

## Quando o Luto é doença, como Resistir à “Felicidade”? Aspectos da História do Discurso Médico-Científico sobre a Medicalização da Depressão no Brasil – 1947/1989

ANDRÉA MARIA CARNEIRO LOBO SOCUDO\*

Uma história bastante comum em nossos dias: um indivíduo sente-se triste, incapaz, sem forças, sem auto-estima, sem perspectivas. Vai aos poucos desistindo da vida: afasta-se dos amigos, do trabalho... A morte começa a parecer uma possibilidade tentadora, um alívio. É considerado doente (e por que não dizer, perigoso? E se todos começam a pensar desta forma?).<sup>1</sup>

Encaminhado a um médico, um clínico geral ou talvez, um psiquiatra, recebe o diagnóstico: depressão. Passa a ser medicado com substâncias que agem diretamente sobre seus neurotransmissores. É orientado a pensar que o que tem não é tristeza, mas tão somente um desequilíbrio químico. Medicado, volta à vida e a todas as situações que, de alguma forma, um dia o fizeram querer morrer. Mas agora, elas já não o atingem: desempenha suas funções na sociedade, trabalha, estuda, produz, consome, faz dívidas... Um tanto ausente de si mesmo, mas, de volta à “normalidade”, diluído, outra vez, na população, como tantos outros. Um ser vivo, funcional e sob controle.

Na atualidade, antidepressivos constituem a forma mais usual de intervenção médica

---

\* Universidade Federal do Paraná. Doutoranda em História.

<sup>1</sup> De acordo com a OMS, a cada 40 segundos ocorre uma morte auto-infligida, sendo o suicídio a terceira maior causa de morte de pessoas na faixa etária entre 15 a 44 anos. Detalhe: a cada tentativa de suicídio que resulta em morte, há pelo menos vinte que “fracassaram”. E segundo projeções da OMS, isso tende a aumentar...O número de suicídios no mundo aumentou 60% nos últimos anos e é atualmente uma das três principais causas de morte entre a população jovem. Grande parte desse total, algo em torno de 85 %, vivem em países em desenvolvimento – como o Brasil – e situa-se nas classes média e baixa. Dados publicados pela OMS entre 2006 e 2010 apontaram também que o quadro clínico comumente caracterizado como “depressão” (em Psiquiatria, **Transtorno Depressivo Maior**) é o fator que mais predispõe ao suicídio. A depressão atinge hoje, oficialmente, mais de 450 milhões de pessoas em todo o mundo. Está em quarto lugar entre as doenças que provocam o afastamento das pessoas de suas atividades cotidianas e, 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. A forma mais comum pela qual a depressão é tratada atualmente é através da terapia com antidepressivos e ansiolíticos. Segundo pesquisas feitas pela IMS Health em 2009<sup>1</sup>, o consumo de antidepressivos cresceu de modo expressivo nos últimos anos, especialmente em países emergentes, como o Brasil, Índia, Rússia, México, Turquia e Coreia. Esses países representam juntos 50 % do consumo desse tipo de medicamento no planeta. Só no Brasil, a venda de antidepressivos e ansiolíticos aumentou 44,8 % entre os anos de 2005 e 2009, número considerado muito acima da média mundial. Ainda segundo a IMS Health, o ansiolítico benzodiazepínico comercializado como *Rivotril*, é atualmente o segundo medicamento mais vendido nas farmácias brasileiras, “perdendo” apenas para o anticoncepcional Microvlar.

sobre o que os manuais psiquiátricos definem como um transtorno de humor de causas bioquímicas, denominado depressão. Mas, afinal, será que todas as pessoas que consomem antidepressivos podem ser consideradas doentes? A partir de que momento e por que a depressão passou a ser considerada uma doença passível de ser tratada com medicamentos? Como era realizado o tratamento da depressão antes do desenvolvimento dos antidepressivos?

A partir dessas problematizações, desenvolvemos essa investigação. Nosso objetivo central consiste em analisar as origens e os desdobramentos do discurso<sup>2</sup> médico-científico sobre a administração de psicofármacos para o tratamento da depressão no Brasil, recuando ao período imediatamente anterior ao aparecimento desse tipo de medicamento (na década de 1950) ou seja, aos anos de 1940, quando se expandiram as pesquisas e os tratamentos com barbitúricos e convulsoterapia, até 1989, quando começam a ser comercializados os psicofármacos do grupo dos ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina), dentre eles, a Fluoxetina e a Sertralina.

Nosso intuito foi investigar, mediante a análise de artigos médicos publicados em revistas nacionais, as implicações teóricas e práticas de um determinado saber que delineia os contornos da depressão como um distúrbio mental passível de ser tratado com medicamentos. Partimos da hipótese de que a ampliação dos diagnósticos de depressão e o aumento da administração e consumo de psicofármacos faz parte de um contexto maior, caracterizado, entre outras coisas, pelo fortalecimento da Psiquiatria Biológica em detrimento da Psicanálise no tratamento de distúrbios mentais, contexto esse que pode ser elucidado a partir dos estudos atuais sobre

---

<sup>2</sup> O conceito de discurso que permeia este estudo relaciona-se à obra do filósofo Michel FOUCAULT (1926-1984). Em FOUCAULT discurso pode ser compreendido, em linhas gerais, como a expressão prática e teórica de um determinado tipo de saber. Dessa forma, não dissocia a ação da teoria, ou o poder do saber, visto que para este autor todo discurso é, em si, um exercício de poder. O poder se encontra distribuído nas mais diferentes estâncias sociais e se ancora em saberes, que, em nosso tempo, remetem ao universo acadêmico. Pode-se ainda entender *discurso* como o domínio comum de declarações que se manifestam, por vezes, sob a forma de enunciados e às vezes como prática reguladora e que tem como característica fundamental a pretensão de verdade.

história da Psiquiatria e problematizado a partir do conceito de *Biopolítica*<sup>3</sup>, do filósofo Michel Foucault.

### A Depressão antes dos Antidepressivos

De acordo com a tendência que predomina no saber psiquiátrico brasileiro na atualidade, depressão é definida como distúrbio mental de causas biológicas, mais precisamente, neurológicas: um transtorno de humor relacionado ao desequilíbrio de substâncias químicas que atuam como neurotransmissores entre os neurônios. No entanto, investigando como era conceituada e tratada a depressão no Brasil, uma década antes da disseminação da descoberta daqueles que viriam a ser considerados medicamentos antidepressivos, observamos algumas questões interessantes.

Primeiramente, que melancolia ainda era o termo predominante para nomear o que se acreditava ser um distúrbio psíquico caracterizado pela lentidão motora, tristeza profunda e sem causa aparente seguida da perda de interesse generalizado pelas atividades cotidianas. No entanto, essa designação vai paulatinamente cedendo lugar à depressão, como mostra a definição a seguir, presente na quarta edição do “Manual de Psiquiatria”, publicada em 1946, pelo médico brasileiro Henrique Belfort Roxo (1877-1969):

*Estados depressivos – Esta designação é dada na psicose maníaco-depressiva aos casos que outrora eram chamados de melancolia. Os seus sintomas fundamentais são: humor triste, associação demorada de idéias e movimentação vagarosa. Pode-se ter um exemplo, embora grosseiro, da melancolia, em seu grau mínimo no estado mental de quem teve uma grande hemorragia. Vê-se que o indivíduo, muito pálido e deprimido,*

---

<sup>3</sup> A era do *biopoder*, de acordo com FOUCAULT, pode ser dividida em duas fases. A primeira localizada entre os séculos XVII e primeira metade do século XVIII, caracteriza-se pelo desenvolvimento do *corpo-máquina*; e a segunda, que se desenvolveu a partir da segunda metade do século XVIII, tinha como meta o *corpo-espécie*. À busca pela instituição do *corpo-máquina* se relaciona o propósito da integração do corpo humano a controles eficazes, direcionados à finalidades econômicas. Já o *corpo-espécie* manifesta o ideal do corpo transpassado pela mecânica do ser vivo, o corpo entendido como suportes de processos biológicos, sobre os quais passam a incidir os mecanismos de saber-poder. À implementação de mecanismos de saber-poder dirigidos ao *corpo-máquina* se vinculam dispositivos de vigilância e disciplinarização. No contexto de uma biopolítica, o controle se destina às populações – visando mapear, conduzir fenômenos como nascimento, reprodução, deslocamentos, doenças e morte.

*tem a fisionomia muito triste, custa a raciocinar a respeito do que se lhe diz, e dificilmente se move de um lugar para outro. Há essencialmente um estado de grande astenia, acompanhado de profunda tristeza.* (ROXO, 1946: 269).

Segundo Marco Antônio Teixeira (2005) a melancolia (assim como todas as doenças mentais) aparece, pela primeira vez, como uma patologia cuja localização deveria ser procurada no cérebro na obra do médico alemão W.Griesinger (1817-1868). Griesinger teria sido também o primeiro a afirmar que algumas doenças mentais são curáveis, enquanto outras, apenas tratáveis (TEIXEIRA, 2005: 48). Também na Alemanha, entre o final do século XIX, Emil Kraepelin - considerado o pai da *psicobiologia* - (1856-1926) criou uma classificação nosográfica em que a melancolia foi integrada à insanidade maníaco-depressiva e fundida, posteriormente, à psicose maníaco-depressiva.

Kraepelin continuou a adotar o termo melancolia, enquanto Adolf Meyer (1866-1950) foi um dos principais responsáveis pela paulatina substituição do termo melancolia por depressão. Considerava o primeiro inapropriado uma vez que remetia à literatura romântica; já o termo depressão seria mais adequado à caracterização de um distúrbio específico dentro da nosografia da ciência psiquiátrica, em plena ascensão (TEIXEIRA, 2005:48).

Na literatura psiquiátrica brasileira já existia na década de 1940 a tendência em associar o transtorno mental definido como depressão à causas físicas e biológicas, no entanto, essas causas diziam respeito à circulação do sangue nas células nervosas. No Manual do Dr. Belfort Roxo, por exemplo, a origem da depressão seria uma espécie de “anemia cerebral”, segundo ele: “Há um efeito de anemia cerebral e as células nervosas, escassamente nutridas, elaboram vagarosamente o pensamento”. (ROXO, 1946: 269)

O pensamento vagaroso, a lentidão psíquica, apontada como uma das características cruciais de um estado depressivo seria causada, fundamentalmente, por um irrigamento sanguíneo insuficiente das células nervosas. Inversamente, a mania (humor alegre, movimentação constante e exagerada, associação rápida e por vezes, fugidia de ideias) seria ocasionada, segundo o mesmo autor, pela super excitação das células cerebrais relacionada ao fluxo maior do que o normal de sangue no cérebro. Células cerebrais pouco irrigadas = pensamento vagaroso, logo,

depressão. Células cerebrais excessivamente irrigadas = pensamento muito rápido e desconexo, logo, mania. Estados maníaco-depressivos: estados em que os dois episódios se alternariam.

Referenciando a classificação de Kraepelin, Belfort Roxo categoriza melancolia (ou depressão) em três subtipos: *melancolia simples*, *melancolia com estupor* e *melancolia paranóide*. O que diferencia cada um desses subtipos é a gravidade do estado melancólico. Enquanto no tipo simples, há tristeza, auto desvalorização, lentidão e desinteresse generalizado, na melancolia com estupor observa-se, segundo Roxo, a completa suspensão de toda forma exterior de atividade. Já as ideias de perseguição com alucinações auditivas e interpretações delirantes são comuns no subtipo paranóide.

A *melancolia simples*, ao que parece, seria o quadro que mais se assemelharia ao que atualmente é diagnosticado como depressão e é assim definida por Roxo:

*Na classificação de Kraepelin há como primeira forma de melancolia a simples. Não há delírio. O raciocínio é inteiramente lógico, somente eivado de um acentuado grau de tristeza. Às vezes, o doente chora muito, mas freqüentemente se queixa êle de que as lágrimas se lhe secaram e de que nem mais o consôlo do pranto pode ter. Engolfado na sua tristeza, não presta grande atenção ao que o rodeia e muitas vezes é preciso insistir duas e mais vezes, para que dê uma resposta qualquer. Não é que, como na confusão mental, não compreenda, mas é que cousa alguma lhe desperta interesse e, conseqüentemente, não presta atenção. (ROXO, 1946: 269).*

Portanto, segundo o psiquiatra brasileiro, a origem da melancolia e da mania, assim como da psicose maníaco-depressiva é neurológica: concebe como fator determinante para sua manifestação a perturbação vasomotora das células nervosas possivelmente desencadeada por um distúrbio endócrino. No entanto, embora acate essa causa biológica como explicação definitiva, concebe também fatores hereditários e ocasionais que desencadeariam a melancolia. Entre estes, o coeficiente emotivo:

*Como na essência íntima se trate de um distúrbio vasomotor cerebral, compreende-se bem que uma perturbação endócrina possa suscitá-la. No entanto, se esta fôr muito intensa, haverá uma grave auto-intoxicação e, por exemplo, a esquizofrenia. É preciso que ele seja ligeira e baste apenas para provocar uma irrgação que traga o reflexo vasomotor. Sem o abalo moral só excepcionalmente surgirá a psicose maníaco-depressiva. Tenha uma pessoa uma suspensão catamenial e nada a contrarie, não ficará louca. Diminuíam um pouco as regras e haja um grande aborrecimento: poderá vir a psicose maníaco-depressiva. (ROXO, 1946: 274)*

Estudos e exames com o objetivo de comprovar alterações endócrinas, físicas, sanguíneas e anatomopatológicas em indivíduos considerados melancólicos, maníacos ou com os dois quadros alternados, são indicados pelo autor, que parece conferir maior importância às alterações biológicas que as comportamentais.

Em relação ao tratamento, indicava desde escalda-pés, raios ultravioleta, soro isotônico, massagens e banhos mornos prolongados até os tranqüilizantes por via gástrica ou intramuscular. Em relação aos tranqüilizantes, destaca-se nas receitas do Doutor Henrique Belfort Roxo, amparadas grandemente em literatura estrangeira atualizada na época: tintura de beladona, solução milesimal de adrenalina, cloral, luminal (fenobarbital, barbitúrico) e extrato fluido de Damiana. Para casos mais graves, menciona a intervenção cirúrgica no lobo frontal, desenvolvida pelo médico português Antônio Esga Moniz em 1935: a *Leucotomia* (ou Lobotomia). (ROXO, 1946:283-285)

## **A Convulsoterapia**

Belfort Roxo não menciona para o caso específico do tratamento da depressão, a eletroconvulsoterapia, mas este era o tratamento “moderno” considerado mais eficaz pelo psiquiatra cubano E. Mira Y Lopez, no manual “Psiquiatria Básica” traduzido para o português em 1949 (LOPEZ, 1949: 251).

A história da convulsoterapia remonta ao final do século XVIII, quando Roess atestou que pacientes que sofriam de algum transtorno mental apresentavam melhora após serem inoculados

com vacina contra a varíola. Desde então, médicos favoráveis a uma explicação biológica para os chamados *males da mente*, cogitavam sobre a incompatibilidade entre esse tipo de doença e as convulsões. No entanto, foi somente nas primeiras décadas do século XX, entre 1917 e 1935, que métodos para a indução de choque fisiológico começaram a ser desenvolvidos. (STONE, 1999).

Primeiramente, Wagner-Jauregg ganhador do prêmio Nobel em 1927, utilizou febre induzida por malária para tratar *paresia* de origem neurosifilítica. Depois, em 1927, vieram as experiências com os comas e convulsões induzidos por insulina conduzidas pelo médico polonês Manfred Sakel para tratar esquizofrênicos. Em Budapeste, o neurologista Von Meduna, em 1934, utilizou metrazol para provocar convulsões em pacientes portadores de psicoses afetivas e esquizofrenia. Finalmente, em 1937, os italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini desenvolveram a técnica da convulsoterapia elétrica (Eletroconvulsoterapia) para tratar, sobretudo, pacientes esquizofrênicos.

Num primeiro momento, esse tipo de terapia estava voltado mais ao tratamento das chamadas psicoses, em especial, vinculadas a quadros clínicos de Esquizofrenia, e constituíam campo de interesse, sobretudo, dos adeptos de uma interpretação biológica das doenças mentais. A estes se opunham profissionais influenciados pelas ideias de Sigmund Freud e adeptos de uma interpretação psicológica, sobretudo, das neuroses. No entanto, tanto nos Estados Unidos e Europa, como no Brasil, antes e depois do advento dos psicofármacos, até os dias atuais, há relatos do uso de ECT também para tratar de casos de *Depressão Maior*, com ou sem sintomas psicóticos.

No Brasil, localizamos teses de Doutorado e artigos científicos sobre o uso de convulsoterapia a partir do ano de 1940, sendo os dois mais antigos artigos publicados na **Revista de Neurobiologia de Pernambuco**. Ambos versam sobre convulsoterapia induzida por processos químicos: o primeiro, da autoria de João Marques de Sá e intitulado *Considerações sobre a Convulsoterapia na Assistência a Psicopatas de Pernambuco*, publicado em 1940, e o segundo, de Renê Ribeiro, publicado na mesma revista em 1941 e intitulado *Ensaio da Associação Picrotoxina-Pentametilnotetrazol na Convulsoterapia*.

Nossas pesquisas indicam até o momento que estudos clínicos sobre o emprego da convulsoterapia elétrica são publicados pela primeira vez no Brasil em 1943 nos **Anais do Instituto de Psiquiatria** e trazem o cotejo entre a eletroconvulsoterapia e a convulsoterapia química, provocada por Cardiazol (SOUZA: 1943). Naquele mesmo ano, um estudo chamou a atenção: o artigo de Paulo Pinto PUPO: *Acidentes encefálicos da convulsoterapia*, dos **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. (PUPO: 1943)

Esses artigos versam, sobretudo, sobre o emprego da convulsoterapia em pacientes internados em instituições asilares. O número de textos relacionados ao tema cresce na segunda metade da década de 1940 e no ano de 1950 já é possível encontrar anúncios de aparelhos de terapia profunda a 220 KVP destinados ao tratamento com ECT. No entanto, descobertas realizadas na década seguinte viriam a modificar radicalmente esse quadro: o desenvolvimento de drogas psicoativas, a partir de 1951.

## **Dos IMAOS ao ISRS: a Trajetória da Medicalização da Tristeza**

José Caruso MADALENA (1916-2010), que atuou como Chefe das Pesquisas com Drogas Psicotrópicas na Casa de Saúde Dr. Eiras e Secretário Geral da Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro, foi um dos principais responsáveis pelo estudo e introdução de psicofármacos na terapêutica psiquiátrica no Brasil. Em 1966, o médico e pesquisador, afirmava que a Psicofarmacologia, ao lado da Psicanálise e da Convulsoterapia, constituiu um dos três maiores marcos na história da terapêutica dos chamados males da mente. (MADALENA, 1966:44).

Essa história teve início em 1950, ano em que a clorpromazina foi sintetizada na França por Laborit e utilizada em pacientes psiquiátricos por Delay e Deniker a partir de 1952. Criada inicialmente para ser um anti-histamínico – medicamento utilizado em processos decorrentes de reações alérgicas - observou-se que a clorpromazina era um tranqüilizante que agia sem provocar a sedação. (SOUZA, 1977: 443). Passou a ser testada em pacientes portadores de distúrbios mentais considerados graves, como a Esquizofrenia, atuando, portanto, como um neuroléptico (antipsicótico).

A história dos psicofármacos destinados à terapia da depressão e da ansiedade também teve início na década de 1950. Os primeiros foram os chamados IMAOS (Inibidores da Monoaminoxidase). Em 1951, a Isoniazida, assim como seu derivado isopropílico, a Iproniazida, inicialmente utilizadas na quimioterapia da tuberculose, foi sintetizada por KLINE e utilizada no tratamento de pacientes deprimidos. Verificou-se que a Iproniazida produzia melhora no humor dos pacientes – tornava-os eufóricos, animados – sem que isso representasse uma melhora em seu estado físico. No mesmo ano, o laboratório ROCHE confiou a pesquisa das propriedades da droga a vários pesquisadores e em 1952, a **American Review of Tuberculosis** publicava os primeiros artigos sobre o uso da Isoniazida em pacientes deprimidos. Ainda em meados da década de 1950, o laboratório ROCHE lançava no mercado a Iproniazida sob o nome comercial de *Marsilid*. (SOUZA, 1977: 443).

A monoaminoxidase é uma enzima presente em inúmeros tecidos e órgãos do corpo humano e que tem como uma de suas propriedades metabolizar monoaminas como a dopamina e a noradrenalina. O desequilíbrio na concentração de neurotransmissores (como a noradrenalina) no sistema nervoso central passou a ser então considerado uma das principais causas da depressão. Era o princípio da teoria de que a depressão, um episódio caracterizado como transtorno de humor ou transtorno afetivo, tinha uma causa química, orgânica, conforme destaca Ivan de SOUZA em artigo publicado em 1977 na revista **A Folha Médica**:

*Ao nosso ver o que é mais importante na idéia de KLINE ao ensaiar a droga IPRONIAZIDA, é que as propriedades bioquímicas do psicofármaco levaram à teoria de que a depressão mental poderia ser resultado de um transtorno no metabolismo das aminas cerebrais. As experiências de KLINE levaram à síntese de novos fármacos com a mesma capacidade de inibir a MAO e que sejam menos tóxicos que a ISONIAZIDA.* (SOUZA, 1977: 444).

No Brasil, nessa mesma época, surgem os primeiros estudos e práticas psiquiátricas com *Marsilid* em pacientes internados e que apresentavam, entre uma gama variada de sintomas, quadros de depressão. Esse é o caso do artigo publicado pelo Doutor Elso ARRUDA, em 1959. Naquele ano, o diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil e do Centro

Psiquiátrico Nacional, publicou na revista médica **O Hospital** um artigo intitulado: *A Iproniazida em Psiquiatria*. No artigo, apresentava os resultados iniciais de sua pesquisa com *Marsilid* em doses diárias que variavam entre 100 e 150 mg, a vinte e dois pacientes, com diferentes distúrbios psíquicos (psicóticos, esquizofrênicos, maníacos, melancólicos, oligofrênicos) e que apresentavam quadros de depressão. É importante mencionar que as amostras utilizadas na pesquisa foram cedidas pelo laboratório ROCHE, segundo informa o próprio Elso ARRUDA.

De acordo com os resultados narrados na pesquisa, vários dos pacientes tratados apresentaram piora em seu quadro clínico, outros, nenhuma alteração e poucos manifestaram alguma melhora. Na grande maioria dos casos (17 de 22) a medicação não apresentou os efeitos esperados e os pacientes foram reconduzidos ao tratamento por convulsoterapia elétrica. A seguir, transcrevemos um dos casos mencionados no artigo:

*ADAIR PEREIRA DE SOUZA GUIMARÃES – Reg. 23.952-*

*29-8-58 – 100 mg./ de Marsilid*

*Oligofrenia + Depressão (esquizofrênica).*

*Deprimida, idéias de auto-desvalorizaçãpo e de estar abandonada pela família.*

*Obnubilada e apática. Sonolenta, queixa-se de peso no corpo.*

*Pêso atual: 51,3000.*

*Em 11-9-58:*

*Quadro mental inalterado. Ansiedade, facies de grande sofrimento.*

*Incontinência urinária.*

*Pêso atual: 50,000.*

*Em 2-9-58: Passou a tomar 150 mg./dia de Marsilid.*

*Em 10-10-58:*

*Foi interrompido o tratamento depois de 29 dias. O marido da doente, impaciente pelo fato da mesma não melhorar, pediu sua alta; 4 dias após, trouxe-a de volta dizendo que ela continuava acentuadamente deprimida e havia deixado cair dos braços sua filha de meses.*

*Instituída a convulsoterapia elétrica.*

*Após a 2ª aplicação exibiu outra feição no seu quadro mental. Ficou sociável, sorridente, dizendo-se bem melhor.*

*Em 3-10-58*

*Foi transferida para o H. Pedro II. Submetida a convulsoterapia elétrica, melhorou.*

*Alta em 8-3-59, em remissão. (ARRUDA, 1959:73-74)*

O relato do Doutor Elso ARRUDA traz algumas informações interessantes: na paciente, a depressão faz parte de um quadro de distúrbio mental mais complexo, caracterizado como

*Oligofrenia*. Nove dias após o início do tratamento, a paciente havia perdido peso, apresentava quadro de incontinência urinária e ansiedade. Foi então aumentada a dose para 150 mg diários. Passados 29 dias após o tratamento, sem melhora visível no quadro inicial, a administração de Iproniazida foi interrompida – ao que tudo indica, bruscamente – e a paciente obteve alta, por solicitação do esposo. O mesmo, quatro dias depois, solicitou sua reinternação. Transferida para o Hospital D. Pedro II, passou a ser tratada com um método mais convencional e até então bastante utilizado nesse tipo de caso: a eletroconvulsoterapia, ao final de algumas seções, a paciente se disse melhor.

A casuística acima descrita não é a única do gênero. Nos primeiros tempos da introdução dos IMAOS em pacientes que apresentavam quadros de depressão, são comuns as anotações dos médicos a respeito dos efeitos colaterais relacionados a esse tipo de terapia e as considerações favoráveis ao retorno ao ECT como forma mais confiável de tratamento, em que pese a ocorrência de acidentes encefálicos, em alguns casos, fatais, conforme apontado em artigo publicado por José Caruso Madalena na revista **A Folha Médica** em 1981.

Em 1956 o pesquisador Roland Kuhn, da Clínica Psiquiátrica de Munster Linger apresentava ao mundo os resultados de seus estudos sobre as propriedades timolépticas da Imipramina (um protótipo imino-dibenzino tricíclico). Inicialmente testada como uma droga para o tratamento da esquizofrenia, Kuhn percebeu que a Imipramina agia de modo a bloquear o mecanismo de recaptção de alguns neurotransmissores: a serotonina, a norepinefrina e, em menor grau, da dopamina. O aumento da quantidade dessas aminas no cérebro parecia estar relacionado à melhora de um quadro depressivo, por isso, a partir de então, os medicamentos tricíclicos começaram a ser testados e usados como estratégia farmacológica para o tratamento da depressão. (STONE, 1999)

Em virtude de sua alta toxicidade, algumas drogas IMAO saíram de circulação ainda no final da década de 1950, entre elas, a droga Etriptamina (nome comercial *Monase*) que poderia ocasionar efeitos graves como uma doença no sangue conhecida como agranulocitose. Por apresentarem menos efeitos colaterais que os IMAOS, o estudo e a administração de tricíclicos rapidamente se difundiu nos Estados Unidos, Europa e também no Brasil. Dentre os primeiros

medicamentos tricíclicos estudados e administrados no Brasil, estão o Tofranil (nome comercial da Imipramina), a Amoxapina e a Amitriptalina.

No entanto, a década de 1950 seria marcada ainda pela descoberta de um terceiro grupo de psicofármacos: as benzodiazepínicas. Estas acabariam se tornando as drogas mais consumidas pela população estadunidense nas décadas de 1960 e 1970 e constam entre as mais estudadas e indicadas também pelos psiquiatras brasileiros entre as décadas de 1970 e 1980. Os nomes de muitas delas são conhecidos do público em geral: Diazepam (nome comercial *Valium*), Clordiazepóxido (nome comercial *Librium*), Midazolam (nome comercial *Dormonid*), Alprazolam (nome comercial *Frontal*) e Clonazepam (nome comercial no Brasil *Rivotril*).

A sintetização dos primeiros compostos benzodiazepínicos teria ocorrido acidentalmente, em 1954, no laboratório da empresa farmacêutica Hoffmann-La ROCHE pelo químico de origem polonesa Leo Henryk Sternback quando este fazia experimentos para criar um corante químico. O composto criado recebeu o nome de Clordiazepóxido e passou a ser testado oficialmente em 1957, quando puderam ser verificadas suas propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsiantes e de relaxante muscular. Já em 1960 o medicamento poderia ser adquirido nas farmácias estadunidenses com o nome de *Librium*.

No Brasil, a possibilidade da administração de benzodiazepínicos ou de sua combinação com outros medicamentos (como os tricíclicos) atraíram grandemente o interesse de psiquiatras envolvidos com o estudo e a terapêutica dos psicofármacos. Isso pelo fato de os medicamentos dessa espécie combinarem propriedades timoléticas com efeitos antipsicóticos e anticonvulsiantes, funcionando, especialmente, como ansiolíticos. Por apresentarem menor toxicidade, passaram a substituir os barbitúricos atuando como tranqüilizantes leves.

*Desde a introdução do primeiro composto benzodiazepínico, há pouco mais de 10 anos, importante progresso ocorreu no tratamento da ansiedade clínica pela obtenção de novos e mais potentes derivados. Atualmente, é forçoso admitir que os benzodiazepínicos constituem o maior avanço na terapêutica da ansiedade, o que não é devido somente à notável ação ansiolítica destes compostos, mas, também, à excepcional margem de segurança dos mesmos. (CIPARRONE, 1977: p. 117)*

Um exemplo disso foi o caso da Amoxapine, pesquisada e administrada por médicos brasileiros na década de 1970 por mostrar-se eficaz tanto no tratamento das psicoses de fundo afetivo quanto nas neuroses (SOUZA, 1977, p. 448). É o que verificamos em um estudo desenvolvido pelo então chefe de Psiquiatria Forense do Paraná, José Romildo GRABOWSKI e publicado no periódico **A Folha Médica** em 1977.

O autor descreve os resultados de um tratamento com Amoxapine em 21 pacientes tratados ao longo de quatro semanas em regime ambulatorial. O objetivo era verificar a tolerância desse medicamento, até então em pesquisa no Brasil. Segundo a conclusão do artigo, o medicamento se mostrou eficaz no tratamento de síndromes depressivas do tipo não endógeno, mas do tipo situacional e reativa, em que, segundo fala do próprio autor o objetivo desejava-se um efeito terapêutico a curto prazo:

*... A quase totalidade dos pacientes foi diagnosticada com neurose depressiva ou neurose hipocondríaca. Dos 21 pacientes incluídos neste estudo clínico, 10 já haviam sido submetidos a tratamentos anteriores sendo que 4 com eletrochoque e antidepressivos, e 6 com psicofármacos. A duração da doença depressiva era superior a seis meses em 14 casos, sendo que entre os 15 casos de neurose depressiva 5 pacientes apresentavam sintomatologia há menos de 6 meses, 6 casos entre 6 meses e 2 anos e em 4 o diagnóstico havia sido firmado há mais de 2 anos.(...) A avaliação psiquiátrica foi feita mediante uma escala para depressão com sete itens, aplicada semanalmente pelo mesmo investigador que atribuía os escores, variando de 0 a 4 em que 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave, 4=muito grave. (...) O decréscimo das médias aritméticas dos sintomas da depressão, registrados durante o estudo clínico, evidenciam a ação favorável do Amoxapine. Se considerarmos que o humor deprimido e a ansiedade foram os itens cuja severidade era mais pronunciada no tratamento, com médias de  $X=2,84$  e  $3,00$  respectivamente estes valores diminuíram para  $0,79$  e  $0,68$  ao término da terapêutica. (GRABOWSKI, 1977: 88-89).*

É interessante notar como o fator “tempo” aparece como justificativa em outros estudos do gênero, inclusive entre os estudos que não descartam a Psicoterapia no tratamento da Depressão. Vejamos, por exemplo, um trecho do artigo de José Caruso MADALENA sobre o emprego de Oxazepam (derivado benzodiazepínico) como *coadjuvante* em Psicoterapia:

*O arsenal terapêutico psiquiátrico foi enriquecido pela aquisição de um novo psicotrópico – o Oxazepam – Wy-3498 – do grupo dos benzodiazepínicos, miorelaxante e tranqüilizante com um mínimo de efeitos colaterais no que diz respeito à ataxia, sedação e, principalmente, no campo da libido, onde, conforme as pesquisas norte-americanas, haveria certa estimulação. Planejamos estudar os efeitos da droga sobre os diversos estados emocionais durante a psicoterapia. Na vigência de uma psicoterapia, as condições psíquicas do paciente podem sofrer variações com base na dinâmica da relação médico-paciente, como também de acordo com a natureza e o significado dos conflitos e frustrações conscientizados. Aparecem assim, aumento da tensão psíquica, angústia, perda de interesse vital, diminuição da capacidade de trabalho, inapetência, desinterêsse sexual, astenia física e psíquica e insônia, dificuldades essas que, tornando improdutivo certo número de sessões (estagnação da terapia), ampliam a duração da psicoterapia. O Wy-3498 foi empregado nessas ocasiões com a finalidade de suprimir as sessões improdutivas reduzindo dessa forma o tempo da terapia psicológica. (MADALENA, 1966:86).*

É importante notar dentre as justificativas para que a terapia química entre como auxiliar no tratamento da terapia psicológica aparecem: a necessidade de tornar as sessões “mais produtivas”, a possibilidade de diminuir o tempo da terapia, abreviar as sessões e aplacar as *dificuldades* que aparecem como sintomas psíquicos de que a terapia psicológica está *mexendo* com o paciente. A relação entre as perturbações e o stress relacionados ao mundo moderno, a depressão e a administração de psicofármacos como forma de terapia aparece em outros artigos e até em mensagens publicitárias publicadas em revistas médicas do mesmo período.

Segundo nossa interpretação, esses são sinais de que ao processo de desenvolvimento de uma explicação química para a depressão, correspondeu um processo de tratamento meramente físico, biológico desse fenômeno psíquico, caracterizado como um transtorno de humor. Observamos ainda que essa forma de tratamento foi paulatinamente ampliando seu espaço de atuação em relação à Psicoterapia e ampliando seu foco de ação para uma gama muito maior de pacientes: atingindo para além das instituições psiquiátricas, os ambulatórios, os consultórios. Outro fator intrigante é que a partir da década de 1980, observamos médicos de outras especialidades – clínicos gerais e ginecologistas, por exemplo – diagnosticando casos de depressão e receitando medicamentos, especialmente, ansiolíticos.

No final da década de 1980, são descobertos os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), que pareceram aos olhos dos pesquisadores ainda mais seguros e eficientes, por atuarem de forma ainda mais específica junto a determinados neurotransmissores e apresentarem menos efeitos colaterais que os antidepressivos mais antigos. Após uma verdadeira epidemia de consumo de Prozac nos Estados Unidos entre o final das décadas de 1980 e a década de 1990, assistimos no Brasil a uma grande disseminação do consumo de Fluoxetina e Sertralina.

Segundo nossas conclusões parciais, esse fenômeno pode estar vinculado a vários fatores, entre eles: à disseminação dos laboratórios estrangeiros no Brasil e ao crescimento da indústria farmacêutica e à vinculação entre um determinado segmento do saber psiquiátrico nacional à psiquiatria norte-americana, a qual vem apresentando uma tendência cada vez mais biologizante no tocante à interpretação, diagnóstico e tratamento dos chamados “males da mente”, (VENÂNCIO,2006). Isso é perceptível, sobretudo, nas últimas edições do DSM: o DSM III (publicado em 1980) e o DSM IV (de 1994) tendência que se consolida no DSM V, cuja publicação se deu em fins de maio de 2013.

Há ainda o fator da facilidade de acesso aos psicofármacos em um contexto marcado pela mercantilização de praticamente tudo o que diz respeito à existência, incluindo-se aí fenômenos relacionados à saúde física e mental. Aliás, a busca de uma saúde ideal, perfeita e absoluta, pode ser interpretada, segundo Lucien SFEZ, como a forma moderna de utopia, ao que parece, cada vez mais vinculada, no imaginário das pessoas, aos medicamentos, sobretudo àqueles relacionados à sanar, atenuar, aplacar os efeitos de uma existência conturbada, infeliz. (SFEZ, 1996).

Cogitamos, portanto, a possibilidade de que os medicamentos – dentre eles, os antidepressivos – se constituam no imaginário coletivo como uma espécie de mercadoria simbólica, para utilizar o termo de Fernando LEFÈVRE (LEFÈVRE, 1991): uma forma de alívio para tensões decorrentes nem sempre de um caso de depressão maior, mas dos desafios, angústias, frustrações e perdas inerentes à dinâmica própria da existência cotidiana em tempos marcados pela aceleração tecnológica e pelo acúmulo de funções e informações nos mais variados níveis. No outro lado desse processo há que se considerar, portanto, o aumento da

demanda por medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, uma tendência mundial que se verifica também no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial da depressão**. Tradução de Cláudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana, 2002.

ARRUDA, Elso. et.al. A iproniazida em Psiquiatria. **O Hospital**. Rio de Janeiro, V.56, n.2, p. 65-81, Agosto de 1959.

CIPARRONE, José Eduardo M. Tratamento da neurose de ansiedade com um novo ansiolítico, o Clozabam. Resultados de um estudo clínico duplo-cego. **A folha médica**. Rio de Janeiro, v.75, n. 4, p.483-487, Outubro de 1977.

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

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

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 16. ed. São Paulo: Graal, 2005.

GRABOWSKI, José Romildo. Observações preliminares com uma nova combinação psicotrópica antidepressiva – o Ro 4-6270. **A folha médica**. Rio de Janeiro, v.53, n.4, p.667-678, Outubro de 1966.

JUCÁ, Vlória. A cura em saúde mental: história e perspectivas atuais. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nadia Maria Weber. (Org.). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDFU, 2010. P. 307-330.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

MADALENA, J. Caruso. Avaliação clínica dos efeitos do Clozabam em pacientes de ambulatório psiquiátrico. **A folha médica**. Rio de Janeiro, v. 75, n.3, p. 351-354, Setembro de 1977.

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

PUPO, Paulo Pinto. Acidentes encefálicos da convulsoterapia. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1943.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. IX, n. 3, 2006. P. 460-483.

ROXO, Henrique Belfort Roxo. **Manual de Psiquiatria**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1946.

SÁ, João Marques de. Considerações sobre a convulsoterapia na Assistência a Psicopatas de Pernambuco. **Revista de Neurobiologia**, Recife, P. 3-4, 1940.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. Tradução de Marcos Bagno. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SOUZA, Fábio de. Farmacologia e espectro de ação clínico-psiquiátrica dos novos neurolépticos dibenzodiazepínicos. **A folha médica**. Rio de Janeiro, v.75, n. 1, p.65-72, Julho de 1977.

SOUZA, Flávio de. Cotejo entre os resultados clínicos observados com a Convulsoterapia elétrica e a provocada pelo Cardiazol. **Anais do Instituto de Psiquiatria**, 1943.

STONE, Michael H. **A cura da mente**. A história da psiquiatria da antiguidade até o presente. Tradução de: Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 1999.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e depressão. **Revista de Psicologia da UNESP**. N. 4, v. 1, 2005. p.41-56.