá-lo em cada problema, pois isso pode privá-lo de fortalecer suas próprias habilidades. (POWELL,2008)

A publicação do Journal of Affective Disorders volume 273 apresenta um estudo que investigou se a Psicoterapia Dinâmica Intensiva de Curto Prazo (PDICP) reduziu efetivamente os sintomas associados ao “Grande Transtorno Depressivo”. A PDICP é uma terapia psicodinâmica que se concentra nas emoções e sentimentos que estão sendo ignorados

³ "a capacidade de entender verdades escondidas etc., especialmente de caráter ou situação" portando um sentido igual a "discernimento" (Allen, 1990, p. 612).

pelo paciente e nas maneiras que é feita. Foi desenvolvida nos anos 70 e modificada para o tratamento da depressão nos anos 80. A relação terapêutica permite às pessoas identificar as emoções e como experimentá-las e expressá-las, e tolerar cada vez mais estes sentimentos, que são as características-chave da eficácia deste tratamento. (CALDIROLI, 2020)

A terapia comportamental tem o objetivo de identificar os eventos envolvidos no processo de aprendizagem do repertório comportamental do indivíduo. O terapeuta comportamental entende a depressão como uma redução na frequência de certas atividades tidas anteriormente como prazerosas e aumento, simultâneo, dos comportamentos de fuga e esquiva de situações aversivas, comportamentos esses relacionados à depressão. O tratamento é baseado na descrição das variáveis (antecedentes e consequentes) relacionadas ao comportamento do indivíduo, por meio dessa análise são identificados os comportamentos públicos (ações, falas) e encobertos (pensamentos, sentimentos) relacionados à instalação e manutenção do comportamento-problema, isso permite que o terapeuta treine um repertório comportamental favorável para que o indivíduo possa obter reforçadores positivos no contexto em que está inserido para entender as alterações comportamentais que o cliente com depressão apresenta é necessário investigar as variáveis relacionadas à instalação e manutenção dos sentimentos de mal-estar ao longo de sua vida. Outra variável importante no tratamento analítico-comportamental da depressão é favorecer com que o indivíduo reduza a exposição a ambientes incômodos. As intervenções que promovam o automonitoramento das atividades, como diários, identificando os eventos que antecedem e sucedem seu comportamento poderiam possibilitar discriminações mais exatas dessas situações e da maneira como o indivíduo reage a elas, proporcionando ao terapeuta ferramentas para que possa planejar intervenções que promovam a extinção dos respondentes condicionados pareados a estes eventos aversivos. Aprendizagem ou desenvolvimento do repertório discriminativo adequado permite que o indivíduo gradativamente volte a emitir comportamentos positivamente reforçados. Além disso, no tratamento da depressão o terapeuta deve, de acordo com essa abordagem, promover um treinamento de habilidades sociais. O foco central desse treino é aumentar a exposição às situações sociais com o objetivo de restabelecer antigas fontes de reforço e possibilitar a instalação de novas fontes potenciais. A terapia teria função de auxiliar o indivíduo a se comportar de maneira mais funcional quando exposto aos eventos aversivos cotidianos. A exposição deve ser gradual considerando menor o grau de dificuldade na execução de cada tarefa. (CARDOSO, 2017)

A atenção primária se apresenta como um local de recepção/ acolhimento/ porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e deveria se mostrar, também, como um espaço

rico de possibilidades para pessoas com depressão. De acordo com as entrevistas da revista Estudos Contemporâneos da subjetividade, nos municípios de Florianópolis as estratégias de cuidado com diagnóstico de depressão, utilizadas nas unidades básicas de saúde, são: (1) Acolhimento; (2) Consultas de saúde mental; (3) Encaminhamento ao médico da família ou psiquiatra; (4) Grupos de apoio.

O acolhimento não se mostrou como um espaço de escuta acolhedora e cuidadora, mas adquiriu outras funções, como identificar, a partir do discurso dos usuários, a necessidade ou não de encaminhamento ao médico e a criação de vínculo com o usuário e a equipe; utilizou-se do discurso do usuário como instrumento de coleta de dados, assim, obtendo informações que serviram de suporte para confirmação do encaminhamento ao médico, que se dá a partir do reconhecimento dos sintomas de depressão; a preocupação pelas histórias de vida dos pacientes teve apenas o objetivo de servir como instrumento de coleta dos sintomas, com isso demarcando e confirmando o diagnóstico. A abertura para escuta, quando realizada, não foi utilizada para criar um espaço de reflexão adequada para que a verdade do paciente apareça e amplie os seus espaços de liberdade e autonomia, mas sim para manter a perpetuação da “cegueira” do paciente, pois o profissional ao se colocar como “falso ouvinte” da história de vida do paciente, não possibilita que este ressignifique o possível transtorno ou sofrimento psíquico (DARÉ, CAPONI, 2016).

As dimensões psicossocial e comunitária do atendimento psicológico na atenção básica são realizadas por meio do conjunto de ações técnico-assistenciais que sustenta as práticas dos profissionais, a psicoterapia, tanto individual como grupal representa essas práticas, o atendimento individualizado possibilita atenção personalizada e direcionada, mas ao mesmo tempo foca no processo patológico, já o atendimento em grupo configura estratégia terapêutica priorizada nas ações em saúde mental. Nos encontros grupais, na maioria das vezes, a depressão é apresentada pelos profissionais de saúde como sintoma de outros tipos de sofrimento psíquico, como *borderline*, transtorno obsessivo-compulsivo, psicose, além de estar associada a comportamentos suicidas e o grande fluxo dos usuários de saúde que buscam atendimento psicoterapêutico, o que direciona as formas de atendimento à depressão. Por meio do fluxo, pode-se compreender a avaliação e a intervenção às quais o paciente é submetido antes do atendimento pelo serviço de Psicologia. A organização do fluxo de atenção à saúde mental resulta do modelo da Estratégia da Saúde da Família - ESF, o qual indica que o atendimento inicial deve ser realizado pela equipe ESF. Esse procedimento é determinante para a percepção do quadro depressivo e a terapêutica, na medida em que a

maioria dos usuários chega ao psicólogo com diagnóstico e medicação prévios. (MOTTA,2017)

O cuidado psicossocial pode ser visto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram criados na década de 1970 para reformular o modelo psiquiátrico tradicional. Trabalham nesses centros, profissionais de várias áreas, como médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, dessa forma, o serviço busca atender às necessidades do paciente de maneira interdisciplinar, geralmente, os usuários são encaminhados aos Centros por hospitais, unidades básicas de saúde, mas isso não impede que uma pessoa busque atendimento direto. Quando chega, o paciente primeiro passa pelo acolhimento que procura acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais. Transtornos mentais leves a moderados não tem indicação de acompanhamento nos CAPS, mas sim das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Para isso, deve haver um processo contínuo e coeso de comunicação entre as UAPS e os CAPS. Pessoas com transtornos mentais, em alguns momentos, podem viver situações de crise e o CAPS é o lugar indicado para o acolhimento, pois o vínculo que o usuário estabelece com a equipe é muito importante neste momento. (BORBA,2018,FIOTEC,2018)

Para a implantação de novas estratégias de cuidado na atenção primária, se faz necessário uma equipe capacitada tecnicamente e implicada no processo de cuidado, com coordenadores e gestores comprometidos com o processo e que estejam aptos a colocar em prática os avanços conquistados no campo teórico, que conduzam a proposta das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, com vistas à ampliação da atenção psicossocial. (DARÉ, CAPONI, 2016)

Conclusão

Essa monografia teve como objetivo estudar a depressão em sua interface com a medicamentação.

A partir da revisão bibliográfica, podemos concluir a importância de se compreender a depressão como um fenômeno complexo, a partir de abordagens psicodinâmicas que se sustentam pelo paradigma psicossocial e não pelo paradigma biomédico. Desenvolvemos o conceito de depressão, contextualizamos esse fenômeno na sociedade atual, diferenciando-o da melancolia, apresentamos os seus sintomas e relações entre causas e consequências.

Nos dias atuais pode-se observar que em uma sociedade de exigência de bem estar constante, não existe espaço nem tempo para a dor/sofrimento, apresentando a medicamentação como subproduto evidente do processo de medicalização, que transforma o mal estar comum em doença, portanto, passível de ser tratado.

No desenvolvimento deste estudo conceituamos medicamentação, a partir de Foucault, para contextualizar esse fenômeno, diferenciá-lo de medicalização, percebendo a ligação da depressão com a indústria farmacêutica e o capitalismo, pois a depressão acabou sendo um ponto de comercialização e vários medicamentos são desenvolvidos com o intuito de serem comercializados como única fonte de “cura” para a depressão. O discurso técnico de medicalização assume um sentido mítico, onde a crença num suposto poder ilimitado da ciência produziria a medicalização da e na sociedade, uma vez que comportamentos e acontecimentos da vida cotidiana agora se tornariam passíveis de tratamento, cura e prevenção. Encontramos dificuldade em encontrar material específico sobre cuidados ou atenção psicossocial no caso de depressão. Há um número muito grande de artigos científicos com ênfase maior no modelo biomédico, com tratamento caracterizado pelo uso de medicamentos e atendimento psicoterápico individual.

Então, podemos ao final dizer que a depressão é um fenômeno complexo, que reflete os tipos de relações interpessoais do indivíduo e da sociedade em que está inserido e que no século XXI, em meio a uma sociedade capitalista e consumista, temos em decorrência desse modelo de sociedade, a medicalização e a medicamentação do sofrimento humano, sendo esse, um processo do biopoder como possibilidade de controle de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, R. E. *The Concise Oxford*. Oxford: Clarendon Press, 1990.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BORBA, Caroline .Centros de Atenção Psicossocialoferecem atendimentos para diersos tipos de aflições mentais.Revista Humanista,2018.Disponível em:<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/18/centros-de-atencao-psicossocial-oferecem-atendimento-para-diversos-tipos-de-aflicoes-mentais/>

CALDIROLI, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustaya, C., Abbass, A. & Buoli, M. (2020). Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Mood Disorders: A Critical Review. *Journal of Affective Disorders*, 273(1), p.375-379.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 29, n. 67, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em:<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20359>>

CELLARD, A. *A Análise Documental*. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP (organizadores). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.

COSER, O. *Depressão: clínica, crítica e ética* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 170 p. Coleção Loucura & Civilização. ISBN: 85-7541-030-X. Available from SciELO Books

COSTA-ROSA, Abílio da. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis , v. 18, n. spe, p. 37-54, dez. 2019

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 346-354, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Apr. 2021

DARÉ, Patrícia kozuchovski, CAPONI, Sandra Noemi. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Estudos Contemporâneos da subjetividade**, Rio de Janeiro volume 7, número 1, p.12 a p.24, novembro de 2016.

DOS SANTOS, R. B., & ZAMBENEDETTI, G. (2019). Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. *Salud & Sociedad*, 10(1), 22-37. doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00002

FIOTEC. Você Sabe oque são os Caps e como eles funcionam? FIOTEC, 2018. Disponível em: <https://www.fiotec.fiocruz.br/index.php/noticias/projetos/5324-voce-sabe-o-que-sao-os-caps-e-como-eles-funcionam>

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subj.**, Fortaleza , v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016

GONÇALES, C. e MACHADO, A.L. Depressão, o mal do século: de que século? *Revista de Enfermagem. UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 298-304.

GUIMARÃES, A.R. As melancolias e as depressões: o biopoder, as produções de sentido e de discursos. *Cad. Psicanál. (CPRJ)*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 34, p. 93-111, jan./jun. 2016.

GUSSO, Gustavo. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1241-1250, Apr. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401241&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Apr. 2021. Epub Apr 06, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>

LEADER, Darian. Além da depressão. Rio de Janeiro, Best seller, 2011

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, ANO: 2019 Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em: 21/08/19

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 911-920, mar. 2017 .

PERES, Urania Tourinho. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

PINHEIRO, T. Escuta psicanalítica e novas demandas clínicas: sobre a melancolia na contemporaneidade. *Psychê* — Ano VI — nº 9 — São Paulo — 2002 — p. 167-176

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicol. clin.* , Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, pág. 147-168, 2010.

POWELL, Vania Bitencourt et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* , São Paulo, v. 30, supl. 2, pág. s73-s80, outubro de 2008.

RABINOW, P, ROSE N. O conceito de biopoder hoje. *Polít Trab Rev Cienc Soc.* 2006; 24:27-57.

ROSA, Bárbara Paraíso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

SANTOS, Carolina Marins. Visão sobre depressão sofreu transformações ao longo da história. *Jornal da USP*, 18 de jan. de 2017. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/?p=63223>> Acesso em : 12/04/2021

SOALHEIRO, Nina Isabel; MOTA, Flavio Sagnori. Medicalização da vida: Doença, Transtornos e Saúde Mental / Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 4, n. 2, p. 65-85, dez. 2014. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/49807>>

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 21, supl. 1, pág. 18-23, maio de 1999.

TAVARES, LAT. A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3.

TELES Maria Luiza Silveira. O que é depressão. São Paulo Brasiliense, 1999.

WHITAKER, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ZORZANELLI, R. T., CRUZ, M.G.A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*, 2017.