

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos.

**DEPRESSÃO, A MEDICALIZAÇÃO, O MERCADO DE ANTIDEPRESSIVOS E A
BUSCA DE UMA NOVA AÇÃO TERAPÊUTICA.**

JOELMA CECILIA DE SOUZA

Rio de Janeiro
2017

JOELMA CECILIA DE SOUZA

**DEPRESSÃO, A MEDICALIZAÇÃO, O MERCADO DE ANTIDEPRESSIVOS E
A BUSCA DE UMA NOVA AÇÃO TERAPÊUTICA.**

**Monografia apresentada ao curso de
Pós-Graduação *Lato Sensu* como
requisito para obtenção de título de
Especialista em Gestão da Inovação
em Fitomedicamentos.**

Orientadora: Dra. Maria da Conceição do Nascimento Monteiro

**Rio de Janeiro
2017**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca de Medicamentos e Fitomedicamentos/
Farmanguinhos / FIOCRUZ - RJ

S719d Souza, Joelma Cecília de

Depressão, medicalização e o mercado de antidepressivos: a busca de um novo paradigma de tratamento. / Joelma Cecília de Souza. – Rio de Janeiro, 2017.

ix, 48f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição do Nascimento Monteiro.

Monografia (especialização) – Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos, Pós-graduação em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, 2017.

Bibliografia: f. 45-48

1. Medicalização. 2. Depressão. 3. Psicoterapias. 4. Outras Alternativas de Tratamento. I. Título.

CDD 581.634

FOLHA DE APROVAÇÃO

JOELMA CECILIA DE SOUZA

Monografia apresentada junto ao Curso de Pós-graduação Lato Sensu do Instituto de Tecnologia de Fármacos-Farmanguinhos - FIOCRUZ, do Núcleo de Gestão da Biodiversidade e Saúde, como requisito final à obtenção do título de Especialista em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos.

Orientadora: Maria da Conceição do Nascimento Monteiro, do Núcleo de Gestão da Biodiversidade e Saúde/Farmanguinhos/Fiocruz.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria da Conceição do Nascimento Monteiro, Núcleo de Gestão da Biodiversidade e Saúde/Farmanguinhos/Fiocruz-Orientadora.

Prof.Dra. Regina Coeli Nacif da Costa, Núcleo de Gestão da Biodiversidade e Saúde/Farmanguinhos/Fiocruz.

Prof. Dra. Rosane de Albuquerque Abreu, Núcleo de Gestão da Biodiversidade e Saúde/Farmanguinho/Fiocruz.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Maria da Conceição, pela dedicação e escuta acolhedora, constantemente atenta às minhas opiniões e me ensinando sempre.

Ao psicólogo e professor Carlos Pires por seu exemplo de coragem, maestria, grande ajuda e incentivo no desenvolvimento deste tema.

Ao meu marido pelo incentivo e ajuda, fundamentais na organização deste trabalho.

Aos colegas do curso de especialização pelo estímulo e apoio.

A todos os professores que com sua dedicação e profissionalismo e na categoria de verdadeiros mestres, deram todo apoio e compreensão para a realização deste trabalho sem os quais, não teria conseguido.

À Farmanguinhos e à Fundação Oswaldo Cruz pela oportunidade da realização do curso de especialização e pelo quanto pôde me dar a direção de um novo olhar e conhecimento sem limites para o estudo deste tema.

RESUMO

O número assustador de casos de depressão no mundo cresce em proporção ao número de comercialização de antidepressivos num processo de medicalização que envolve desde a prescrição cada vez maior por parte de especialistas médicos, até a disponibilidade de novas drogas, a base de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) e Inibidores de Recaptação de Noradrenalina (ISRN) no mercado, produzindo um número elevado de efeitos adversos e mesmo com esta desenfreada comercialização e ainda, que não existam pesquisas científicas que comprovem ser a depressão de origem biológica, as drogas continuam a se justificar por ações que se pretendam biológicas.

Este trabalho pretende um novo olhar sobre a efetivação dos medicamentos antidepressivos, com base nos ISRS e ISRN e seus efeitos adversos, assim como uma crítica sobre a depressão como significado de “doença”, pensar numa nova lógica de tratamento que inclua também as plantas medicinais da biodiversidade brasileira, seus impasses e ainda sobre um novo paradigma no tratamento da depressão.

Palavras chaves: depressão, medicalização e plantas medicinais.

ABSTRACT

The frightening number of cases of depression in the world grows in proportion to the number of antidepressants commercialization in a process of medicalization that goes from the increasing prescription by medical specialists until the availability of new drugs, based on Selective Inhibitors in the Serotonin Reuptake (SISRs) and Selective Inhibitors Noradrenaline Reuptake (SINRs) on the market, producing a high number of adverse effects and even with this rampant commercialization and although there is no scientific research that proves to be the depression of biological origin, the drugs continue to be justified by actions that are intended biological.

This work intends a new look at the effectiveness of antidepressant drugs, based on SISRs and SINRs and their adverse effects, as well as a critique of depression as a meaning of "disease", thinking of a new treatment logic that also includes medicinal plants of the Brazilian biodiversity, its impasses and still, on a new paradigm in the treatment of depression.

key words: depression, medicalization and medicinal plants.

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

ADTS – antidepressivos tricíclicos.

ANVISA – Agencia Nacional de Saúde.

CID – Código Internacional de Saúde.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS.

FENAFAR – Federação Nacional dos Fármacos.

FHB – Farmacopeia Homeopática Brasileira.

IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde.

IMAO – Inibidores de Monooxidase.

ISRN – Inibidores Seletivos na Recaptação de Noradrenalina.

ISRS – Inibidores Seletivos na Recaptação de Serotonina.

MAO – Monoaminaoxidase.

MS – Ministério Saúde.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PROTEST – Associação Brasileira de Defesa do Consumidor.

RENAME – Relação de Medicamentos Essenciais.

RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS.

SINFARMIG – Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Minas Gerais.

SUS – Sistema único de Saúde.

TCA – antidepressivos tricíclicos.

TDM – Transtorno Depressivo Maior.

WHO – World Health Organization.

SUMÁRIO

1. Introdução	01
2. Objetivo	03
3. Metodologia	04
4. A depressão e os últimos dados de abrangência	05
4.1. O consumo de antidepressivos no Brasil	08
5. O fenômeno da Medicalização	09
6. Uma breve história de medicamentos antidepressivos e a medicação como terapia	12
6.1 Antidepressivos e seus efeitos adversos	15
7. Na busca de outros recursos terapêuticos	17
8. Plantas medicinais e fitoterápicos incluídos no SUS	19
9. Os gargalos na pesquisa de plantas medicinais em doenças mentais	20
10. Discussão dos Resultados	21
11. Conclusão	24
12. Referência bibliográfica	27

1. Introdução

Este trabalho pretende uma revisão da literatura sobre a medicalização e o tratamento (principalmente prolongado), com antidepressivos a base de Inibidores Seletivos na Recaptação de Seratonina (ISRS) e Inibidores Seletivos na Recaptação de Noradrenalina (ISRN), no tratamento da depressão.

Inicialmente, destacam-se a definição do termo depressão e qual terapêutica mais utilizada atualmente no Brasil, assim como, a incidência desse distúrbio e seus efeitos na saúde pública.

O interesse pelo tema, se deu através de minha observação (principalmente na Unidade de Saúde Pública em que atuo como psicóloga) de pacientes que buscavam tratamento psicológico como última alternativa para seus sofrimentos e grande parte deles, utilizava medicamentos antidepressivos há algum tempo e em face da piora no quadro, procuravam alternativas de tratamento que excluíssem novos medicamentos. Entretanto, quando recebia estes pacientes, ficava a pergunta: Por que mesmo com o aumento da dosagem eles pioravam? Não deveria ser o contrário? E mais, se eles buscavam a psicoterapia, apresentando cada vez mais sintomas (do que tinham inicialmente), qual seria então, o objetivo que propõe tais medicamentos? Aonde eles, os antidepressivos, atuavam para de fato, tratarem os sofrimentos daquelas pessoas? Foi quando diante notórios efeitos adversos e duvidosa efetividade destes fármacos, associado a uma quantidade exorbitante prescritas de antidepressivos, permitiu um questionamento no binômio medicalização versus depressão, bem como, nos interesses econômicos de grandes corporações farmacêuticas que não estavam claros e, ainda, até onde Instituições médicas, contribuíam para convencionar a depressão como doença e, assim poder justificar uma ordem nosológica com fins de mercado.

As indagações motivadas, principalmente, pela idéia de medicalização da sociedade, a qual se define como a crítica central que permeia a construção deste trabalho, (e por isso mesmo o considero num sentido contra hegemônico) faz um questionamento também de quais demandas o mercado de antidepressivos realmente busca atender.

Nessa linha, algumas questões sobre a comprovada eficácia de medicamentos de antidepressivos são colocadas. Por que cada vez mais pessoas usam este tipo de medicamento e por longo tempo? Não deveria ser o contrário? Ou seja, se fossem efetivos no tratamento da depressão, com o consumo, pessoas não deveriam melhorar e assim prescindirem de novas doses ou novas drogas? A idéia de um medicamento que pudesse dar conta dos sofrimentos de ordem subjetiva estaria criando um novo sentido baseado na cronificação da tristeza?

Este trabalho busca responder essas perguntas e identificar possíveis alternativas de tratamento considerando também, que o Brasil é o país que detém a maior biodiversidade do planeta e, portanto, deve-se pensar na possibilidade do uso de plantas medicinais como forma alternativa de tratamento, mostrando também seus impasses na efetivação do uso e pesquisa no tratamento para este fim.

Para tanto, a pesquisa bibliográfica contou com diversos autores como Sandra Caponi, Joana Seabra, Angel Ernáz, Miguel Azize, Robert Whiteker, entre outros e tendo como pilares, os autores Hésio Cordeiro que trata com a clareza necessária o tema da lógica da medicalização e do consumo de medicamentos no Brasil e do psicólogo português Carlos M Lopes Pires, que discute com muita coerência o tema e por isso,

capaz de nos fazer questionar, a necessidade e efetividade dos antidepressivos no tratamento da depressão.

2. Objetivos.

Objetivo geral

Discutir o fenômeno da medicalização com antidepressivos, especificamente, os que agem como Inibidores Seletivos de Recaptação de Seratonina (ISRS) e os Inibidores Seletivos de Recaptação de Noradrenalina (ISRN) e a prescrição desses nas ações médicas juntos aos usuários que recorrem aos serviços de saúde para o tratamento de seus sofrimentos mentais diagnosticados como depressão, bem como, propor possibilidade alternativa de tratamento.

Objetivos específicos

Relatar a abrangência, incidência e os dados da depressão no Brasil.

Discutir sobre o fenômeno da medicalização de antidepressivos como uma construção social.

Destacar os efeitos adversos e os impactos do uso de drogas psicotrópicas na saúde mental.

Refletir sobre a existência de possíveis alternativas terapêuticas com utilização de plantas medicinais.

Apontar os gargalos quanto na pesquisa de plantas medicinais e seu uso no tratamento da depressão.

3. Metodologia

Para realizar este trabalho foi utilizado o tipo de estudo descritivo a partir do criterioso levantamento bibliográfico realizado no período de 1980 a 2016 na literatura científica, a partir de trabalhos publicados em títulos científicos, livros especializados e nas bases de dados das BV/BIREME, SCIELLO, PERIÓDICOS CAPES e LILACS BV/SALUD.

Esta revisão visa auxiliar pesquisadores da área a identificar qual foi o delineamento proposto neste trabalho, assim como, discutir os pontos e contra pontos aplicados para desenvolver um senso crítico e metodológico da discussão sobre a medicalização de antidepressivos, efeitos adversos, reflexão e a abrangência de seus efeitos na vida das pessoas e buscar possíveis alternativas de tratamento no processo de tratamento da depressão.

Este estudo descritivo busca produzir uma construção de conhecimento sobre o tema e integrá-lo às concepções já existentes quanto ao fenômeno da medicalização e tratamento de pacientes que apresentam diagnóstico de depressão ao quais buscam ajuda nas Unidades Básicas de Saúde.

Constituiu-se, portanto, de procedimentos de coletas de dados a partir das publicações científicas pesquisadas em bancos de dados, utilizando-se as palavras-chaves: depressão, medicalização e plantas medicinais.

O método escolhido permitiu a análise dos textos á luz dos objetivos da pesquisa, visando identificar temas, categorias e postulados que convergem com a proposta do trabalho, assim como aqueles que se encontra em divergência. Finalmente, a análise e a síntese dos artigos, livros, capítulos de livros e sites que permitiram a elaboração da discussão dos resultados e apresentadas então, as considerações finais.

4. A depressão e os últimos dados de abrangência

A Organização Mundial de Saúde (2012) define depressão como transtorno mental comum caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilação entre sentimentos de culpa e baixa auto-estima, além de distúrbio do sono ou falta de apetite, também há sensação de cansaço e ausência de concentração. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente e na sua forma mais grave, pode levar ao suicídio.

Segundo o Código Internacional de Doenças – CID (2008) para transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) classifica como depressão um tipo de transtorno de humor afetivo na seguinte classificação:

F30 – F39: Transtorno de humor (afetivos)

F30 Episódio maníaco

F31 Transtorno afetivo Bipolar

F32 Episódio depressivo

F33 Transtorno depressivo recorrente

F34 Transtorno de humor (afetivos) persistentes

F38 Outros transtornos de humor (afetivos)

F39 Transtorno de humor (afetivo) não especificado

São psicopatologias consideradas distúrbios que podem ser diagnosticadas e tratadas por não especialistas, segundo a OMS. Entretanto, o atendimento especializado é considerado fundamental.

Ainda de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo, isto é, pelo menos 5% das pessoas que vivem em comunidade sofrem depressão, os quais podem apresentar causas sociais, psicológicas e biológicas.

Estudos mostram que a depressão atinge um em cada dez brasileiros. Através da Pesquisa Nacional de Saúde, (2003), no artigo original: prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde, a prevalência da depressão no país, foi semelhante na faixa etária de 35 a 59 anos (9,3%) e 60 anos ou mais (9,5%). A proporção foi maior no grupo de 35 a 59 (3,3%), reduzindo com o aumento da idade e idade média de diagnóstico entre 30 e 39 anos.

Informações do DATASUS (Departamento de Informática do SUS, 2012), o número de mortes relacionadas com depressão cresceu 705% no Brasil em 16 (dezesseis) anos, sendo incluídas na estatística de suicídio e outras mortes motivadas por problemas de saúde decorrentes de episódios depressivos.

Os dados mostram que em 1996, 58 pessoas morreram por uma causa associada à depressão e, em 2012, o último dado disponível foi de 467 pessoas.

O número total de suicídio também teve aumento significativo no Brasil passando de 6.743 para 10.321 no mesmo período, ou seja, uma média de 28 mortes por dia.

Todavia, as taxas de suicídio são muito superiores às mortes associadas à depressão porque, na maioria dos casos, o atestado de óbito não traz a doença como causa associada.

No Brasil, a faixa etária corresponde à terceira idade que reúne as estatísticas mais preocupantes. No caso de mortes relacionadas à depressão os maiores índices estão concentrados em pessoas com mais de 60 anos, com ápice depois dos 80 anos.

Para Jorge Miguel (DATASUS 2012), no caso dos idosos, a chegada de doenças crônicas incuráveis, o luto pela perda de pessoas próximas e o sentimento de frustração por não poder mais realizar algumas atividades, tornam idosos mais vulneráveis à depressão e ao suicídio.

Segundo Duailibi (2014), o termo Transtorno Depressivo Maior (TDM) é considerado uma das principais causas de incapacidade em todo mundo, além de elementos multifatoriais relacionados, destaca sua prevalência associada a uma “reação ao mundo moderno”.

O relatório da OMS (2013) expõe que a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida se combinam entre si para tornar as doenças crônicas e não transmissíveis, como a depressão e, completa que muito provavelmente, as rápidas mudanças em nossa maneira de viver, com alta demanda imposta ao nosso organismo através da tecnologia, da velocidade dos processos ou até das exigências de desempenho, possam estar relacionadas com mudanças epigenéticas que podem ser responsáveis pelo aumento da prevalência da doença.

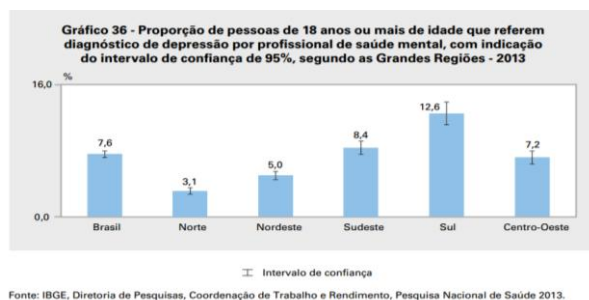
De acordo com a matéria publicada pela Folha de São Paulo “Equilíbrio e Saúde”, (2012) sob o título “Depressão já é doença mais incapacitante, afirma a OMS”, destacou que as previsões feitas no século passado para 2030, pela a OMS, o mal seria responsável por 9,8% do total de anos de vida saudável perdidos para a doença, mas este índice já foi atingido em 2010.

Segundo Kofi Annan, ex-secretário das Nações Unidas (Folha de São Paulo: Equilíbrio e Saúde, 2014), abriu o seminário “The global crises of depression”, promovido pela revista britânica “The Economist”, realizado em Londres em novembro/2012.

Nesse evento, um estudo apresentado pelo diretor do Instituto de Psicologia Clínica e Psicoterapia da Technische Wittchen, afirmou que “*os males da mente, são os mais prejudiciais e limitantes entre todos os grupos de doença... e a depressão, individualmente, é a mais incapacitante das doenças*”.

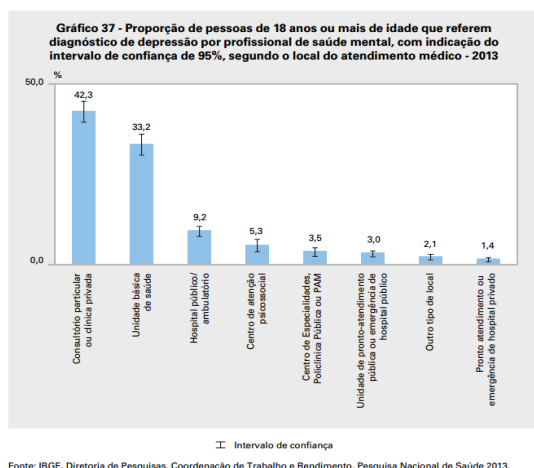
Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013) a depressão é um distúrbio afetivo caracterizado, principalmente, pelo rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades. Pode variar entre episódios mais leves e mais graves. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), a depressão é a principal doença na carga global de doenças no mundo. Diagnóstico médico de depressão foi estimado que 7,6% das pessoas de 18 anos ou mais que receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o que representa 11,2 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (8,0%) do que rural (5,6%). As Regiões Sul e Sudeste apresentam os maiores percentuais de pessoas com depressão diagnosticada, acima do percentual nacional, 12,6% e 8,4%, respectivamente. Verificou-se que há maior prevalência desta doença sobre pessoas do sexo feminino, 10,9%, contra 3,9% dos homens. A faixa etária com maior proporção e de 60 a 64 anos de idade (11,1%), enquanto o menor percentual foi obtido na faixa de 18 a 29 anos de idade (3,9%). Observou-se, também, maior prevalência em pessoas nos extremos de nível de instrução, ou seja, pessoas com ensino superior completo (8,7%) e pessoas sem instrução e com fundamental incompleto (8,6%). Segundo cor ou raça, havia uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão, 9,0%. Para as pessoas de cor parda, a proporção foi de 6,7% e 5,4% dentre as pretas.

Gráfico 1



Aproximadamente metade dos homens (51,2%) e mulheres (52,3%) que referem diagnóstico de depressão usava medicamentos para depressão. A proporção média do Brasil é de 52,0%. Apenas a Região Norte apresentou uma proporção menor que a nacional (41,5%). Estatisticamente não houve diferenças por grupos de idade, nível de instrução ou por cor ou raça. Dentre as pessoas que referem diagnóstico de depressão, 16,4% faziam psicoterapia, e 46,4% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses. Em relação ao local de atendimento, 42,3% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 33,2% em uma unidade básica de saúde; 9,2% em hospital público/ambulatório; 5,3% em Centro de Atenção Psicossocial; 3,5% em um centro de especialidades, policlínica pública ou posto de assistência médica; 3,0% em unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público; 1,4% em pronto atendimento ou emergência de hospital privado; e 2,1% em outro tipo de local.

Gráfico 2



Quanto ao motivo para não ir ao médico apesar do diagnóstico de depressão, 73,4% alega não estar mais deprimido; 6,6% não tinham ânimo; 4,6% referiu que o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande; 2,4% que tem dificuldades financeiras; 2,1% que o horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas; e 10,9% por outro motivo (IBGE,2013).

Seguindo essa pesquisa a distribuição dos quadros diagnosticados de depressão por regiões, destacam-se a região sul: 12,6%; sudeste: 8,4%; centro-oeste: 7,2%; nordeste: 5,0% e região norte com 3,1%.

4.1 O Consumo de antidepressivos no Brasil.

O jornal O Estado de Minas, segundo dados da FENAFAR(Federação Nacional dos Farmacêuticos), publicado em 15/02/2013, MG inicia sua redação com a seguinte informação: “A venda de antidepressivos e ansiolíticos ultrapassa 42 milhões de caixas e coloca o Brasil em posição de liderança mundial neste mercado que, não para de crescer”.

Segundo dados da FENAFAR em 2012 o mercado movimentou R\$1,85 bilhão, junto com os estabilizadores de humor. A alta seria então de 16,29% em relação a 2011, quando movimentou R\$1,59 bilhão. Seria como, se cada um entre cinco brasileiros tomasse esses medicamentos.

Destaca-se que esses dados fazem parte de levantamento realizado no Estado de Minas Gerais, pelo IMS Health, Instituto de pesquisa auditor para mercado de medicamentos (FENAFAR, 2012). Segundo esse levantamento, foram vendidos 42,33 milhões de caixas em 2012, de remédios que ajudam a amenizar desde a depressão até insônia de quem não consegue relaxar devido quadro de estresse do dia-a-dia, com uma alta de 8,72% em relação a 2011, ano cujo foram comercializadas 38,94 milhões de caixas.

Segundo a pesquisa mencionada, o Rivotril, que tem como princípio ativo o Clonazepan, é prescrito para quem sofre de ansiedade, insônia e depressão, ou seja, é o medicamento sedativo mais consumido no Brasil, estando mesmo à frente de pílulas anticoncepcionais e analgésicos. O estudo aponta que a classe médica explica que os dados vão desde a falta de intolerância das pessoas em lidar com frustrações da vida cotidiana até prescrições equivocadas dos médicos.

De acordo com os dados da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011), no país, o faturamento com a comercialização desses medicamentos cresceu mais de 200% nos últimos seis anos e, que apenas em 2011 foram consumidos 18,45 milhões de caixas com 30 comprimidos (553 milhões de pílulas), vendidos nas farmácias particulares no Brasil, com um aumento de 36% em relação a 2010.

Dados da SINFARMIG (Sindicato dos farmacêuticos do Estado de Minas Gerais, 2013), mostram que os medicamentos distribuídos pelo SUS e que, portanto, não contemplam as compras feitas em farmácias privadas, tornam a situação mais alarmante por trata-se de consumo expressivo e, um grave problema de saúde pública (Novato, 2013) A pesquisa acrescentou que no levantamento inédito do SINFARMIG o uso de Rivotril aumentou mais na rede pública de 10 cidades avaliadas e que juntas, consumiram mais de 15 milhões de comprimidos distribuídos pelo SUS em 2012.

Segundo Novato (2013), *“O consumo de antidepressivo tanto na rede privada quanto na rede pública é em função da irracionalidade da prescrição associada à investida da indústria farmacêutica acirrada”*.

Pesquisa realizada pela PROTEST (Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, 2013), sobre o uso de ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos, com pessoas de cinco países, o resultado revelou que o consumo de Rivotril, Valium e Prozac no Brasil é mais grave do que nos demais países pesquisados (Bélgica, Itália, Espanha e Portugal). Os brasileiros demonstram uso crônico significativamente mais alto, principalmente de antidepressivos. E ainda, dos cinco países participantes da pesquisa, o Brasil foi o que registrou os índices mais elevados de usuários que começaram a usar medicamentos antidepressivos mesmo antes de completar 26 anos 36% e, antes dos 18 anos 10%.

Outro ponto importante dessa pesquisa é de que boa parte dos usuários, sob acompanhamento médico, relatou não ter recebido qualquer orientação ou advertência sobre os riscos de dependência, seus efeitos colaterais e o perigo de associá-lo ao álcool.

Segundo foi informada “sobre o desejo ou necessidade da utilização do medicamento”, a pesquisa revelou que:

50% problemas para dormir.

32% problemas relacionados ao trabalho.

41% acontecimentos traumáticos (divórcio, perdas por morte de parentes ou amigos).

29% problemas e conflitos familiares

33% doenças e problemas com a saúde.

28% problemas financeiros.

5. O fenômeno da medicalização

Para Caponi (2010), medicalização se trata de um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina que interfere na produção de conceitos, costumes e comportamentos sociais. A autora completa dizendo que este não é um fato recente, pois, vem se construindo na sociedade há mais de dois séculos, durante os quais foi ganhando formas diversas, onde podemos notar que na medida em que a medicina se insere no tecido social, as práticas e os discursos se apropriam da racionalidade médica (Caponi,2010).

Destaca-se que neste processo dinâmico de construção do modelo de saúde, a vida torna-se medicalizada uma vez que, o sujeito social começa a ter familiaridade com noções médicas difundidas, passando a conceber a saúde como valor primordial.

Ainda nesta discussão, Cordeiro (1980), defende que a Instituição médica provocaria uma espécie de dependência dos indivíduos aos medicamentos, médicos e hospitais, conduzindo a uma crise da individualidade face à doença e à morte e, por sua vez, o indivíduo já não poderia mais enfrentar a doença com todo seu recurso de potencialidades, havendo uma espécie de paralisia da autonomia dessas mesmas pessoas no enfrentamento da dor e do sofrimento. O autor aponta ainda que as necessidades de saúde, seriam “*necessidades cultivadas*” e, fundamentando que a doença seria encarada como um “*desvio social*” temporário e legitimado socialmente por expectativas que cercam a conduta do doente e, portanto, dimensões de influências antropológica, sociológica ou psicossocial articuladas em maior ou menor grau, espera entretanto, que os indivíduos adotem certas condutas dirigidas a restaurar o padrão normal (Cordeiro, 1980).

O autor discute que, tornam-se necessários estudos capazes de elucidar as relações entre “necessidades” e consumo em saúde, quando se fala em consumo de medicamentos e que:

No âmbito da sociedade de consumo ou das sociedades industriais, as relações complexas entre as diversas instituições sociais, a medicina, a indústria farmacêutica, o Estado e seus aparelhos, traduzem-se em uma crescente hipertrofia da intervenção das instituições, destruindo ou paralisando a autonomia dos indivíduos” (1980, p.61).

Ele mostra como, longe de melhorar as condições de saúde, a medicina teria uma eficácia limitada, atribuindo maior importância às condições gerais como ambiente físico e social, educação, renda e práticas de higiene no aumento do estado de saúde da população, citando como exemplo o declínio de mortalidade que ocorreu em países europeus e nos Estados Unidos a partir da segunda metade do século XIX e início século XX e que foi, portanto, resultado de conquistas sociais que teve origem na diminuição da jornada de trabalho, melhores condições de alimentação, habitação, saneamento e educação.

Em linhas gerais, para o autor, o consumo não é decorrente, portanto, do que chamou de processo de “*causalidade linear*”, mas de determinações ligadas ao contexto sociocultural e neste, o contexto social é dimensionado no âmbito das sociedades industriais modernas que apresentam um modo de produção que denominou “*heterônomo*”, transformando assim valores de troca em valores de uso, e tanto bens materiais quanto não materiais, o modo de produção dos indivíduos perde a capacidade de criar (“*práxis*”) que é substituído pela de fazer (“*poiesis*”), resultando na diminuição da capacidade de ação política das pessoas.

Seguindo esta idéia, Cordeiro segue fazendo o leitor refletir sobre a expansão do consumo de medicamentos que configura uma lógica de transformação de outras demandas sociais ligadas, por exemplo, às condições de trabalho, vida familiar, conflitos de relações em demandas por cuidado médico: “*As desgraças fisiológicas anteriormente consideradas naturais, são coletivamente medicalizadas para que seja oferecido aos que sofrem, um remédio moderno e normalizador*” (p.63).

Seguindo este princípio, seria então, socialmente, aceito que: “*para todos os males, haja um remédio, uma intervenção, uma técnica capaz de solucionar problemas que se traduzem por alterações somáticas*” (p.63). Isto é, sensações como fadiga, ansiedade e tensões oriundas de relações sociais, efeitos do cotidiano da vida moderna, passam a ser catalogadas como diversas doenças pela intervenção médica e, para tanto, passível de prescrição, materializando um conjunto difuso de queixas de mal estar.

Neste caso, a medicalização cumpre uma função de controle social e político, de forma que, a prescrição do medicamento substitui um diagnóstico mais elaborado e que permitindo reduzir o tempo de consulta, ao mesmo tempo em que o paciente tem maior segurança devido a idéia de diagnóstico. Nas palavras do autor:

(...) há um estatuto de confiança do paciente no diagnóstico representado pela prescrição (...) eficiência como critério econômico do trabalho médico e eficácia pela aparente precisão técnica do diagnóstico e da intervenção, são conceitos relevantes para análise das relações entre medicina, os pacientes e a indústria farmacêutica (1980, p.65).

Cordeiro (apud Ilich,1976) defende que o processo de medicalização, na verdade, cumpre uma espécie de invasão da medicina burocrática, tecnicada e monopolizante sobre todos os domínios e instâncias da vida social. Monopólio, explica o autor, seria um saber baseado numa forma de apropriação das qualidades e propriedades que pessoas teriam de enfrentar crises e necessidades de maneira autônoma e que ao mesmo tempo criando a ilusão de ser esse o processo efetivo, digo, do cuidado médico, com consequências iatrogênicas, decorrentes e com uma espécie de imobilização dos indivíduos que acaba por legitimar e institucionalizar o papel do doente.

De acordo com esta leitura, o autor mostra que o processo de medicalização é resultado da evolução histórica de uma prática e por isso mesmo, não se trata de fenômeno recente e que instaura um novo tipo de saber médico. Idéia esta corroborada por Foucault (1998), que defende o corpo do sujeito como uma espécie corpo bio-político, cuja medicina tem como objeto não só de intervenção medica, mas, sobretudo, de intervenção política. Nas palavras do autor: *“(...) foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política, a medicina é uma estratégia bio-política”(p.80).*

Cordeiro defende a idéia contrária da medicalização segundo a lógica da burocratização e do monopólio profissional, mas principalmente, como indicador capaz de mostrar como funcionam as sociedades industriais avançadas cuja medicina, a indústria farmacêutica, a profissão médica e os pacientes, explicariam o surgimento e a expansão do processo de medicalização. O medicamento é, portanto, uma forma de reconstruir um diagnóstico, adaptando-se às representações próprias da doença.

A prescrição, portanto, funciona como uma espécie de ferramenta com objetivos bem definidos e que poupa o tempo do médico, mas, sobretudo, sua paciência, sua aptidão para explicar e se fazer compreender. (Cordeiro, 1980).

Segundo Hernáez (2013), um dos fenômenos principais do que chamou de capitalismo tardio ou e de suas políticas sobre o corpo, a sistemática, subjetiva e sofrimentos aflitivos humanos é o intenso aumento do consumo de antidepressivos nas sociedades dos países industrializados e dos países em desenvolvimento, estando no cerne desta lógica os antidepressivos como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina - ISRS e os inibidores seletivos de recaptção de noradrenalina - ISRN considerados os principais protagonistas deste fenômeno. Segundo a autora os temas possibilitaram debates sobre o potencial de cientificidade e limites éticos capazes de dar conta das emoções e implicações no uso destes fármacos com objetivos de alcançar a felicidade e sobre os usos da psicofarmacologia como meio de controle social e político. A autora mostra, através de entrevista realizada com pacientes usuários de antidepressivos, que esses apresentavam questões de conflito de ordem do trabalho, precarização de emprego, condições de trabalho e outras formas de violência

institucional como o desemprego, o acesso à habitação, cuidado doméstico a familiares incapacitados (efeito este, mais sentido por mulheres), perda de redes sociais, pobreza, marginalização, como queixas mais frequentes de consumidores destes medicamentos. “*O consumo massivo de antidepressivos pode ser vislumbrado como metáfora e metomínia de um mundo (dês) encantado*” (p.112).

Segundo a autora o processo de globalização foi capaz de formar novos arranjos, valores e contradições materializando padrões de comportamento social, hábitos e produções subjetivas. Destaca que a dinâmica da globalização do consumo de antidepressivos demonstra o processo de como a biomedicina e a indústria farmacêutica confluem para produzir uma espécie de máquina capaz de ressignificar diversos males locais e neste caso cita como exemplos “*taijin kyofuscho*” no Japão (fobia social); “*fatigue*” (esgotamento, cansaço) na França e no Brasil significação de novos outros conceitos como timidez extrema, síndrome pré-menstrual disfórica e que, portanto, vertentes do capitalismo tardio permite tanto a proeminência do espaço global sobre o lugar (local) como colocar para trabalhar os estados de ânimo em benefício de determinados interesses de consumo.

Neste caso, percebe-se, que o conceito médico de estados de ânimo e a subjetividade resultante do enfrentamento de conflitos do cotidiano dos sujeitos, agora ganham descrições nosológicas, produzindo uma espécie de listagem descritiva de sintomas para justificar o uso de medicação. Assim, prescritores e indústria farmacêutica contribuem para a ressignificação e materialização de sentimentos como medo, desânimo, tristeza, etc, uma vez que, classificados, passam a ser passíveis de consumo e de terapêutica psicofarmacológica. Nas palavras de Hernáez: “*(...) usuários buscam nos efeitos euforizantes dos antidepressivos a possibilidade de conjurar as incertezas da vida cotidiana.*”(p.109).

A autora mostra como a adoção de linguagem biomédica por parte da população é capaz de transformar seus mal-estares em doenças e que, portanto, contém funcionalidades e/ou conteúdos que “des-historizam e dissocializam suas próprias vivências”.

6. Uma breve história de medicamentos antidepressivos e a medicação como terapia.

Segundo Antonio Gomes (2013), os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) foram os primeiros fármacos com propriedades antidepressivas a serem utilizados. Estes medicamentos inibem a MAO (enzima mono amina oxidase que é responsável pela destruição dos vários neurotransmissores) e assim aumentam a quantidade de neurotransmissores disponíveis na sinapse. Esses fármacos demonstravam-se eficazes, segundo o autor, entretanto, apresentavam elevada toxicidade e riscos de interações medicamentosas e alimentares. Neste contexto, sua utilização clínica era restrita.

Os antidepressivos tricíclicos aparecem no final dos anos 50 do século XX. O primeiro antidepressivo desta classe a ser descoberto foi a Imipramina. Sua atividade antidepressiva ocorre por inibição da recaptação da serotonina e noradrenalina. São exemplos de antidepressivos tricíclicos: Clomipramina (Anafranil), Imipramina (Tofranil), Amipritilina (ADT, Tryptizol), Nortriptilina (Norterol), Matroptilina (hudiomil), Doxepina (Quitaxon) e Trimipamina (Surmontil).

Nos anos 80 foi descoberta a Fluoxetina (Prozac), o primeiro Inibidor Seletivo da Recaptação de Seratonina (ISRS). Este medicamento assim como os outros desta classe, revolucionaram o tratamento da depressão e outras doenças psiquiátricas e pertencem a esta classe os seguintes medicamentos: Fluoxetina (Prozac, Tuniluz, Psipax),

Paroxetina (Seroxat, Paxetil), Fluvoxamina (Dumox), Sertralina (Zolof), Escitalopram (Cipralext) e Citalopram.

Mais recentemente apareceu uma nova classe de antidepressivos designado de ISRN, Inibição da Recaptação de Noradrenalina, entre esses, encontram-se a Venlafexina (Exofor, Zarelis) e a Diloxetina (Cymbalta) que agem como inibidores da recaptação dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina. (Ricardo Moreno e Cols, 1999).

Foram identificados efeitos com o uso de medicação como alterações cardiovasculares, mania, psicose, boca seca, constipação, fraqueza, fadiga, tremores, sonolência ou insônia, ideação suicida, taquicardia, ganho de peso, cefaleia, hipotensão, sedação, diminuição da libido, aumento da sudorese, tremor, náuseas, visão turva ou visão “borrada”, retenção urinária, diabetes millitus, convulsões, etc.

Segundo Sandra Caponi (2013), o tratamento considerado mais eficaz para a depressão está na associação de psicofármacos (antidepressivos), entretanto, o diagnóstico se sustenta na contagem de uma série de sintomas como perda de interesse, alteração do sono, inapetência, fadiga, etc. Embora o critério para o diagnóstico não se explica por fundamentações etiológicas, ainda sim o distúrbio é referido como causa biológica e neste caso, a autora indaga: *“Por quais mecanismos ocorre este deslocamento que vai do estabelecimento de um diagnóstico descritivo e não etiológico à prescrição de uma terapêutica que se sustenta em alterações químicas de funções cerebrais”?* (p.116).

Caponi cita Pignarre (Caponi 2013 apud Pignarre, 1995), para explicar a idéia de que se o marcador biológico, que chamou de *“testemunha confiável”*, é um elemento que se encontra ausente nas doenças psiquiátricas em geral e em particular no caso da depressão, se faz necessário criar um corpo teórico explicativo que possa excluir estudos etiológicos clássicos e ainda defende que este tipo de explicação está ausente e por isso mesmo jamais ocorrerá, ou seja, um marcador biológico que permita fundamentar os sofrimentos humanos *“ao mundo controlado do laboratório”* (Pignarre, 1995).

O que mais chama atenção nestes casos é que embora não haja a presença de um marcador biológico ou elemento neurológico que possa explicar a depressão, os antidepressivos continuam a se multiplicar (Caponi, 2013).

Esta ideia é confirmada também por Pires:

(...) O corolário natural de todos os pressupostos reducionistas do modelo médico de doença aplicado a este domínio de doença, é o de conduzir sempre à mesma conclusão: As perturbações psicológicas são originadas por doença, tornando-se elas mesmas equivalentes a doenças (...) é assim que surge a ideia de que a depressão é uma doença e de que seu tratamento natural e lógico consiste no uso de antidepressivos (2003, p.39).

Para esse autor esta forma de redução biológica da depressão, causa uma espécie de desumanização da pessoa, posição também defendida por outros autores tratados no presente trabalho.

Em seu trabalho que trata sobre a efetividade dos antidepressivos nos quadros de depressão, Joana Seabra (2009), discute seus efeitos, uma vez que, funcionando como os estimulantes semelhantes às anfetaminas, aceleram o organismo através do aumento de ação de hormônios neuropepticos e neurotransmissores como a norepinefrina e serotonina e neste caso, pessoas sentem este aumento de atividade como positivo e isso ajudaria a melhorar a depressão. No entanto, sua ação é mais ampla, daí o resultado,

eventualmente, numa série de quantidade de transtorno de saúde e alterações mentais (Pires, 2003).

Seabra (2009 apud Moncrieff e Cohen, 2006) referem que o termo “antidepressivo”, diz respeito a uma droga que ajuda a corrigir anormalidades biológicas específicas que dão origem aos sintomas depressivos, de acordo com o modelo de ação do fármaco centrado na doença. Entende-se que os antidepressivos atuam na estrutura neurológica específica das desordens depressivas. Contudo, há uma evidência mínima que sustenta esta idéia, e que, portanto, o modelo centrado no fármaco sugere que psicotrópicos originam estados anormais que podem, portanto, aliviar os sintomas. Os efeitos antidepressivos variam bastante de acordo com sua classe química, desde a sedação até a estimulação moderada e ocasionalmente agitação acentuada. Não há evidências que mostrem que antidepressivos ou outro fármaco produzam, à longo prazo, melhora no humor ou qualquer outro efeito particularmente útil no tratamento da depressão (Moncrieff e Cohen, 2006).

Pires (2003) afirma que o tratamento com antidepressivos não é lógico e natural para a depressão. O autor defende a posição de que não há qualquer sustentação científica para a idéia de que a depressão seja uma doença de sintomatologia bioquímica, portanto, em que haveria redução na atividade dos neurotransmissores como serotonina e norepinefrina, uma vez que jamais fora demonstrado qualquer existência deste déficit. Na verdade, a generalidade dos estudos não encontrou nenhuma relação entre a resposta aos antidepressivos e a dosagem destes (Pires, 2003 apud Fischer & Greenberg, 1997). Neste caso, até aqui, não foi estabelecida a relação entre quantidade de droga consumida e a respectiva resposta terapêutica, afirma Pires (2003).

Continuando com a idéia defendida por Pires, de que não existem antidepressivos, pois se estas drogas fossem efetivamente antidepressivas, deveriam tratar não só a eficácia da depressão, mas, igualmente, serem específicas ao tratamento destas perturbações, o que não ocorre. Sua argumentação de que, considerando a complexidade das investigações em farmacologia que estão disponíveis, pode-se dizer que a eficácia do placebo é, em termos gerais, de 30 a 35%, já para as drogas antidepressivas o índice seria de 50 a 60% (Pires, 2003).

Seabra (2009 apud Healy, 2007) mostra a interpretação e implicações clínicas das descobertas de ensaios controlados da eficácia dos antidepressivos, e análises múltiplas sugerem que estes ensaios demonstram grosseiramente que, 50% dos pacientes respondem positivamente aos antidepressivos comparados com 40% de placebo (Pires, 2003 apud Kirsch & Sapirstein, 1998; Kirsch Moore, Scoboria & Nicholls, 2002; Stone & Jones, 2006 cit in Healy, 2007) Pires, 2003(apud Tomson,1982), utilizando os estudos com placebos ativos de Monis e Beck (1974 apud Pires, 2003), verificou que apenas num fármaco, foi superior ao placebo. Neste caso, quando se controlam os efeitos ativadores ou adversos dos fármacos, utilizando substâncias que produzem efeitos semelhantes, a tendência é para não haver diferença na resposta de fármacos antidepressivos e placebos.

O estudo de Kirsh e Sapirstein (1998 apud Pires, 2003) que envolvem tricíclicos, tetracíclicos, ISRS e outros antidepressivos e demais medicações consideradas não antidepressivas, revelou que antidepressivos são em grande parte meros placebos ativos. De fato, o estudo mostra que 70% do efeito terapêutico destas drogas é placebo. Os autores concluíram que a resposta terapêutica aos fármacos não corresponde aos efeitos terapêuticos, ou seja, o fato de um sujeito melhorar não quer dizer que seja algo

intrínseco ao próprio fármaco. Pires, completa dizendo que, na verdade, a melhora deve-se à resolução de problemas que o perturbavam (Pires, 2003).

Pires defende que se trata de extrema importância atentarmos para, mesmo quando a medicação é feita em doses terapêuticas, existem efeitos adversos sérios e neste caso, colocarmos em questão as eventuais vantagens terapêuticas do uso (Pires, 2003).

Há ainda, a discussão sobre se estes medicamentos podem aumentar a ideação suicida (Pires apud Kielholz & Bategay, 1958 apud Healy & Whitaker, 2003).

Por outro lado, a propaganda bioquímica difunde a idéia de que os antidepressivos são necessários quando existe o risco de suicídio, o que não se baseia em evidências empíricas. Se existe alguma relação entre antidepressivos e suicídio e, por isso mesmo, o risco de suicídio (Pires, 2003). Segundo o autor, o fármaco só é capaz de bloquear qualquer hipótese de suicídio se o paciente tomar doses tão elevadas que fica totalmente prostrado o que impede qualquer ação para a tentativa ou desejo de suicídio (Pires, 2003). Healy e Whitaker, (2003), sustentam que, ensaios revelaram o excesso de atos suicidas observados em pessoas que estavam em tratamento com medicamentos comparados a placebos.

Pires afirma que nos últimos anos, o grande aumento de consumo de antidepressivos, não se deve a mais pessoas com depressão e sim, um número maior de pessoas indicadas para tomarem antidepressivos (Pires, 2003).

O autor mostra que há pessoas que surgem nos ambulatórios médicos com objetivos de tomar medicação, sem ter necessariamente depressão, ou seja, preenchendo apenas alguns critérios ou com quadros de ansiedade. E continua dizendo que se torna de grande importância oferecer tratamento idiossincrático com foco nas dificuldades peculiares de cada paciente e acompanhar e defender o processo de desmedicalização da farmacoterapia. Neste sentido, é pertinente mencionar que tais substâncias em geral, não deveriam ser usadas mais que alguns meses, até porque o seu estudo, também, não ultrapassou os dois ou três meses. Por outro lado, as pesquisas mostram que a maioria das pessoas que apresentam melhoras com o uso destas drogas, recaí quase que imediatamente quando retiradas, o que leva ao seu uso permanente e crônico, a maioria das vezes com sucessivas mudanças de medicações (Pires, 2003).

6.1 Antidepressivos e seus efeitos adversos.

No trabalho que realizo atualmente num ambulatório de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro, não são incomuns as queixas dos efeitos resultantes da medicação de psicofármacos e mais frequentemente dos antidepressivos sejam eles ISRS ou ISRN. Alguns dos relatos mais freqüentes são de ganho de peso, angustia, fobias, queda da libido, confusão mental, episódios de tonteiras, agitação motora, taquicardia e até alucinações auditivas. E mais uma vez, Pires (2002), é quem expõe, corajosamente, em sua obra sobre o quanto as informações emitidas por alguns laboratórios não correspondem à realidade, ao defenderem a idéia de que estes novos antidepressivos ISRS, por exemplo, apresentam mínimos efeitos severos de ação, pelo menos comparados aos antecessores IMAO e TCA (antidepressivos tricíclicos) e, segundo o autor, estas informações seriam inconsistentes. Lembrando que os ISRS consolidaram-se como a primeira escolha para o tratamento desses pacientes.

Os princípios ativos mais importantes segundo esta linha seriam o cloridrato de sertralina, o escitalopran, venlafaxina e cloridrato de fluoxetina.

Segundo os estudos de autores como Moreno & Soares (1999), listam-se efeitos adversos dos três tipos de antidepressivos como hipotensão, vertigem, tonturas (especialmente ao levantar), diarreia, edemas nos pés e tornozelos, taquicardia, palpitação e sintomas raros como hepatite, leucopenia, síndrome de parkson, hipomania, calafrios, cefaleia intensa, dilatação das pupilas, bradicardia, aumento de fotossensibilidade, aumento de sudorese, reações psiquiátricas, entre outras.

Márcia Angell (2011) pôs em dúvida a eficácia dos antidepressivos entre os tratamentos convencionais e, segundo ela, o índice de resposta dos pacientes a antidepressivos é pouquíssimo superior ao de placebos e continua apontando de que há graves efeitos colaterais além de que uma boa parte das pessoas que usam o medicamento apresenta disfunção sexual.

No artigo A epidemia da doença mental (2012), Angell questiona, se no mundo haveria uma franca expansão no uso e no consumo desses medicamentos como se explica o aumento de pessoas que sofrem de males como a depressão ou síndrome do pânico? Não deveria ser o contrário? (Lembrando que este questionamento vem permeando todo o trabalho). Ora, se há eficácia comprovada do medicamento, não deveria ocorrer ao mesmo tempo, uma redução no número de casos ao invés de sua expansão?

Destacam-se a questão de alterações bioquímicas cerebrais em pacientes diagnosticados com depressão, esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos, que antes do tratamento medicamentoso não sofriam nenhum desequilíbrio químico: *“No entanto, depois que uma pessoa passa a tomar medicação psiquiátrica que, perturba a mecânica normal de sua via neural, seu cérebro começa a funcionar anormalmente”*. (Angell 2012 apud Whitaker 2009).

Robert Whitaker (2009), ainda mais incisivo, fundamenta o quanto novas drogas psiquiátricas contribuíram e contribuem diretamente para uma alarmante epidemia de doenças mentais induzidas por drogas, segundo ele, os medicamentos prescritos à população pelos médicos com objetivo de estabilizar desordens mentais, são capazes de, como dito anteriormente, provocar mudanças patológicas cerebrais dando origem a comportamentos suicidas, episódios maníacos e psicóticos, convulsões, violência, diabetes, falência pancreática, doenças metabólicas e morte prematura.

Uma porcentagem das pessoas colocadas sob o uso de ISRSs, porque tem algum grau de depressão, ou sofrerá um ataque maníaco ou psicótico, induzido por drogas (...) Então agora, em vez de lidar somente com a depressão, eles estão lidando com a mania ou sintomas psicóticos e uma vez que apresentem um episódio maníaco induzido por drogas, o que acontece? Eles vão para o quarto de emergência e naquele momento, estarão sendo novamente diagnosticados. A partir de então serão informados de serem bipolares e lhes será adicionado um antipsicótico ao uso de antidepressivo, entrando num movimento ladeira a baixo de incapacidade crônico. (Whitaker, 2009).

Entretanto, Flack (2016) é um dos defensores do uso de antidepressivos e que combatendo as teorias de que estes causariam danos neurológicos, argumenta que não há evidências do fato, quando, na verdade, a exposição a sintomas depressivos por longo prazo é que costuma provocar alterações cerebrais como a diminuição de ramificações dos neurônios interferindo na troca de informações nervosas e termina dizendo que assim como os medicamentos deste tipo, são capazes de combater os sintomas depressivos, são também aliados do bom funcionamento do cérebro.

Neste mesmo sentido, em apoio aos princípios dos efeitos positivos dos medicamentos com base nos ISRS, Duailibi (2016), recomenda a prescrição e defende

que o medicamento reduz a taxa global de suicídios, argumentando que alguns dados que sugerem que no início do tratamento poderia haver aumento do risco de suicídio de alguns pacientes quando comparados às taxas de suicídios antes do início e após o tratamento, segundo ele, foi observado uma diminuição significativa do risco.

Moreno e colaboradores (1999), também defendem o uso desse tipo de medicação, fazendo um estudo histórico de antidepressivos a base de ISRS e mostra que a depressão tornou-se um problema médico passível de tratamento semelhante a outras doenças como diabetes e hipertensão arterial, com a descoberta no final da década de 50 de drogas antidepressivas e sua utilização na prática clínica, trazendo um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos e continua afirmando que nas últimas décadas assistimos no cenário farmacêutico surgirem novas classes desse tipo de psicofármacos, diferentes dos ADTS e IMAOS comuns nos anos 80 que apresentavam muitos efeitos colaterais em suas ações farmacológicas. Segundo o autor foram realizadas pesquisas de moléculas desprovidas dos efeitos colaterais, e que diferentes das drogas antecessoras, irreversíveis pela seletividade farmacológica, foram capazes de modificar e atenuar seus efeitos colaterais. O psiquiatra argumenta que as drogas ISRS seriam então melhor toleradas e seguras quanto a uma super dosagem e seus efeitos colaterais serem menores comparados aos ADTS (antidepressivos tricíclicos) e IMAOS. Todavia, conclui dizendo que apesar dos avanços na pesquisa, ainda sim, não se é capaz de explicar completa e adequadamente o funcionamento dos antidepressivos e por isso, se vale de “hipóteses para entender seu mecanismo de ação” (Moreno,1999).

7. Na busca de outros recursos terapêuticos

Segundo Alves e colaboradores (2014) vinte e cinco por cento das drogas prescritas em todo o mundo tem em sua origem espécies vegetais.

O número de espécies está estimado entre 350.000 e 550.000, destes apenas 55.000 catalogadas e distribuídas entre regiões do país. (Ribeiro, 2013). Então fica a questão, por que com uma biodiversidade desta dimensão dependemos da exportação ora de matéria prima ora de fármacos? Além de grande consumo e comercialização, mesmo diante todos os resultados nocivos originados por efeitos adversos e placebos que possuem os antidepressivos, digo, farmacológicos, por exemplo? Seria a fitoterapia brasileira uma alternativa de recurso seguro no tratamento da depressão, digo no uso como medicamento? Qual seria a vantagem para a população? Custo-benefício? Menos efeitos colaterais?

A OMS define planta medicinal como sendo todo e qualquer vegetal que possui em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semi-sintéticos. A diferença entre planta medicinal e fitoterápico reside na elaboração da planta para uma formulação específica, o que caracteriza um fitoterápico. Segundo a Vigilância Sanitária (ANVISA) de nº 6 de 31 de janeiro de 1995, fitoterápico é todo medicamento tecnicamente obtido e elaborado, empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais com finalidade profilática, curativa ou para fins de diagnóstico, com benefício para o usuário. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos do seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. É o produto final acabado, embalado e rotulado. (Valdir Junior, 2005).

A cultura do uso de plantas e de outras fontes naturais com propriedades terapêuticas vem sendo valorizada pela sociedade do mundo inteiro e retornou ao *status*

de uma fonte de produtos medicinais devido à busca por hábitos mais saudáveis de vida e pelo difícil tratamento de certas doenças e resistências microbianas (Souza et al, 2008 apud Eldin & Dunford; 2001). Os motivos do crescimento da busca por remédios com princípio fitoterápico são resultados dos efeitos adversos causados pelo uso de fármacos sintéticos, à preferência de consumidores por terapêutica “natural”, crescente validação científica das propriedades farmacológicas de espécies vegetais, desenvolvimento de novas formas de preparo e administração dos produtos e relativo baixo custo. (Souza et al, 2008 apud Cañiguierd et al, 2003; Melo et al, 2007). Entretanto, é importante considerar o fato de que muitas das preparações que utilizam plantas medicinais requerem estudos científicos mais detalhados, incluindo padronização química, testes biológicos *in vitro* e em modelos animais e avaliação clínica (Souza, 2008).

No ano de 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978), reconheceu a fitoterapia como uma prática oficial bem como recomendou a difusão dos conhecimentos necessários para seu uso e ainda observou que 85% da população mundial faz uso de plantas medicinais e elaborou uma série de resoluções considerando o valor das plantas na medicina tradicional e sugerindo participação do serviços de saúde regionais. Já no Brasil. O Decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006, sobre Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde, tem como algumas de suas diretrizes, garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas e fitoterápicos, promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos a partir de uma legislação específica. (MS, 2007).

A utilização das plantas medicinais como base terapêutica, é antiga e conhecida nas diferentes culturas em todo o mundo, entretanto, sofreu grande mudança em função da entrada de terapia sintética e industrializada em meados do século XX. Para Tânia Fernandes (2004), neste cenário mundial, as indústrias farmacêuticas brasileiras foram em sua maioria, desativadas ou substituídas por empresas multinacionais o que originou um novo arranjo de prática-terapêutica que “se afastou e ao mesmo tempo negligenciou a utilização de plantas medicinais” (p13). A autora ainda ressalta de que no Brasil, há uma grande produção de pesquisa na área de plantas medicinais tanto em Instituições de Pesquisa quanto em Universidades, todavia, há uma profunda distancia entre o conhecimento produzido e sua aplicação na indústria (Fernandes, 2004).

O uso de plantas medicinais e outros produtos naturais no tratamento e na prevenção de doenças podem ser observados em diferentes formas de organização social ao longo da história nas praticas institucionais como nas práticas populares. No Brasil, as boticas foram fundamentais até o século passado e foram substituídas por pequenas indústrias de produção e por farmácias de manipulação e revenda de produtos manipulados e industrializados. Até a década de 1920, estas se dedicavam aos compostos de extratos vegetais e minerais. Após a segunda guerra mundial, inicia-se um processo de esfacelamento do setor industrial químico-farmacêutico no Brasil, onde o novo modelo econômico mundial é implantado neste seguimento e priorizava a expansão das indústrias multinacionais em detrimento da implantação e desenvolvimento de parques industriais nos países em desenvolvimento, como o Brasil. (Fernandes, 2004).

Alves, A.C.S et al (2014), também aponta que a utilização de plantas medicinais é antigo na civilização humana e foi um recurso de tratamento para diversas doenças durante muito tempo, também admite que nos últimos tempos vem crescendo o interesse por terapias alternativas e no uso terapêutico de produtos naturais

principalmente aqueles derivados de plantas. O que não deveria nos surpreender uma vez que a estimativa é de que 25% das drogas prescritas em todo o mundo são oriundas de espécies vegetais (Alves, 2014).

Becker (2012), em pesquisa desenvolvida no Programa de Fitoterapia na Rede Pública de Saúde no Brasil, lista trabalhos que foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde e que constaram de horto medicinal, laboratório de manipulação e de controle de qualidade, área educativa para palestras e banco de mudas identificadas botanicamente, mostra que todos foram capazes de trazer benefícios para os usuários do SUS, excelentes resultados apresentados no tratamento de doenças, maior adesão ao tratamento, aumento da participação popular, uma maior autonomia dos usuários com ampliação do auto cuidado e cuidado integral à saúde e restabelecimento da saúde de forma mais suave e duradoura e principalmente com a redução dos efeitos colaterais comuns causados pelos medicamentos alopáticos.

Outro ponto importante da pesquisa, no uso de plantas medicinais junto à população, é o de estimular o desenvolvimento comunitário no processo de tratamento, aumentando o empoderamento do usuário frente ao próprio corpo, saúde e participação popular (Becker, 2012). Corroborado por Foucault (1998), “É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico” (p.149).

8. Plantas Medicinais e Fitoterápicos incluídos no SUS.

A partir da Constituição Federal e da lei 8.080/1990 e conforme a Portaria GM/MS nº 3.089/2013, foi instituído a inserção de fitoterápicos na lista de produtos estratégicos para o SUS. Atualmente a Relação de Medicamentos Essenciais (Rename) contempla (Brasil 2012-2015) medicamentos homeopáticos de acordo com a 3ª edição da Farmacopéia Homeopática Brasileira (FHB) 12 (doze) fitoterápicos, oriundos de espécies vegetais padronizadas: são eles: Alcachofra (*Cynara scolymus* L.); Aroeira (*Schinus terebinthifolius* Raddi); Babosa (*Alloe vera* (L) *Burm.f*); Cascara sagrada (*Rhamnus purshiana* D.C.); Espinheira santa (*Maytenus officinallis* Mabb); Guaco (*Mikania glomerata* Spreng); Garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*); Hortelã (*Mentha x piperita* L.); Isoflavona de soja (*(L) Glycine max* Merr); Plantago (*Plantago ovata* Forssk); Salgueiro (*Sallix alba* L.); Unha-de-gato (*Uncaria tormentosa*). Além do nome científico e do nome popular, a Rename traz a indicação/ ação e a representação do fitoterápico. É importante observar também que a lista, não inclui nenhum tipo de antidepressivo ou ansiolítico.

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído em dezembro de 2008 pela Portaria nº 2960 tem como um de seus objetivos, inserir com segurança, eficácia e qualidade, plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia no SUS. O Programa busca também promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros (M.S, 2009). Já a Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse do SUS (Renuisus), apresenta plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse ao SUS. A finalidade da lista é de orientar estudos e pesquisas que possam subsidiar a elaboração da relação de fitoterápicos disponíveis para o uso da população, com segurança e eficácia para o tratamento de determinada doença, sendo listadas 71 espécies de acordo com levantamento feito nos municípios que utilizam fitoterápicos (M.S., 2009). Entre eles a Camomila (*Matricaria Chamomilla*), Passiflora spp (*Passiflora Incarnata*) e *Erytrina Mulungu*, usadas como calmantes e sedativos no tratamento de ansiedade e depressão.

9. Os gargalos na pesquisa de plantas medicinais em doenças mentais.

Não se pretende aqui, uma discussão detalhada sobre espécies de plantas medicinais no tratamento de doenças mentais, mas relatos sobre as dificuldades que se apresentam no processo de estudo das plantas em algumas doenças mentais e neste caso, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) como modelo de distúrbio mental cujo autores Thalita Faustino & Rodrigo Batista & Roberto Andreatini (2010), concluíram em pesquisa com plantas medicinais com possíveis ações psicoativas (*piper methysticum- kava-kava, passiflora incarnata, valeriana officinallis, gingo biloba, galphimia glauca e matriarca recutita-camomila*) relataram que apesar do potencial terapêutico dos fitoterápicos neste tipo de distúrbio, por exemplo, poucos ensaios clínicos controlados foram identificados com a maioria apresentando limitações metodológicas como pequeno número de pacientes, ausência de grupo controle, ausência de critério diagnóstico, grupos heterogêneos e curto período de tratamento, baixa doses das drogas comparativas que dificultam uma conclusão mais consistente sobre a eficácia desses extratos. Outra interferência a se considerar é o chamado conflito de interesses, uma vez que o estudo foi financiado por empresas de produtos de extratos, podendo vir a interferir nos resultados e finalmente o terceiro fator e mais importante que seria a variação fitoquímica da planta, ou seja, alterações farmacológicas presentes na planta que sofrem alterações segundo fatores como coleta, processamento, idade da planta, etc. Sugerindo a presença de um “marcador” a partir do extrato ao invés da matéria-prima vegetal (Faustino& Almeida & Andreatini, 2010).

Os pesquisadores relatam também de que vantagens como baixa toxicidade e baixo custo dos fitoterápicos, não se sustentam uma vez que comparados a alguns medicamentos sintéticos no Brasil podem custar o mesmo valor e muitas vezes mais caros na aquisição, além de que, a baixa toxicidade ser outro ponto questionável, citando como exemplo, o *piper methysticum* (apud Borner e cols, 2003), que o uso está relacionado com a hepatotoxicidade e sintomas extrapiramidais (Faustino & Almeida & Andreatini, 2010). Concluindo, portanto, que a comprovação das atividades terapêuticas desses produtos fitoterápicos, necessita de estudos clínicos controlados e randomizados o que segundo, não ocorre com a mesma frequência quando comparados aos medicamentos sintéticos. Roberto Andreatini (2000), também relata de que a escassez de estudos com relação aos fitoterápicos, como o número reduzido de estudos controlados associada à falta de sistematização do levantamento e de farmacovigilância, contribui para o reduzido número de relatos de efeitos adversos.

Um exemplo de planta estudada nos quadros de depressão é o *Hypericum Perforatum* L espécie largamente pesquisada em função de suas propriedades antiinflamatórias, antibactericida, cicatrizante e nos últimos anos também vem sendo estudada por sua ação antidepressiva (Boeno Diniz e cols, 2007). Esta planta é encontrada naturalmente em regiões temperadas da Europa, Ásia e da África e resultados obtidos na pesquisa de secagem e congelamento da mesma, indicam que dependendo da temperatura utilizada, o processo de secagem desta planta, pode alterar as concentrações de componentes representando uma limitação para o preparo do medicamento fitoterápico a partir do *Hypericum Perforatum* porque a molécula é geralmente utilizada para a padronização dos extratos desta espécie (Boeno Diniz e cols, 2007).

Accioly & Caetano (2005), define como metabólitos secundários compostos químicos de estrutura complexa, biologicamente ativos e em baixas concentrações,

empregados pelas plantas na defesa contra agentes invasores/agressores e que comparado aos mamíferos, pode-se dizer que representa “o sistema imunológico das plantas”. São eles, os metabólitos secundários, os responsáveis pela mudança fitoquímica da planta e que garantem as vantagens para sua sobrevivência e para a perpetuação de sua espécie, auxiliando as plantas, por sua vez, no seu próprio processo evolutivo e de seu status no ecossistema em que ocupa (Accioly & Caetano apud Santos, 2003) e completa: “A grande complexidade dos metabólitos secundários das plantas medicinais torna, em muitos casos, sua síntese total inviável devido as enormes demandas energéticas para sua síntese total em laboratório”(Accioly & Caetano, 2005).

10. Discussão dos resultados

Durante a revisão bibliográfica realizada destacaram-se a definição médica de depressão, indagou-se sobre sua definição enquanto construção social, autores que nos fizeram refletir sobre o fenômeno da medicalização, uma crítica quanto à necessidade do uso e efeitos colaterais da medicação de psicofármacos, e tópicos de mesma natureza. Então ficam algumas questões: O que resta de tratamento para o paciente que sofre? Quais alternativas de tratamento para aqueles que sofrem com a depressão?

Como minha trajetória na clínica de psicologia foi aquela que motivou a realização deste trabalho, penso que seria conveniente iniciar esta parte, mostrando, no mesmo universo clínico, alguns casos que tem mostrado respostas que considero, animadoras a outros tratamentos que não o medicamentoso, digo, de antidepressivos farmacológicos. O objetivo aqui, não é tratar sobre terapêuticas alternativas, mas uma reflexão sobre até que ponto o uso de psicofármacos seria mesmo imprescindível, uma vez que outros recursos vêm sendo discutidos e ainda, oferecidos inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS), como no Programa de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no tratamento de sintomas depressivos e para tanto, apresento uma pequena mostra de cinco casos de pacientes com sintomas depressivos, do sexo feminino, entre 26 e 54 anos, as quais são atendidas numa Unidade Básica de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, no bairro de Guaratiba, zona oeste do Rio e que em principio, procuraram o serviço de psicologia com o diagnóstico de depressão, tendo no tratamento como último recurso terapêutico para seus sofrimentos mentais. É importante ressaltar que todas já faziam uso de medicação antidepressiva farmacológica prescrita por psiquiatras ou outros especialistas da rede pública ou privada, quando chegaram na Unidade de Saúde, cujo a fonte de consulta se deu através da leitura de prontuários da mesma Unidade.

TABELA 01: Pacientes do sexo feminino usuárias do Serviço de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro com uso de medicação antidepressivas e atualmente atendidas no serviço de psicologia agregada a outras terapias (florais de Bach, dieta, atividade física e auriculoterapia).

Idade	Queixa inicial	Medicamento	Início da medicação	Sintomas pós uso	Início da psicoterapia	Término do medicamento	Outros recursos terapêuticos Utilizados	Sintomas (até 03/2017) com ou sem a medicação
32	Tristeza, desânimo, insônia, ansiedade, choro fácil, tremores.	Alprazolam 0,7mg, Venlift 197,5mg	07/2016	Acatisia, pânico, angustia, taquicardia, insônia.	01/2017	Reduzido	Psicoterapia, atividade física, florais, dietoterapia, auriculoterapia.	Atenção e humor melhorou, mantém demais sintomas.
26	Tentativa de suicídio, insônia, ansiedade, alteração de humor, tristeza	Imipramina 25mg, Respiridona 120mg, Clonazepan 10mg	05/2016	Tentativa de suicídio, perda de memória, arritmia, automutilação.	01/2017	mantém	Psicoterapia	Dorme melhor, mantém demais sintomas.
45	Tristeza, apatia, insônia, desânimo.	Escitalopran 10mg	10/2012	Tentativa de suicídio, fobia, tremores, ganho de peso.	03/2014	06/2014	Psicoterapia, atividade física, dietoterapia, florais de Bach.	Sem sintomas.
54	Fobias, apatia, tristeza, insônia, inapetência.	Clonazepan 10mg, Clorpromazina 25mg.	03/2012	Pânico, taquicardia, sudorese, cefaléia, tonturas.	06/2016	10/2016	Psicoterapia, florais de Bach.	Sem sintomas
53	Desânimo, isolamento, tristeza, insônia.	Diazepan 10mg	04/2016	Perda da libido, desânimo, insônia.	10/2016	12/2016	Psicoterapia, florais de Bach, dietoterapia, atividade física.	Sem sintomas

Fonte: Prontuários do Serviço de Psicologia da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro –

PS SMS Woodrow Pimentel Pantoja – RJ fevereiro de 2017.

O prontuário se trata de documento de relato e anotações multidisciplinar e nestes se encontra informações sobre as pacientes que são atendidas na Unidade Básica de Saúde, com tratamento que inclui psicoterapia, auriculoterapia, acupuntura e atividades físicas ofertadas pela Unidade como musculação, caminhada, ginástica e também o serviço de nutrição. Foi importante observar na cronologia dos prontuários que aquelas as quais permaneceram em acompanhamento psicológicos com os respectivos tratamentos agregados, com exceção de apenas uma paciente a qual vinha sendo acompanhada apenas a um mês e por isso mantinha toda a medicação, entre dois

a quatro meses, iniciaram uma redução da medicação ou suspenderam totalmente os antidepressivos e vale lembrar que todas, até a época da pesquisa, ainda mantinham seus tratamentos de psicoterapia e demais recursos agregados na Unidade. Pessoas estas que foram acompanhadas e tratadas segundo peculiaridades as quais adoeciam. Corpos que se apresentavam não só como portadores de órgãos e sinapses, mas sobretudo, com histórias de sofrimentos de ordens subjetivas. Como disse certa amiga numa experiência com um pajé na Amazônia, que segundo ele, ao ouvir uma pessoa doente, sua escuta teria como foco a possibilidade de se encontrar um atalho que pudesse conduzir a um lugar da potencia, já perdido pela doença, para ali iniciar um processo de cura, ou seja, uma escuta que se faz com foco no paciente e não em seu sintoma, num olhar que tem a saúde como paradigma e não aquela sentenciada pelo processo de doença.

11. Conclusão

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2001), com o franco crescimento da incidência da depressão, o mal será um dos maiores problemas de saúde pública do ocidente. Já se fala em epidemia mundial, entretanto, quando assistimos a este alarmante número no Brasil, há uma contradição de sentido quando assistimos ao mesmo tempo um aumento também no número no consumo de antidepressivos. Numa espécie de “conta que não fecha”, fica a questão: Por que uma vez que há um consumo maior de antidepressivos, este quadro na incidência de depressão, pelo menos no Brasil, não diminui? Algo está na contramão dos efeitos a que se pretende atingir com os antidepressivos, então, há mais pessoas com depressão ou há mais pessoas que estão consumindo antidepressivos? Os efeitos colaterais seriam aqueles crônicos e produtores de cada vez mais sintomas? O número destes antidepressivos comercializados e consumidos em nossa sociedade, por exemplo, não seria uma demanda suscitada pela oferta de depressão enquanto entidade nosológica produzida, principalmente por grupos interessados numa fatia de mercado de medicamentos que não pára de crescer? “(...) *acesso que as indústrias farmacêuticas tem aos médicos e também aos possíveis consumidores, via mecanismos publicitários que divulgam não só novos medicamentos como também novas doenças*” (Rogério Azize, 2008, p.11) e ainda somando-se ao fato de que, como defendeu Robert Whitaker (2009), foi graças ao surgimento dos medicamentos para doenças mentais que pôde dar ao psiquiatra *status* de médico ou ainda, notoriedade dentro da classe médica o que nos faz refletir sobre qual sentido e razão que insistem em significar a depressão como “doença”, ou seja, de origem biológica a reduzindo a uma teoria de déficit de serotonina. Parafraseando Azize Lopes (2008 apud Healy 2004):

Sob a influencia do marketing dos ISRS, esta ‘psicobalela’ (psicobabble) está rapidamente sendo substituída por uma biobalela que fala sobre níveis baixos de serotonina e coisas do gênero, de uma forma divorciada de qualquer quadro de referencia científica (apud 2004, p.9).

Neste caso, observamos ao longo deste trabalho que não há pesquisa que comprove a hipótese serotoninérgica da depressão e ainda sim a comercialização e prescrição por especialistas, na assistência médica, continua a crescer como vimos, em escala exponencial e no caso ainda da prescrição, as consultas, para este fim, costumam ser rápidas ou na grande maioria dos casos, com foco na idéia de doença, onde o psiquiatra traduz em sintomas o relato de sofrimento do paciente, é quando a partir daí, o especialista faz a adequação deste mesmo sofrimento à medicação. Histórias e sentimentos de um mundo desencantado ganham nuances e significações reduzidos à disponibilidade de serotonina nos processos sinápticos. É como convenientemente trata Angel Hernáez, (2013) e descreve uma experiência para nos dar uma idéia:

São 11 horas e 15 minutos e nos encontramos como observadores na consulta do doutor S, um psiquiatra da rede pública de Barcelona. Em poucos minutos entra um paciente em sua consulta. Trata-se da senhora R, de aproximadamente 50 anos que, perante a pergunta ‘Conte-me o que lhe ocorre?’, estabelecida pelo clínico, responde com certo pesar na fala: ‘Oh, meu Deus! Não encontro sentido para minha vida desde de que morreu o meu marido’. Depois de um tempo, o clínico rabisca em um papel ‘sentimento de desesperança’, enquanto a paciente continua com sua narrativa e explica

que agora sua filha já é maior e quer viver sozinha, que se sente inútil porque sempre havia se dedicado à sua família, e que agora já não tem mais família, que sua mãe morreu faz alguns anos e que 'o mundo está desabando'. O clínico não espera que a paciente construa mais a fundo seu relato e realiza perguntas do tipo: 'A senhora se sente cansada pela manhã?', 'Perdeu peso ultimamente?'. A paciente exibe um gesto que interpreto como uma incompreensão sobre o objetivo dessas questões, mas continua falando de seus problemas cotidianos. Após uma breve espera, o profissional interrompe de novo a narração da Sra. R com questões do tipo: 'Teve idéias de suicídio?' Pode dormir bem à noite?', 'Desde quando a senhora tem estas sensações?' A paciente responde as perguntas apelando para seu mundo de vivências e representações. Não aceita o suicídio porque é contrário a fé católica e, quanto ao sono, reconhece que faz tempo que está perturbado pela quantidade recordações e incertezas que, durante a noite, invadem sua mente. A sessão finaliza abruptamente com uma indicação de tratamento psicofarmacológico – concretamente antidepressivos, por parte do psiquiatra e com a frase da paciente: 'Essas pílulas não vão fazer parar o que eu tenho' (2013, p.103).

Na lógica de uma construção social, a depressão é convertida em doença e uma vez vencida em seu aspecto moral ou sociológico, pode ser produzido um remédio mais indicado, ou uma medicação mais adequada e numa espécie de esquadramento do corpo e de suas aflições, vemos a subjetividade seguir rumo à definição de doença biológica e como mostramos anteriormente, aliado a um enorme investimento de propaganda das indústrias farmacêuticas com a promessa de que seria o psicofármaco um “libertador” que oferecendo paz de espírito e reequilíbrio psíquico, aprisionando os sujeitos, nos termo de Azize (2008), numa “gaiola química”. “*Se estamos experimentando uma reconfiguração neuroquímica da noção de 'pessoa', as implicações éticas e sociais para o século XXI serão profundas*” (Azize, 2008 apud Nikolas Rose 2003).

Os efeitos colaterais e a dependência química dos antidepressivos que afetam os indivíduos com a promessa de minimizar seus sofrimentos, nos faz indagar se vale à pena o uso deste recurso e neste caso pensar em outras formas possíveis de tratamento que por sua condição, possam mostrar-se mais indicados devido seu custo menor e baixo ou nenhum efeito adverso, e aponta para busca de alternativa de cuidado baseado nas plantas medicinais da biodiversidade brasileira, entretanto, como visto neste trabalho, descobrimos alguns impedimentos na produção destes remédios e com a pesquisa de fitoterápicos, como escassez de metodologia, conflitos de interesses na realização da pesquisa e ainda a maneira como se comportam metabólitos secundários de algumas plantas. O que nos leva a pensar, associado a isto, sobre se a ausência de um “marcador biológico” na depressão seria aquele que nos sinaliza que a ação que aqui caberia ao remédio, seria diferente do medicamento seja ele químico ou fitoquímico? Explico melhor, se não há um marcador biológico para a depressão, como produzir um medicamento que pretenda ter uma ação física deste tipo, ou seja, capaz de afetar uma causa biológica desconhecida? Não seria injustificada uma medicalização para estes ditos “estados de ânimos”? Philippe Pignarre (1995) que nos chamou atenção para o fato de que se esta “testemunha confiável” chamada marcador biológico, se encontra ausente nas doenças psiquiátricas e na depressão em particular (Caponi 2013 apud Pignarre 1995), seria necessário criar estratégia diferentes daquelas de origem clássicas etiológicas que pudessem explicar a depressão, ora, se o caminho para explicar a depressão, definitivamente, é diferente do caminho das pesquisas etiológicas que

explicam doenças fisiológicas como diabetes, cardiopatias, HIV, etc. Então, nos encontramos num território desconhecido e epistemologicamente indefinido, sem marcadores biológicos, isto é, sem esta testemunha confiável. E esta ambigüidade permite uma variedade de diagnósticos, uma epidemia de depressão e mais que isso, a produção e consumo de drogas psicotrópicas que não param de se multiplicar e, portanto, sem um objeto a que se pretende uma ação química.

Podemos então pensar num outro caminho também para o tratamento e está claro de que este parece não incluir os medicamentos clássicos como psicofármacos e até mesmo aqueles de ordem dos fitoterápicos, uma vez que, o sentido do tratamento parece não seguir a lógica exclusivamente de ação orgânica ou fisiológica e aí se torna necessário pensarmos num novo paradigma de desmedicalização que possa incluir a leitura de âmbito social e psicológico como ponto de partida e que, para tanto, o tratamento possa ter este viés e que permita um desdobramento em ações que envolva este cunho, num sentido maior de solidariedade, ética e por isso mesmo contra-hegemônico.

12. Referências bibliográficas

A.C.S.et al. Aspectos Botânicos, Químicos, Farmacológicos e Terapêuticos do *Hypericum perforatum* L. *Revista Brasileira de Plantas Médicas*. v.16, n.3 p. 593-598-599, setembro/dezembro, 2014. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=722281&indexSearch=ID>>. Acesso em 18 de março de 2017.

ABTN, NBR 6023/2002: Informação e documentação: Apresentação de citações em documentos, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.leffa.pro.br/textos/abtn.html#5.12>>. Acesso em 29 de maio 2017.

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011). Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Sa%C3%BAde+e+Economia+n%C2%BA+10/a45e002d-df42-4345-a3a2-67bf2451870c>>. Acesso em 06 de abril de 2016.

ANDREATINI, R. Uso de Fitoterápicos em Psiquiatria. [on line]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol 22 n.3 p.104-105, set/2000. Disponível em:<<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=fitoterapicos+em+psiquiatria+andreatini&btnG=&lr=>>> Acesso em 25 de abril 2017.

ANGELL, Marcia. A crise da Psiquiatria e a ineficácia dos antidepressivos, 2011. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/antidepressivos-trazem-mais-prejuizos-do-que-beneficios-2896469>>. Acesso em 12 de novembro de 2016.

AZIZE, Lopes, R.Uma Neuro-weltaus chauung? Físicalismo e Subjetividade na Divulgação de Doenças e Medicalização do Cérebro. *Mana*: v. 14, n.1 p.7-30, abril/2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132008000100001t>. Acesso em 02 de maio de 2017.

BECKER, Mariana, M. Programa de Fitoterapia na Rede Pública de Saúde do Brasil. 2012. 30f. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Saúde Pública) UFSC, Florianópolis, 2012. Disponível em <spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-mariana-becker.pdf>. Acesso em 30 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. OMS. Relatório Mundial de Saúde, Brasília, 2014. Brasileiro Gasta 1,8 bilhões com antidepressivos e estabilizantes de humor. O Jornal de Canal Saúde (2014). Disponível em <www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722> Acesso em 21 de outubro de 2016.

CAPONI, S. et al. Medicalização da vida. 2. ed. Curitiba: Prisma, 2013.

CAPONI, Sandra e et al. Medicalização da Vida: Ética e Saúde Pública e Industria Farmacêutica.[Unisul]. *Ciência e Saude Coletiva*, v.17, n.9, p.2554-2556, set/2012.

Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid>. Acesso em 13 de maio 2016.

CARLINI, A.E e et al. Drogas Psicotrópicas O que são e como agem. *IMESC*, n.3, p. 9-35, 2001. Disponível em <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=drogas+psicotropicas+como+s%C3%A3o+e+como+agem+carlini&btnG=&lr=>>> Acesso em 21 de abril 2017.

Código Interno de Saúde (CID-2012). Disponível em <www.datasus.gov.br/cid/10/v2008/webhelp/cap05-3d.htm>. Acesso em 26 de abril de 2016.

CORDEIRO, H. A Indústria da Saúde no Brasil. 1.ed. vol. n 11. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DATASUS, 2012. Disponível em <datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/minas-gerais/noticias> Acesso em 07 de abril de 2015.

DE SÁ ACCIOLY, P.N. e CAETANO, L.C. Plantas Mediciniais: Do Popular ao Científico. Maceió: Ufal-Resenha, 2005, 85p. Disponível em:<<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=plantas+mediciniais+do+popular+ao+cientifico&btnG=&lr=>>> Acesso em 12 de abril de 2017.

Depressão já é doença mais incapacitante, afirma OMS. Folha de São Paulo. Equilíbrio e Saúde. 2014-12-17. Disponível em <www.1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-ja-e-doenca-mais-incapitante-afirma-a-oms.shtml>. Acesso em 16 de outubro de 2016.

DINIZ, B.A.C. e ASTARITA, V. L. e SANTARÉM, R.E. Alteração dos Metabólitos Secundários de *Hypéricum Perforatum* L. Submetidos a Secagem e ao Congelamento. [on line]. *Acta Botânica Brasílica*, v.21, n.2 p. 443-450, abril/junho 2007. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=alteração+dos+metabólitos+secundarios+do+hypericum&btnG=&lr=>>>. Acesso em 25 de maio 2017.

DUALIBI, K e Souza, A. e Jubara, C. Como diagnosticar e tratar a depressão. *Moreira Jr*, v.71 n.12 p. 23-31, dez/2014. Disponível em <www.moreirajr/revista.asp?fase=r0038id_materia=557809/2013>. Acesso em 04 de março 04 de março de 2016.

FAUSTINO, T. e ALMEIDA, B.R e ANDREATINI, R. Plantas Mediciniais no Tratamento de Ansiedade Generalizada: Uma revisão dos Estudos Clínicos Controlados. [on line] *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.32, n.4 p.429-436, out/ 2010. Disponível em<<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=plantas+mediciniais+no+tratamento+de+ansiedade+generalizada+faustino&btnG=&lr=>>> . Acesso em 25 de maio de 2017.

FERNANDES, Tânia. Plantas Medicinais, Memória e Ciência no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FLECK, Marcelo. Acabe com os sete mitos sobre o uso de antidepressivos: depoimento. 2016. [24 de outubro, 2016]. link: www.minhavidacom.br. Entrevista concedida a Laura Tavares. Disponível em <www.minhavidacom.br/saude/galerias/14986>. Acesso em 21 de janeiro 2017.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GOMES, A. Psicofármacos breve guia de medicamentos psiquiátricos mais usados, julho/ 2013. Disponível em <<http://www.saudentalepsiquiatria.com>>. Acesso em 06 de abril de 2016.

HERNÁNDEZ, M. A. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi, S. et al. Medicalização da Vida. 2. ed. Curitiba: Prisma, 2013. p.95-113.

IBGE (2013). Disponível em <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em 26 de maio de 2016.

Em.com.br, 2013-01-17. Disponível em <www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/01/26/internas_economia,346135/brasileiro-gasta-r-1-8-bi-com-antidepressivo-e-estabilizadores-de-humor.shtml>. Acesso em 11 de abril de 2016.

MORENO, Ricardo e Soares, M.B. Artigos de Psicofarmacologia de Antidepressivos, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500006&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em 09 de novembro de 2016.

Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental, OMS. Megacity Mental Health Survey. PloS One (02.2011). Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005415/>>. Acesso em 16 de abril de 2016.

PIRES, L.M.C. A depressão não é uma doença. 4. ed. Leiria: Diferença, 2002.

_____. E quando o Rei vai nu. Os problemas e as vítimas das drogas psiquiátricas. 2. ed. Leiria: Diferença, 2003.

Protest (23.01.2013). Disponível em <<https://www.protest.com.br/saude-e-bem-estar/doencas/noticias/brasileiros-estao-abusando-dos-ansioliticos>>. Acesso em 11 de abril de 2016.

SEABRA, Miguel J. Serão Os Antidepressivos a forma mais eficaz de tratamento na depressão? Faculdade de Psicologia e Educação da Universidade de Coimbra, Lisboa, p.1-7, 2009. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0502.pdf>>. Acesso em 13 de novembro de 2015.

Sindicato dos farmacêuticos do Estado de Minas Gerais (SINFARMING, 2013). Disponível em <<http://www.sinfarmig.org.br/not%C3%ADcias/869-a-epidemia-de-doen%C3%A7a-mental-por-que-cresce-assombrosamente-o-n%C3%BAmero-de-pessoas-com-transtornos-mentais-e-de-pacientes-tratados-com-antidepressivos-e-outros-medicamentos-psicoativos.html>>. Acesso em 06 de abril de 2016.

VEIGA JUNIOR, Valdir F. e PINTO, Ângelo C. e MACIEL, Maria Aparecida. Plantas Mediciniais: Cura, segura? [On line]. *Química Nova*, v. 28, n.3 p. 519-528, fev/2005. Disponível em <[> Acesso em 13 de março de 2017.](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=plantas+mediciniais+cura+segura&btnG=&lr=.)

WHITAKER, Robert. Drogas Psiquiátricas: Um assalto a Condição Humana: depoimento [28 de junho 2009]. Websiter, Oakland, CA: The Street Spirit (texto público). Entrevista concedida a Terry Messman. Disponível em <<file:///c:/Users/jo/Documents/whitaker%20E%20A%20MEDICAÇÃO%20PSIQUIATRICA.html>>. Acesso em 11 de março 2017.