

Aspectos do Discurso Médico-Científico sobre a Depressão No Brasil - 1957-2001

Dados publicados pela OMS em 2006 apontaram que o quadro clínico comumente caracterizado como “depressão” (em Psiquiatria, **Transtorno Depressivo Maior**) é o fator que mais predispõe ao suicídio, mas que outros fatores – como o uso de drogas, álcool, transtornos bipolares, esquizofrenia, antecedentes familiares, diagnóstico soro-positivo de AIDS e contexto sócio-educacional pobre – intensificam a propensão ao ato.

A depressão atinge hoje, oficialmente, mais de 450 milhões de pessoas em todo o mundo, extra-oficialmente, porém, supõe-se que esse número seja ainda maior. Está em quarto lugar entre as doenças que provocam o afastamento das pessoas de suas atividades cotidianas, mas segundo projeções da OMS, em 2030 será a maior causa de afastamento e morte, a doença mais comum do mundo, tal qual são hoje, por exemplo, as doenças cardíacas.

Não precisamos nos embasar somente nos dados da OMS para que nos alarmemos: quem de nós não conhece alguém que sobrevive à custa de medicamentos denominados antidepressivos? Em muitos casos, esses medicamentos não foram ministrados por um Psiquiatra após um diagnóstico específico, mas por Clínicos gerais ou Ginecologistas... E quem não conhece alguém que se suicidou?

Existe até um dia mundial de combate ao suicídio, 10 de setembro. Mas, quem ouviu falar dele? O suicídio ainda permanece envolto em tabu: causa transtornos emocionais, sociais e psíquicos diferenciados entre parentes e amigos, diferente de mortes ocasionadas por outros fatores.

Já sobre a depressão, os debates são mais intensos. Acompanhando esses debates e casos concretos de pessoas diagnosticadas como depressivas – algumas das quais chegaram ao suicídio – nos deparamos com algumas questões.

Afinal, o que é a depressão? Quando e em que contexto surgiu esse conceito? O que ele caracteriza? É a depressão uma doença? Se é, como se manifesta? Por que atinge tantas pessoas? Será que todas as pessoas que tomam antidepressivos sofrem *realmente* de depressão? Como uma pessoa depressiva chega ao suicídio? De que forma a depressão e o suicídio desafiam os poderes e saberes que procuram delimitar,

regulamentar, ordenar a vida para sobre ela exercer o seu controle? Como se estabelece uma rede de dominação e sujeição da vida, quando ela escapa, silenciosamente, numa tentativa de suicídio que “deu certo”? O que podem os saberes médico e jurídico diante de uma potência tão forte quanto a pulsão de vida, que é a pulsão de morte?

Para tentar equacionar essas questões desenvolvemos essa proposta de investigação, que visa localizar e mapear os primórdios do discurso médico-científico sobre a depressão no Brasil, mediante a análise de artigos publicados em revistas médicas nacionais no período situado entre os anos de 1957 e 2001.

O objetivo é detectar nos artigos produzidos por psiquiatras os elementos constitutivos de um saber e de uma prática médica específica, que vai delinear o conceito de depressão e as estratégias para o seu controle valendo-se, sobretudo, da teoria de que se trata de um distúrbio psíquico relacionado à diminuição de certas aminas (neurotransmissores) no cérebro. A constatação, na década de 1950, de que certas drogas psicotrópicas atuam sobre os neurotransmissores, podendo metabolizar suas funções, parece ter correlação direta com essa teoria.

Pretendemos, no entanto, discutir criticamente essa teoria, à luz do conceito de biopolítica cunhado pelo filósofo Michel FOUCAULT¹ no final dos anos de 1970 e explorado por filósofos contemporâneos, dentre os quais, Paula SIBILIA², Peter Pal PÉLBART³, Antonio NEGRI e Michael HARDT⁴.

Em se tratando do contexto de transição daquilo que FOUCAULT denominou como uma *sociedade disciplinar* para uma *sociedade de controle*⁵, pode-se pensar que a depressão e o suicídio, ainda que evoquem situações de morte, ainda que invoquem a morte, podem ser compreendidos como estratégias de resistência às redes de dominação biopolítica instituídas pelos saberes-poderes, que direcionam seu foco justamente sobre

¹ FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

² SIBILIA, Paula. *O Homem pós-orgânico*. Corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

³ PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003

⁴ HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Império*. Tradução de Berilo Vargas. 4 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002.

⁵ * A passagem da *sociedade disciplinar* para a *sociedade de controle*, embora não tenha sido explorada de forma explícita por FOUCAULT foi delineada pelo filósofo, como demonstra Giles DELEUZE em obra intitulada *FOUCAULT*, publicada em 1986 em Paris pela Minuit.

a vida, tornando-a possível, fazendo-a viscerar, perdurar. Como eles podem agir quando essa vida, escapa, silenciosamente, numa tentativa de suicídio?

Dessa maneira, levantamos a hipótese de que o discurso e a prática psiquiátrica que delinearam o conceito de depressão, instituíram um quadro clínico a ele relacionado e formas de intervenção clínico-farmacológica para sobre ele exercer seu controle manifestam-se como estratégias biopolíticas enraizadas num contexto de dominação, surgido a partir do período imediatamente posterior ao fim da Segunda Guerra Mundial e caracterizado como *sociedade de controle*.

A escolha do ano de 1957 como marco inicial da pesquisa justifica-se por representar o ano em que os medicamentos denominados *tricíclicos* bem como os chamados *inibidores de monoaminoxidase* (IMAOs) passaram a ser utilizados com fins psiquiátricos no tratamento da depressão.

A história desse tipo de medicamentos teve início no ano de 1951 quando se verificou que dois inibidores da monoaminoxidase – isoniazida e iproniazida – inicialmente utilizados no tratamento de tuberculose, melhoravam o humor dos pacientes.

Em 1952 o mecanismo de ação da iproniazida foi associado à inibição da enzima monoaminoxidase. Esta enzima, presente em inúmeros tecidos e órgãos do corpo humano, tem como propriedade metabolizar monoaminas como a dopamina e a noradrenalina.

A partir de 1957 teve início o uso em Psiquiatria da iproniazida. Por esta mesma época os chamados medicamentos tricíclicos (que têm esse nome porque apresentam em sua estrutura química uma cadeia de três anéis) já eram utilizados como antidepressivos. O primeiro deles foi a Imipramina, desenvolvida inicialmente para o tratamento da esquizofrenia. Os tricíclicos também atuam sobre os neurotransmissores, bloqueando a recaptção da serotonina e da norepinefrina, aumentando, desta forma, seus níveis no cérebro.

Tricíclicos e IMAOS (inibidores da monoaminoxidase) atuam diretamente no Sistema Nervoso Central junto às substâncias responsáveis pela transmissão de informações dos neurônios pré-sinápticos. Essas substâncias são denominadas *neurotransmissores*. Dentre os neurotransmissores mais conhecidos estão a Dopamina, o GABA, a Serotonina, a Noradrenalina, a Acetilcolina e o Glutamato.

Cada um desses neurotransmissores está associado a uma função específica em nosso SNC e atuam de modo diferenciado em sistemas que recebem a caracterização de seus neurotransmissores (ex. sistema dopaminérgico).

No final da década de 1980, em virtude dos efeitos colaterais relacionados aos medicamentos tricíclicos e aos IMAOS, foram desenvolvidos os chamados *Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina* (ISRS), lançados comercialmente como os antidepressivos da “família” do PROZAC (Fluoxetina) e caracterizados como “pílulas da felicidade”.

Finalmente, o ano de 2001 constitui o limite da nossa investigação por representar a data do lançamento no Brasil de um novo tipo de medicamento: o Ixel® que atua como inibidor da recaptação da serotonina e da noradrenalina, mas que apresenta menos efeitos colaterais que os tricíclicos então conhecidos.

Os medicamentos denominados antidepressivos, atualmente, são utilizados no tratamento do Transtorno de Depressão Maior além de outros quadros clínicos, entre eles: Distímia, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) e até de Tensão Pré-Menstrual (TPM).⁶

Segundo especialistas - as Drogas Psicotrópicas – entre as quais se incluem os medicamentos tricíclicos e os IMAOS desenvolvidos a partir de 1957 – atuam de modo a alterar a ação de certos neurotransmissores produzindo modificações nos estados de humor, no comportamento e na cognição.

Por isso, são consideradas as principais estratégias farmacológicas de combate à depressão, caracterizada por certos estudiosos de Psiquiatria, como um transtorno de humor.

Em busca de uma caracterização para a depressão recorreremos primeiramente ao DSM - IV⁷ que caracteriza a Depressão (Transtorno Depressivo Maior) como um Transtorno de Humor em que um ou mais episódios de humor deprimidos se sucedem por um tempo de pelo menos duas semanas.

Por Episódio Depressivo Maior, o DSM – IV entende:

⁶ SONENREICH, Carol; Estevão, Giordano; ALTENFELDER FILHO, Luis de Moraes. Depressões. In: _____. **Psiquiatria: propostas, notas, comentários**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. P. 85-121.

⁷ DSM-IV-TR – TM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelle. 4 ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002.

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de 2 semanas durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. (...) . O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um Episódio Depressivo Maior, a presença de um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado, em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos 2 semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.⁸

Embora se caracterize pela permanência de um humor triste por um período longo de tempo, o Transtorno Depressivo Maior, segundo o discurso psiquiátrico atual, distingue-se da tristeza comum e até da Melancolia, não podendo ser conceituado somente como uma designação contemporânea para um quadro melancólico: a melancolia passa a ser um dos sintomas inseridos num quadro clínico mais abrangente de depressão.

Segundo alguns autores, a velocidade dos processos psíquicos constitui um elemento importante na caracterização de um quadro de Depressão Maior. SONENREICH destaca que o termo depressão denota um quadro clínico caracterizado pela “... lentificação dos processos psíquicos (L) em um campo vivencial estreitado (E).”⁹

O diminuição da velocidade dos processos psíquicos e motores denota a associação entre lentificação e peso e entre peso e tristeza profunda, como demonstra SONENREICH:

Associamos a “lentidão” com a idéia de peso e, por intermédio desse, com tristeza. Na física, a aceleração corresponde a perda de peso. Um corpo submetido a uma aceleração maior que 8km/s perde o peso, libera-se da gravidade e escapa a atração terrestre, entre em órbita. A lentidão dos movimentos sugere grande peso, dificuldade de vencê-lo. O deprimido parece estar lentificado pelo peso enorme que suporta. (...) Não identificamos leveza com velocidade e alegria, mas é indiscutível que em muitos casos essa associação é válida.¹⁰

⁸ Ibid., p. 348-349.

⁹ SONENREICH; ESTEVÃO; SILVA FILHO op cit., p. 85.

¹⁰ Ibid., p. 87.

Ainda segundo SONENREICH, além da lentificação dos processos psíquicos e motores, outra característica que denota o estado depressivo é o estreitamento do campo vivencial: o deprimido vai se afastando de círculos de vivência, iniciando pelos círculos sociais mais amplos – trabalho, escola, lazer com amigos – passando pelo círculo da vivência familiar até o círculo psicológico e corporal.

Por exemplo: o deprimido começa a se afastar, primeiramente, do trabalho ou do estudo, depois passa a evitar situações de convívio familiar, num estágio seguinte, sente-se sem forças até mesmo para levantar da cama, sair do quarto, se alimentar ou tomar banho. Segundo SONENREICH, nesse estágio, quando a pessoa mencionar idéias suicidas, elas devem ser levadas a sério, porque as chances delas se concretizarem são altas.

Segundo o discurso psiquiátrico, os antidepressivos foram desenvolvidos como estratégias de intervir, paralisar esse processo, evitando que descaíam em tentativas suicidas, no entanto, como vimos anteriormente, tanto os casos de depressão quanto de suicídio a ela relacionados vem aumentando vertiginosamente, sobretudo, nas três últimas décadas. Na mesma proporção vemos aumentar o número de pessoas medicadas com antidepressivos.

Apontada como um “transtorno de humor” a Depressão Maior vigora na lista de transtornos mentais do DSM-IV-TR e é considerada uma das principais vias para o suicídio bem como para outros transtornos mentais. Se avaliarmos criticamente esse estado de coisas, teremos um quadro assustador: um número considerável de pessoas sobrevive hoje, no Brasil – algumas há mais de dez anos - às custas de medicamentos que intervêm no seu Sistema Nervoso Central para controlar suas emoções e evitar que a tristeza profunda, a sensação de angústia, a lentidão, o desânimo abissal tome conta de suas vidas até o ponto de desejarem a morte.

O que mais nos instiga é: como chegamos a isso? O que nos parece é que as formas de intervenção médica relacionadas a esse quadro, mais do que constituir instrumentos para sua reversão parecem funcionar como paliativos, possibilitando que através da intervenção farmacológica – a terapia não é apontada como a forma mais usual de se tratar a depressão, especialmente porque demanda um tempo maior e, em muitos casos, um investimento maior – as pessoas afetadas pela depressão possam ter “uma vida normal”: especialmente, possam continuar trabalhando, consumindo...Ainda

que o preço disso seja a ausência de si mesmo, a suspensão de suas emoções. Ainda que o preço seja viver como “cybers zumbi”, para nos valer da expressão cunhada por CHÂTELET¹¹.

Uma pesquisa histórica sobre o discurso médico relacionado a depressão justifica-se na medida em que segundo o discurso médico, o estado depressivo afeta, hoje, milhares de pessoas no Brasil e milhões de pessoas no mundo, sendo mesmo considerado por alguns especialistas a “a doença do nosso tempo”.

Ao lado do diagnóstico muitas vezes apressado de depressão, temos um grande número de pessoas medicadas com psicotrópicos, fato que, segundo nossas investigações preliminares, vem aumentando consideravelmente nas últimas três décadas.

A análise dos primeiros estudos sobre depressão no Brasil pode nos auxiliar a compreender o contexto em que se desenvolveu esse estado de coisas: a origem do conceito de depressão na literatura médica nacional; as primeiras formas de intervenção farmacológica; as implicações biopolíticas relacionadas a esse discurso e a essa prática e como elas vem atuando, desde seus primórdios até o presente.

¹¹ CHÂTELET, Gilles. [Vivre et Penser Comme des Porcs](#). {s.L}, Exils, 1998.