

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE DO PARANÁ
SETOR CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

JÉSSICA FERNANDA PSZDZIMIRSKI

**“O MEDICAMENTO É UMA VÁLVULA DE ESCAPE”: UM ESTUDO SOBRE
A DEPRESSÃO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO PARANÁ (2010 – 2017)**

IRATI/PR
2019

JÉSSICA FERNANDA PSZDZIMIRSKI

**“O MEDICAMENTO É UMA VÁLVULA DE ESCAPE”: UM ESTUDO SOBRE
A DEPRESSÃO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO PARANÁ (2010 – 2017)**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em História, Curso de Pós-Graduação em História, área de concentração “História e Regiões”, linha de pesquisa Espaços de Práticas e Relações de Poder, da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO/PR.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Anselmo Olinto

**IRATI/PR
2019**

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

P974m	<p>PSZDZIMIRSKI, Jéssica Fernanda.</p> <p>O medicamento é uma válvula de escape : um estudo sobre a depressão na região Centro-Oeste do Paraná (2010 – 2017) / Jéssica Fernanda Pszdzimirski. – Irati, PR : [s.n.], 2019. 124f.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Anselmo Olinto Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História. Área de Concentração: História e Regiões. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.</p> <p>1. Remédio – história. 2. História oral. I. Olinto, Beatriz Anselmo. II. UNICENTRO. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 615.1</p>
-------	---



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE/UNICENTRO
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Programa de Pós-Graduação em História – PPGH
Área de Concentração – História e Regiões

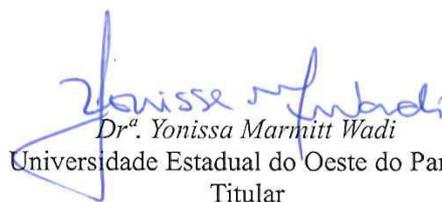


TERMO DE APROVAÇÃO

Jéssica Fernanda Pszdzimirski

“O Medicamento é uma Válvula de Escape”:
um estudo sobre a depressão na região centro-oeste do Paraná (2010–2017)

Dissertação aprovada em 13/09/2019, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em História, área de concentração em História e Regiões, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte Banca Examinadora:


Dr.ª. Yonissa Marmitt Wadi
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Titular


Dr. Vanderlei Sebastião de Souza
Universidade Estadual do Centro-Oeste
Titular


Dr.ª. Beatriz Anselmo Olinto
Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Irati – PR
2019

*A Edilson, Nilce, Ryan,
Hictor, Olga e Naná*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Nilce e Edilson, que me proporcionaram estar aqui e que dedicaram suas vidas para que eu pudesse ser uma pessoa boa, me ensinando valores. Estiveram comigo nos momentos mais difíceis e sempre acreditaram e me incentivaram a continuar. Sem eles, talvez isso não fosse possível. Agradeço a eles com muito amor e também ao meu irmão Ryan.

Meu agradecimento a Hictor Matheus Palhano, amor da minha vida e também meu melhor amigo, que me ajudou durante todo esse percurso a manter a saúde mental, me apoiando e incentivando e me lembrando todos os dias que eu era capaz, inclusive me levando muitas vezes para Irati. Sua companhia é sempre ótima. Eu te amo e desculpa ser chata.

A minha querida Vó Olga, que viajou muitas vezes comigo para Irati, levando o chimarrão, contando histórias e levando o dinheiro do pedágio embrulhado, contado, “para facilitar o troco pra moça”. As viagens eram menos cansativas e mais tranquilas quando ia junto. Bem que a senhora sempre me disse: “atrás do ruim vem o bom”.

Gostaria de agradecer às minhas três irmãzinhas postiças, Isabeli, Sofia e Stefany e também ao meu querido afilhado Luis Eduardo, que irradiam nossas vidas e fazem os problemas parecerem sempre menores, como quando a Isabeli me disse com sua inocência de três anos em um dos momentos de desespero por não estar conseguindo continuar a pesquisa: “não chore Jéssica, se você quiser, eu ajudo você pintar sua tarefa”. Aos meus sogros, em especial a Dona Leocéres, que em muitas vezes cuidou de mim como se eu fosse sua filha. A Tia Tila, que nos ajudou a cuidar e organizar nossa casa.

Agradeço de todo coração à minha orientadora Beatriz Anselmo Olinto, por tudo até aqui, todos os aprendizados, de teoria, História das Doenças, e da vida. Ela é sem sombras de dúvidas uma das maiores incentivadoras de pessoas do mundo todo. Todas as vezes que nos encontrávamos para orientações, eu voltava para casa empolgada, inflada e entusiasmada. Hictor costumava dizer que eu estava “sob efeito Bia”. Todo pesquisador deveria experimentar o “efeito Bia” vez ou outra. Meus agradecimentos também a querida Professora Kety Carla de March. Foi ela que acreditou primeiro na ideia da pesquisa e me disse que ia dar certo. Serei eternamente grata por me dizer que era possível. Não é que eu acreditei?!?

A Elisiane e Geysso, amigos queridos que me deram abrigo em Guarapuava todas as vezes que precisei ficar. Fizeram com que eu me sentisse em casa. Agradeço também aos meninos, Nicolas, Felipe e Endriw. Desculpem não ter tido muito tempo para jogar vídeo game com vocês.

Aos professores de mestrado, Geysso, Fábio Hahn, Oseias, e também aos da graduação, Hélivio, Carmem, André, Dani, Cerize, Silvia, Vanderlei, Vannini, Rosemeri, Terezinha, Fábio

Ruela, Elias e Walderez. Saudade das discussões. Agradeço pela empatia que vocês têm com os alunos, coisa que acredito ser muito peculiar do curso de História. Exemplos que levamos para a vida.

Às Secretarias municipais de Saúde dos municípios pesquisados, em especial a Efigênia, que não mediu esforços para fornecer fontes para a pesquisa. Aos entrevistados, que cederam seu tempo e que contaram muito de sua vida particular e intimidade, enriquecendo nossa pesquisa.

À Escola Anjo da Guarda, em especial a Sueli, diretora, que sempre procurou entender os dias que precisei faltar, mudar horários, enfim, organizar tudo para que eu pudesse sair da escola para assistir as aulas, e também meus agradecimentos a Elizabete, nossa pedagoga, que ajudou a segurar as pontas na escola nas vezes que estive ausente.

Agradeço ainda a minha querida prima Brunna Pszdimirski, pelo companheirismo e amizade, não só nesse tempo, mas desde quando éramos “priminhas”. A minha companheira de mestrado Helen Karine Czarnieski pela grande amizade que construímos nesse tempo e que continuaremos a construir pela vida. Obrigado pelos conselhos, pela ajuda e por todas as conversas enquanto devíamos estar estudando. Ao meu querido amigo de longa data João Paulo Filippi, pelo apoio, mesmo de longe.

Aos meus colegas e amigos de mestrado, em especial Felipe Raul Rachele, André Luís A. Silva e Elizabete Nizer Sell. Obrigado pelas viagens, pelas conversas ao longo desse tempo. A Tia Selma, por ler, corrigir e dar ideias para a minha dissertação. Por fim, agradeço a minha banca, professora Yonissa Marmitt Wadi e professor Vanderlei de Souza, pela paciência e cuidado com minha dissertação. Espero ter conseguido corrigir tudo o que vocês se dedicaram a sugerir.

Aqui está o meu segredo. É muito simples: só vemos bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos. [...] Foi o tempo que você dedicou à sua rosa que fez dela tão importante.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Nos últimos trinta anos, o uso de medicamentos relacionados ao sofrimento mental, em especial a depressão, vem aumentando em todas as camadas da sociedade. Para a justificativa deste crescimento, há várias hipóteses; dentre elas destaca-se o modelo de diagnóstico para depressão. Esta dissertação apresenta uma análise das condições de possibilidades que levaram a depressão a ser, em poucas décadas, uma das doenças mais diagnosticadas e medicalizadas. Analisaremos essa constatação por meio de um levantamento documental realizado nos serviços de atendimento público de saúde, em quatro cidades do Centro-Oeste do Paraná, entre os anos de 2010 e 2017. Serão discutidas entrevistas com médicos e pacientes que fazem ou fizeram uso de psicofármacos. O objetivo principal é compreender como a construção de uma epidemia de depressão passa pela reorganização dos saberes em diferentes escalas, tanto científicas e populares, quanto gerais e locais. O trabalho foi elaborado a partir de perspectivas situadas na história das doenças. Para isso, teoricamente foram usados conceitos como “saber” e “poder”, para analisar como se dão essas relações, e como o controle dos corpos vem se moldando por meio da medicalização. Metodologicamente, foi necessário o uso da história oral, de variação de escalas e da categoria de gênero. Dividimos a discussão em três pontos principais: primeiramente, um levantamento da bibliografia a respeito do tema, bem como a explicação de conceitos-chave para o entendimento da pesquisa. Em segundo lugar, começando por uma escala macro, procuramos levantar dados mundiais e depois nacionais a respeito do uso de psicofármacos. Variando a escala, discutimos o tema, problematizando nossa região medicalizada, com seus dados quantitativos e também com fontes qualitativas, utilizando entrevistas de médicos e usuários de psicofármacos. Em terceiro lugar, discutimos as construções de masculinidade e feminilidade subjacentes às entrevistas, objetivando mostrar que a medicalização da sociedade é generificada. Por fim, apresentamos considerações a respeito da pesquisa que nos permitirão pensar em novas possibilidades e também entender que nada é imutável, imóvel, definido e limitado.

Palavras-chave: Medicalização da sociedade. Depressão. História das doenças.

ABSTRACT

Over the last thirty years, the use of medicines related to mental distress, especially depression, has been increasing in all layers of society. To justify this growth, there are several hypotheses; among them, the model of diagnostic for depression can be stressed. This dissertation presents an analysis of the conditions of possibilities that led depression to be, in a few decades, one of the most diagnosed and medicalized diseases. We will analyze this finding through a documentary survey carried out in public health care services in four cities in the Midwest of Paraná, between 2010 and 2017. Interviews with doctors and patients who take or have taken psychotropic drugs will be discussed. The main objective is to understand how the construction of an epidemic of depression goes through the reorganization of knowledge in different scales, both scientific and popular, as well as general and local. The work was elaborated from perspectives situated in the history of the diseases. To this end, theoretical concepts such as “knowledge” and “power” were used to analyze how these relationships occur and how the control of bodies has been shaped through medicalization. Methodologically, it was necessary to use oral history, scale variation and gender category. We divided the discussion into three main topics: first off, a study of the literature on the subject, as well as the explanation of key concepts for understanding the research. Secondly, starting with a macro scale, we tried to gather international and then national data on the use of psychotropic drugs. Varying the scale, we discussed the issue, problematizing our medicalized region with its quantitative data and also with qualitative sources, using interviews of doctors and users of psychotropic drugs. Thirdly, we discussed the constructions of masculinity and femininity underlying the interviews, aiming to show that the medicalization of society is gendered. Finally, we presented research considerations that will allow us to think about new possibilities and also to understand that nothing is immutable, immovable, defined and limited.

Keywords: Medicalization of society. Depression. History of diseases.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- número de categorias diagnosticadas nas diferentes versões dos DSMs.	28
Tabela 2 Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos	57
Tabela 3 Taxas por mil habitantes- Virmond	58
Tabela 4 Taxa por mil habitantes - Laranjeiras do Sul	59
Tabela 5 Taxa por mil habitantes - Marquinho	60
Tabela 6 Taxa por mil habitantes dos cinco psicofármacos mas consumidos em Laranjeiras do Sul no ano de 2016 pela rede pública.	63
Tabela 7 lista dos psicofármacos mais vendidos em farmácias no estado do Paraná (2009 - 2011)	64
Tabela 8: Distribuição da amostra e prevalências globais da utilização de medicamentos no Brasil	87
Tabela 9: Distribuição por sexo de adultos residentes na área de uma Unidade Saúde da Família. Ponta Grossa PR 2007.	89
Tabela 10: Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária, segundo número de medicamentos consumidos nos últimos sete dias na área de uma Unidade Saúde da Família. Ponta Grossa PR 2007.	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gastos com medicamentos por esfera de governo brasileiro (2010 - 2016)	44
Gráfico 2 Atendimentos que resultaram na prescrição de psicofármacos em Laranjeiras do Sul	56
Gráfico 3 Psicofármacos dispensados em Virmond	58
Gráfico 4 Psicofármacos dispensados em Laranjeiras do Sul	59
Gráfico 5 Psicofármacos dispensados em Marquinho	60
Gráfico 6 Doses no ano de 2016 dos cinco psicofármacos mais distribuídos em Laranjeiras do Sul	62
Gráfico 7: Prevalência da utilização global de medicamentos no Brasil conforme sexo e faixa etária	87
Gráfico 8 Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos em Laranjeiras do Sul, por sexo	90
Gráfico 9 Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos em Virmond, por sexo	91

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 Recorte espacial pesquisado.....	52
--	-----------

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE GRÁFICOS	12
LISTA DE MAPAS	13
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 A MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA.....	26
1.1 Apontamentos acerca do debate contemporâneo.....	27
1.2 A depressão e o fim da tristeza	30
1.3 A depressão enquanto tendência social significativa.....	39
CAPÍTULO 2 “TODO MUNDO QUER UM COMPRIMIDINHO PARA RESOLVER A VIDA”: RELAÇÕES DE PODER E DEPRESSÃO.....	51
2.1 Uma região medicalizada: ASSISCOP e o atendimento de saúde mental	53
2.2 Relações entre saber e poder: médicos, medicamentos, tratamentos, encaminhamentos	65
2.3 Pacientes: trajetórias e sentidos dados às experiências.....	76
CAPÍTULO 3 MEDICAMENTOS, GÊNERO E TRISTEZA.....	84
3.1 Dados gerais e regionais do perfil de usuários de medicamentos em geral e psicofármacos	86
3.2 Narrativas, experiências e gênero	92
3.3 Depressão ou tristeza com motivo?	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
FONTES	115
REFERÊNCIAS	116

INTRODUÇÃO

A pesquisa histórica nasce de uma inquietação do historiador, de algo que lhe incomoda no tempo presente e o faz refletir a respeito do seu passado. Uma dessas inquietações diz respeito à depressão e aos altos índices de consumo de antidepressivos em alguns municípios do centro-oeste do Paraná, sendo eles: Laranjeiras do Sul, Virmond, Marquinho, Rio Bonito do Iguaçu e Porto Barreiro. Nesse sentido, procuraremos neste trabalho levantar problemáticas a respeito desses altos índices. As principais problemáticas discutidas foram: como se classifica o conceito de depressão nos DSM's¹, como é feito o diagnóstico, encaminhamento e tratamento de depressão nos referidos municípios, quais são os profissionais que atuam nesses municípios, quais são as críticas bibliográficas referentes aos manuais utilizados para o diagnóstico dessa doença. Também procuraremos analisar quais são os índices mundiais, nacionais e regionais no tocante à medicalização como um todo e medicalização da tristeza. Para compor nossa pesquisa, analisamos experiências de vida, relatos de pessoas que fazem o uso de psicofármacos² e médicos da região, e juntamente com nossa bibliografia analisamos quais as significações que as pessoas entrevistadas procuraram dar às suas experiências. Por fim, apresentaremos quais são as identidades de gênero presentes na medicalização da sociedade.

Nossa investigação seguiu caminhos tortuosos e inimagináveis, principalmente na coleta de fontes, decorrente de um projeto anterior; já tínhamos duas entrevistas com médicos que trabalhavam na rede municipal de Saúde. As entrevistas com esses médicos foram realizadas no ano de 2016 e 2018 por meio de entrevista temática. Depois de alguns estudos acerca do tema e várias pesquisas, formulamos um roteiro o qual tinha questões a respeito da vida particular dos médicos, como, por exemplo, onde se formaram, nasceram e viveram, como foi a infância, até perguntas mais pontuais, referindo-se como era o dia a dia de trabalho, como eram feitos os diagnósticos, receitas de medicamentos; em seguida, encaminhamentos aos especialistas. Como os médicos sabiam que o trabalho era a respeito de depressão, no momento em que foi questionado a respeito das doenças com mais recorrência atendidas, diagnosticadas, medicadas, junto à virose, os médicos falaram da depressão.

Em uma dessas entrevistas, o médico chamou a atenção para o fato de que cidades em regime de economia familiar baseada na agricultura há um alto índice de depressão, por contato com agrotóxicos e sem o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI.s). A partir

¹ Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição ou DSM-5 é um manual diagnóstico.

² Os psicofármacos são agentes químicos que atuam no sistema nervoso central (SNC) e estão em condições de alterar diversos processos mentais, gerando alterações na conduta, na percepção e na consciência. SITE CONCEITO DE PSICOFÁRMACO. Conceito de. 2015. Disponível em: < <https://conceito.de/psicofarmaco>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

desses comentários, uma nova problemática se fez presente: será que isso realmente se verificaria? Com base em pesquisas, descobrimos um pouco mais a respeito do assunto. Há diversos estudos, em especial em cidades que têm a fumicultura como carro-chefe da economia, em que além dos altos índices depressivos há também um alto índice de suicídio³. Após procurarmos alguns meses fontes sobre, pensamos em voltar nossa atenção às entrevistas, mas dessa vez, entrevistas de pessoas que fazem o uso de medicamentos controlados. Não foi difícil encontrar várias pessoas no entorno. Aliás, várias mulheres. Homens não. Mulheres. Nesse sentido, as dúvidas relacionadas ao assunto fizeram com que começássemos a tomar um novo caminho ao analisarmos nossas fontes.

Junto às entrevistas, procuramos nas Secretarias de Saúde de cada cidade os quantitativos de antidepressivos distribuídos na rede pública de Saúde. A escolha das cidades pesquisadas foi por fazerem parte da ASSISCOP⁴, isto é, Associação Intermunicipal de Saúde do Centro- Oeste do Paraná, da qual fazem parte seis cidades. Entramos em contato com todas, porém as outras ficaram de fora, por não termos conseguido os dados.

Ao conseguirmos esses quantitativos, entrevistamos primeiramente duas mulheres que fazem o uso de psicofármacos e posteriormente um homem. Ao final disso tudo, constatou-se a necessidade de realizar pelo menos mais duas entrevistas. Mais uma vez foram entrevistas com mulheres. Chegamos a essas pessoas por meio de conversas na comunidade, com conhecidos.

Tínhamos duas entrevistas com médicos referentes a um projeto anterior. Decidimos realizar uma nova entrevista com um terceiro médico, uma vez que já havia passado dois anos das entrevistas anteriores. A respeito dos roteiros das entrevistas, foram elaborados dois modelos, sendo o primeiro para os médicos e o segundo para os usuários de psicofármacos. O roteiro dos médicos foi em relação às pessoas que procuram tratamento, como era feito o diagnóstico, qual era o perfil dos pacientes e como era o tratamento e o encaminhamento para especialistas (visto que entrevistamos clínicos). Já para os usuários, além de procurar sabermos um pouco mais sobre suas vidas, depois que cada um falou, iniciamos com os pontos do roteiro mais temáticos, referente ao nosso interesse na pesquisa.

³ Para saber mais ver: MAYER, Tufi Neder. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, 32 (116): 24-30, 2007. MENEGHEL, S. N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Públ.** v. 38, p. 804-810, 2004.

⁴ A ASSISCOP é um Consórcio de natureza pública que oferece serviços de consultas, exames e procedimentos especializados a 06 municípios pertencentes à 5ª Regional de Saúde do Paraná, e tem como foco a melhoria do atendimento em saúde para a população. ASSISCOP. Assiscop. 2018. Disponível em: < <http://www.assiscop.com.br/>> Acesso em: 21 nov. 2018.

O recorte espacial de onde se originou essa pesquisa correspondeu a cinco municípios da região centro-sul do Paraná, a saber: Laranjeiras do Sul⁵, Virmond⁶, Marquinho⁷, Porto Barreiro⁸ e Rio Bonito do Iguaçu⁹. Nova Laranjeiras fora deixada de lado por não haver fontes. A população total desses municípios é de pouco mais de 70 mil habitantes, sendo aproximadamente 35 mil da área rural. Laranjeiras do Sul é a única entre todas em que a população urbana é maior do que a rural.

O objetivo principal foi tentar compreender como a construção de uma epidemia de depressão passa pela reorganização dos saberes em diferentes escalas, tanto científicas e populares, quanto gerais e locais. Foram analisadas então as condições históricas de possibilidade e a partir disso procuramos analisar como a medicalização da tristeza se apresentou na região estudada variando a escala. Analisamos também as experiências dos entrevistados moldadas por construções de gênero, no recorte espacial escolhido. Para isso, teoricamente foram usados conceitos como “saber” e “poder”, para analisar como se dão essas relações, e como o controle dos corpos vem se moldando por meio da medicalização.

Ao abordarmos esses conceitos em Foucault, precisamos entender que saber e poder estão intrincados. De acordo com Foucault, [...] poder e saber estão diretamente implicados [...] não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”¹⁰ (vigiar e punir - p. 31). Outro conceito importante nesse trabalho é o de condição de possibilidade. Procuramos pensar quais foram as condições de possibilidade necessárias para que o trabalho, as relações, o poder da fala, a vida, possam acontecer. Pois, segundo Foucault,

É a partir dessas formas que rondam nos limites exteriores de nossa experiência que o valor das coisas, a organização dos seres vivos, a estrutura gramatical e a afinidade histórica das línguas vêm até nossas representações e solicitam de nós a tarefa talvez infinita do conhecimento. Buscam-se assim as condições de possibilidade da

⁵ Laranjeiras do Sul atualmente conta com aproximadamente 32 mil habitantes, o salário médio mensal é de dois salários mínimos, em 2016 a nota média do IDEB foi de seis. Informações: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Laranjeiras do Sul, v. 4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/laranjeiras-do-sul/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

⁶ Virmond atualmente conta com cerca de 4 mil habitantes e o salário médio mensal gira em torno de 1,9 salários mínimos. Informações: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Virmond, v. 4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/virmond/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

⁷ Marquinho hoje tem aproximadamente 4,5 mil habitantes, Informações: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Marquinho, v. 4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/marquinho/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

⁸ Porto Barreiro tem aproximadamente 3,2 mil habitantes. Informações: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Prto Barreiro, v. 4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/porto-barreiro/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

⁹ Rio Bonito do Iguaçu conta com uma população de aproximadamente 13 mil habitantes, e foi desmembrado de Laranjeiras do Sul em 1992. Informações: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Bonito do Iguaçu, v. 4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/rio-bonito-do-iguacu/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 31).

experiência nas condições de possibilidade do objeto e de sua existência, ao passo que, na reflexão transcendental, identificam-se as condições de possibilidade dos objetos da experiência às condições de possibilidade da própria experiência¹¹.

Nesse sentido, analisamos a partir da configuração do recorte espaço-temporal estudado todas as descontinuidades, os detalhes que fizeram com que fossem como fossem. A partir disso, pensamos também as condições de possibilidade que delineou as identidades de gênero.

Dos municípios estudados, Laranjeiras do Sul é o mais populoso, com mais de 30 mil habitantes; tornou-se ao longo do tempo um centro de referência para esses municípios menores, algo como a Economia-Mundo¹² de nossa região medicalizada, pois entre os cinco municípios, o único que conta com hospitais é Laranjeiras do Sul. Portanto, todos os serviços médicos são afunilados para ele, fazendo com que os habitantes das demais localidades sejam nascidos ali, constituindo assim um elo entre os municípios de cidades diferentes.

Observando por esse aspecto, não há algo homogêneo, culturalmente, que identifique essa região por determinada característica, já que todas possuem aspectos em comum, ao mesmo tempo em que possuem peculiaridades. Se, por um lado, Virmond se desenvolveu a partir de uma colônia de poloneses, Rio Bonito do Iguaçu teve seu *boom* demográfico com a criação dos acampamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, na década de 90¹³. Mas também o nosso conceito de região, tal qual como definiu Albuquerque, é móvel, extrapola a ótica de demarcações físicas e econômicas, não se pode passar uma régua. As regiões se fazem em conflitos, disputas, guerras e descontinuidades. A região do Centro-Oeste paranaense, na qual se localizam as cinco cidades, é definida por questões administrativas de saúde e trabalho, mas também por laços familiares e pessoais, possuindo assim diferentes elos entre si.

No mesmo sentido de Albuquerque, Roberto Lobato Correa (2000), em seu texto “Região: um conceito complexo”, apresenta uma síntese do conceito de região. De acordo com esse autor, o conceito de região faz parte de uma linguagem comum, é um dos termos mais tradicionais da geografia e está ligado à diferenciação de área. Dessa forma, faz um apanhado dos principais conceitos de região, de região natural e região como controle social.¹⁴ O texto é importante para observar que os conceitos são intelectualmente produzidos - discussões acerca

¹¹FOUCAULT, Michel. As Palavras e as coisas. São Paulo: Martins Fontes, 1995. P. 336.

¹² O termo economia-mundo nasceu com Fernand Braudel: economia-mundo seria um centro, “o coração, que reúne tudo o que há de mais avançado e de mais diversificado” (p.29). Para saber mais, cf.: BRAUDEL, F. **Civilização Material, Economia e Capitalismo: O Tempo do Mundo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.3v.

¹³ GALERA, Inês. Rio Bonito Do Iguaçu: Um Rio De Histórias. Editora Xagu. 126 p. Rio Bonito do Iguaçu PR. 2009. Disponível em: <<http://inesgalera.blogspot.com/2010/11/assentamentos-ireno-alves-dos-santos-e.html?m=1>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

¹⁴CORRÊA, Roberto Lobato. Região: Um Conceito Complexo. In: **Região e Organização Espacial**. 7. ed. São Paulo: Ática, 2000. p. 22-36.

do conceito de região, o que se falou e entendeu por região, para chegar ao entendimento atual do que é região - e também como é historicamente produzida -; nesse grau de produção intelectual do conceito, a região passa a ser vista como móvel, descontínua, temporal. Entretanto, Durval Muniz de Albuquerque Junior chama a atenção para as muitas histórias regionais que cometem o *azedo* erro de tratar a região como um conceito fixo, a priori dos acontecimentos, do cotidiano estudado por essa nova história.

A origem com que é tratada, o lugar onde as coisas acontecem, o lugar demarcado, que faz parte de uma coisa maior a ser analisada, como se já não fosse peculiar o suficiente enquanto si, como se não fosse necessária a historicização com todas as nuances possíveis, num jogo de verdades e inverdades que foi sendo construído ao longo do tempo por motivos, razões, intenções, contingências: *a região demarcada é essa*. Como e quais as condições de históricas de possibilidades? Em qual dos sentidos históricos foram feitas essas demarcações? O que foi e o que não foi levado em consideração? Como as fronteiras eram demarcadas? As regiões podem ser colocadas em gavetas definidas, estruturadas de tal forma que se separarmos em altos muros não haverá prejuízo algum a quem trabalha, mora, acontece, identifica-se? As noções de identidades são incontáveis; as noções de regiões também não seriam? De acordo com Albuquerque Junior, se pensar arqueologicamente a respeito desse conceito, será encontrada a historicidade presente nele.

Dessa forma, é preciso analisar a região como um conjunto de práticas táticas e estratégicas. Quando se fala de região, não se fala somente da região física, da qual fazem parte os cinco municípios, sendo Laranjeiras do Sul como economia-mundo e as outras quatro cidades ao seu entorno. Mas também de região econômica, social e sobretudo médica. Nesse sentido, há uma relação entre poderes e saberes. Somente por meio de uma relação de poder se dará a produção do saber. Por isso, os historiadores devem questionar a respeito desses saberes que foram dando forma a esse recorte regional que, por sua vez, fará com que esse entenda a identidade da região, que se faz presente nos sujeitos que dela fazem parte.

Nesse sentido há a região medicalizada, que se configura diferente de outros sentidos de região. Dentro dessa região medicalizada há pessoas, e essas pessoas modificam todos esses espaços, diariamente, isto é, estão no mundo, vivendo, consumindo, modificando. Para sabermos a respeito de todas essas mudanças, discontinuidades, optamos por entrevistar essas pessoas.

Preparar uma entrevista (elaboração do roteiro), contatar o entrevistado (a parte mais complicada), gravar o depoimento, transcrever a entrevista, revisar, analisar, tudo leva tempo, mas é com essas situações que é possível “entender como pessoas e grupos experimentaram o

passado e é possível questionar interpretações generalizantes de determinados acontecimentos e conjunturas”¹⁵, e só assim haverá mudanças de perspectivas.

Embora fontes de história oral sejam fontes, assim como outras fontes históricas, e os problemas com sua legitimação enquanto fontes já tenham sido superados, há peculiaridades que somente a história oral apresenta, e os historiadores têm que levar em consideração ao examiná-las. Por exemplo: “o uso sistemático do testemunho oral possibilita à história oral esclarecer trajetórias individuais, eventos ou processos que às vezes não têm como ser entendidos ou elucidados de outra forma: são depoimentos de analfabetos, rebeldes, mulheres, crianças, miseráveis, prisioneiros, loucos...”¹⁶. Em outras palavras, há um uso crescente de medicamentos antidepressivos, que pode ser verificado nos históricos fornecidos pelas Secretarias de Saúde, ou então comprovado a partir do lucro das empresas farmacêuticas. Mas, como é possível saber peculiaridades do usuário final, o seu cotidiano, a sua vida comum, o sentido dado ao uso do medicamento? Por meio da história oral.

Usando a história oral, pode-se fazer o exercício de variação de escalas, o qual será importante para pensar a medicalização dos sentimentos e da tristeza. De acordo com Ginzburg, essa variação é chamada de micro-história, em que o menos significa mais, e “estreitando o escopo da nossa investigação, nós esperamos compreender mais”¹⁷. Com mais essa ferramenta pode-se olhar para pontos que só seriam capazes de serem observados com a redução de escalas. Segundo Revel, “a mudança da escala da análise é essencial para a definição da micro-história”¹⁸. Variando a escala, não se modifica somente a escala em si, mas a forma da pesquisa, a forma de representação. Além de olhar para dados quantitativos, é possível, com o auxílio dessas ferramentas de análise, adentrar o cotidiano, em relações de sujeitos com outros sujeitos. Assim, “variar a objetiva não significa apenas aumentar (ou diminuir) o tamanho do objeto no visor, significa modificar sua forma e sua trama”¹⁹.

Outro ponto a se destacar é que a história oral também trata de fatos talvez não presentes em outras fontes, “como a subjetividade, as emoções ou o cotidiano”²⁰. Esse é outro detalhe que os historiadores têm como vantagem ao usar essa metodologia, já que será possível abordar questões que não poderiam ser abordadas com outro tipo de fonte, como, por exemplo, a

¹⁵ ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004. p. 165.

¹⁶ FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaina; (org). “Apresentação”. In: **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. XIV.

¹⁷ GINZBURG, Carlo. Latitudes, escravos e a Bíblia: um experimento em micro-história. Tradução: Henrique Espada Lima. **ArtCultura**, Uberlândia, v. 9, n. 15, p. 85 – 89, jul. –fez. 2007, p. 86.

¹⁸ REVEL, Jacques. Microanálise e construção social. In: REVEL, Jacques (org.), **Jogos de escalas: a experiência da micro-análise**. Trad. Dora Rocha. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 19.

¹⁹ Idem, p. 20.

²⁰ FERREIRA 1998, *op. cit.*, p. XV.

expressão do entrevistado diante de determinado tipo de pergunta, que pode ser inverso à sua resposta, e assim por diante.

Ainda, “na história oral, o objeto de estudo do historiador é recuperado e recriado por intermédio da memória dos informantes; a instância da memória passa, necessariamente, a nortear as reflexões históricas, acarretando desdobramentos teóricos e metodológicos importantes”²¹. De acordo com Janaina Amado, a história é mediada pela memória que, por sua vez, é modificada pelo tempo, meio social e pela subjetividade da testemunha.²²

Nossos entrevistados foram escolhidos porque eram pessoas ligadas diretamente à problemática da pesquisa. De acordo com Verena Alberti, “a escolha dos entrevistados é, em primeiro lugar, guiado pelos objetivos da pesquisa”²³. Intenta-se analisar as múltiplas faces do que se chama medicalização da sociedade, com todos os seus atores, isto é, médicos que receitam os medicamentos e os usuários desses medicamentos.

A escolha dos entrevistados se fez por disponibilidade dos entrevistados. Ao longo da construção das amostras, foi trabalhoso chegar a essas pessoas. Quanto aos médicos, foram aqueles que se propuseram a auxiliar no momento em que perguntamos, nos postos municipais de saúde, primeiramente em 2016, com os dois primeiros, e depois, ao longo da pesquisa, em 2018, quando foi encontrado mais um médico disposto a contribuir.

Uma das entrevistadas, uma médica cubana, cujo codinome será Iara (nome fictício)²⁴. Logo no início da entrevista, percebeu-se a necessidade de falar da qualidade da Educação do seu país de origem, ressaltando sempre que possível que, assim como os brasileiros, ela estudou muito, fez Mestrado, especializou-se, tendo assim uma ótima formação. Fez revalidações e cursos no Brasil. Enfim, é visível como ela comentava no intuito de afirmar seu valor, sua relevância, sua posição dentro deste país para o qual ela veio: afinal, sua posição tem poder, relevância e importância tanto quanto de outro médico que se formou aqui no Brasil.

O outro entrevistado foi um médico, não é tão cordato quanto a primeira entrevistada. Seu codinome será Carlos (nome fictício)²⁵, que falou menos do que Iara na entrevista. Médico recém-formado, sem especializações, atuava, à época, no Posto de Saúde, há pouco mais de um ano, como clínico geral. Formou-se na Universidade Federal do Paraná, e se mostrou comprometido e dedicado às suas funções, assim como o primeiro médico entrevistado.

²¹ FERREIRA, 1998, *op cit.*, p. XV.

²² AMADO, Janaína. **O grande mentiroso**: tradição, veracidade e imaginação em história oral. História: São Paulo, 14: 125 – 136- 1995.

²³ ALBERTI, 2004, *op cit.*, p. 31.

²⁴ IARA. Entrevista: Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Virmond, PR, 2016, p. 4

²⁵ CARLOS. Entrevista: [21 de setembro de 2016]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Virmond, PR, 2016.

O terceiro médico entrevistado será chamado de Luís (nome fictício)²⁶. Trabalhava em duas das cidades pesquisadas. Esta entrevista é mais recente, mais precisamente do ano de 2018, diferente das entrevistas anteriores, que datavam de 2016. Por esse motivo, não serão apresentados tantos detalhes da formação do entrevistado, uma vez que se optou por preservar a identidade de todos.

Em relação aos usuários de psicofármacos foi um pouco mais difícil, principalmente porque essas pessoas falariam sobre si mesmas. Ao entrar em contato com as pessoas, algumas concordaram e outras não, chegando ao total de cinco pessoas entrevistadas. Eduardo (nome fictício)²⁷ tem 24 anos, mora na cidade de Virmond há cinco anos, quando casou, motivado pela gravidez de sua então namorada. De lá para cá, mudou-se da casa dos seus pais para Virmond, onde vive com sua esposa e seu filho de cinco anos. Relatou que toma o medicamento há aproximadamente um ano.

Olga (nome fictício)²⁸, 42 anos, mora no interior de Virmond, é casada, trabalha ordenhando vacas e como agente de saúde. Além dessas atividades, Olga trabalha em casa, cuida do filho de cinco anos e trabalha na lavoura com o marido. Clara (nome fictício)²⁹, 45 anos, pseudônimo que demos à outra entrevistada, também é casada, mora no interior do Porto Barreiro. Entre os seus trabalhos diários estão a responsabilidade com a casa, com os filhos menores, nove e quatro anos, com a ordenha das vacas, e também é responsável pela horta, pois a família, além de leite, lavoura, produz e vende verduras.

Ana (nome fictício)³⁰, 44 anos, atualmente casada, mãe de três filhos (21, 16 e 9 anos), professora, ficou viúva aos 27 anos. Não contou muito o que faz em sua rotina diária, apenas que é professora de ensino fundamental. Letícia (nome fictício)³¹, 38 anos, atualmente casada, mãe de dois filhos (15 e 5 anos), professora de ensino fundamental e médio, também ficou viúva aos 27 anos. No seu dia a dia, descreveu que sua rotina reveza entre casa e trabalho. Disse que fica mais tempo na escola do que em sua casa, e que no último ano está trabalhando menos, ficando mais tempo em sua casa.

A partir dessas entrevistas, somos levados a pensar: como é possível confiar nesses traços subjetivos que permeiam a fonte oral? Ao recorrer à história oral, temo-se, em mente que “o lado quantitativo não é suficiente para explicar os fatos” e que “sem o uso das palavras

²⁶ LUIS. Entrevista: [18 de abril de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Virmond, PR, 2018

²⁷ EDUARDO. Entrevista: [19 de novembro de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Paraná, 2018a.

²⁸ OLGA. Entrevista: [26 de março de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Paraná, 2018a.

²⁹ CLARA. Entrevista: [01 de março de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Paraná, 2018a.

³⁰ ANA, Entrevista: [14 de maio de 2019]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Paraná, 2019.

³¹ LETICIA, Entrevista: [de maio de 2019]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Paraná, 2019.

como instrumentos de pesquisa, os números ficam mudos”³². Tanto os dados quantitativos quanto os qualitativos são passíveis de dúvidas, já que, assim como qualquer outra fonte, são analisados por historiadores que antes de tudo são pessoas com paixões, subjetividades e identidade própria.

É importante salientar que tanto a história oral quanto a micro-história são ferramentas que serão utilizadas na presente pesquisa. Estas então não falam por si só, precisam de uma teoria, pois “pensar em história oral dissociada de teoria é o mesmo que conceber qualquer tipo de história como um conjunto de técnicas, incapaz de refletir sobre si mesma [...]. Não só a história oral é teórica, como constitui um corpus teórico distinto, diretamente relacionado às suas práticas”³³.

Para tanto, Foucault traz os conceitos principais que nortearão a pesquisa. Um deles é o poder relacionado ao saber, isto é, como o dispositivo do saber trouxe efeitos de poder. No Capítulo 1, *A medicalização da tristeza*, baseando-se ainda em Foucault, discutiremos quais as condições de possibilidades para que a depressão se tornasse uma tendência social significativa, e como se fez a medicalização da sociedade, relacionando também com as mudanças nos Manuais de Doenças Mentais, com o interesse da indústria farmacêutica e a influência da mídia.

A problemática abordada na pesquisa abrange, de um lado, os estados considerados depressivos, como: a tristeza, o desespero, o abatimento moral, o declínio da capacidade produtiva. Por outro lado, há a obra de Allan V. Horwitz e Jerome C. Wakefield³⁴, que apresenta a popularização do consumo de medicamentos para a amenização dos sentimentos descritos acima. A pesquisa por meio de fontes qualitativas e quantitativas procura refletir acerca de algumas indagações: o que se entende por depressão? A nossa sociedade está deprimida? Todo mundo que toma medicamentos necessita deles? Quais são os problemas enfrentados no diagnóstico da depressão?

Vale ressaltar que o manual DSM-5 aborda a depressão. A partir de 1980, o DSM começou a usar listas de sintomas para estabelecer definições claras para cada transtorno. “Essas definições do DSM se tornaram o árbitro oficial daquilo que é e não é considerado transtorno mental em nossa sociedade”³⁵. Segundo estes, os sintomas para a depressão são:

- (1) humor deprimido; (2) diminuição do interesse ou do prazer nas atividades cotidianas; (3) ganho ou perda de peso ou mudança no apetite; (4) insônia ou hipersônia (excesso de sono); (5) agitação ou retardamento (desaceleração)

³²ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. Prefácio; Considerações sobre o método; A formação das relações de vizinhança. In: **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 57-59.

³³ FERREIRA, 1998, *op. cit.*, p. XIII.

³⁴HORWITZ Allan; WAKEFIELD, Jerome. **A Tristeza Perdida**: Como a psiquiatria transformou a depressão em moda. Rio de Janeiro: Summus Editorial, 2010.

³⁵ Idem, p. 20.

psicomotores; (6) fadiga ou perda de energia; (7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou descabida; (8) diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar, ou indecisão; e (9) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.³⁶

Lendo os sintomas de depressão elencados, retirados do DSM-IV, que são os mesmos do DSM-5, constata-se que a confusão de sentimentos comuns do dia a dia com sintomas depressivos podem, de acordo com os autores, explicar a crescente medicalização. Fixar o diagnóstico em sintomas (deixando de lado outros pontos, como, por exemplo, o contexto dos sintomas), aliado ao grande interesse da indústria farmacêutica pode configurar-se na raiz do problema³⁷, de acordo com a bibliografia.

No capítulo 2, *Todo mundo quer um comprimidinho para resolver a vida: relações de poder e depressão*, propõe-se a discutir como a medicalização da tristeza se apresentou na região estudada. Assim, utilizamos, além de quantitativos a respeito da dispensação de antidepressivos para mostrar o aumento do consumo de antidepressivos, entrevistas com clínicos gerais e também pacientes que fazem o uso do medicamento. Nesse capítulo, analisamos como é feito o encaminhamento para profissionais especializados, o psiquiatra e o psicólogo, como é feito o diagnóstico relacionando com o que consta no CID-10³⁸ e no DSM-V, bem como pontos referentes à automedicação, como reflexo do que foi discutido no capítulo 1, e alguns fatores para que a depressão tenha se tornado uma tendência social significativa.

No capítulo 3, *Medicamentos, gênero e tristeza*, analisaremos as experiências dos entrevistados moldadas por construções de gênero. Para isso, realizamos uma revisão nos estudos que mostram o uso de medicamentos por homens e mulheres. Com o auxílio de nossas fontes quantitativas, analisamos os dados a respeito do uso de medicamentos separados por sexo na região estudada e posteriormente os significados que as pessoas que entrevistamos deram às suas vidas, ao problema da depressão, e como o processo de medicalização dos corpos femininos e masculinos acontece. Tais informações levantam questionamentos do quanto as percepções de papéis masculinos e femininos na sociedade interferem na medicalização do sofrimento e na busca ou não por tratamentos.

Entende-se que a interdependência entre prática, metodologia e teoria produz conhecimento histórico. Mas é a teoria que oferece os meios para refletir acerca desse

³⁶ Idem, p. 21

³⁷ Idem, p. 22.

³⁸ CID significa “Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10), e é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Atualmente se encontra na versão 10. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. LISTA CID-10. Meducunet. Disponível em: < <http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm> > Acesso em: 18 jul.2019.

conhecimento, embasando e orientando o trabalho dos historiadores, incluídos os que trabalham com fontes orais.³⁹

Nesse sentido, pretende-se analisar os discursos presentes nas fontes apresentadas a respeito de depressão. Para entender como os processos históricos se fizeram, não basta saber sua linearidade, sua continuidade, para assim colocar em forma de um texto que possa ser lido. O que se propõe é ir muito além de colocar documentos e fontes em ordem e lhes narrar um sentido. Precisa-se saber o que por muito foi deixado de lado, as *descontinuidades*, que são “um dos elementos fundamentais da análise histórica [...], pois o historiador se dispõe a descobrir os limites de um processo”⁴⁰. Assim, serão apresentadas as condições históricas da possibilidade do saber baseadas em silenciamentos, interrupções, descontinuidades.

Enquanto pesquisadores, procura-se contribuir para as pesquisas referentes a esse tema e mostrar as condições e possibilidades dessas pequenas faíscas que hoje se transformaram em números nas estatísticas. Refletir a respeito desse crescimento é um caminho para iluminar as outras possibilidades de interpretação das várias formas de tristeza que existem no viver.

³⁹ FERREIRA, 1998, *op cit.*, p. XVI.

⁴⁰ FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. p. 09-10.

CAPÍTULO 1 A MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA

“Eu não sentia vontade de acordar, de levantar da cama, de abrir a janela, só queria que aquele dia não existisse. Era um vazio, uma dor no peito, e ao mesmo tempo um peso na consciência por não conseguir cuidar dos meus filhos. Eu só queria que Deus me levasse.”⁴¹

Quantas vezes nos deparamos com uma situação como esta no cotidiano? Uma fala de um amigo, de um colega de trabalho, ou às vezes de alguém que nem se conhece tão bem, mas que de repente desabafa. Esse trecho foi extraído de uma das entrevistas com pessoas que fazem ou fizeram o uso de psicofármacos ao longo de sua vida. Lendo apenas esse trecho, e sabendo dos sintomas de depressão já elencados na Introdução deste trabalho, pode-se relacionar a fala da pessoa com um quadro depressivo. Mas, como isso é possível?

Depressão é uma enfermidade que não tem idade para começar, mas que, de acordo com dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), hoje cerca de 4,3% da população mundial sofre dessa doença, tendo um crescente nas taxas de 18% em dez anos⁴². O conceito de depressão perpassa a análise de todas as questões propostas.

O termo ‘depressão’ é relativamente novo, foi usado pela primeira vez em 1680, para designar um estado de desânimo ou perda de interesse. Antes eram empregados outros termos para se referir à depressão. Em 1750, Samuel Johnson incorporou o termo ‘depressão’ ao dicionário. O desenvolvimento do conceito de depressão emergiu com o declínio das crenças mágicas e supersticiosas que fundamentavam o entendimento dos transtornos mentais até então⁴³.

Dos motivos que justificam a emergência do termo está, dentre eles, o declínio das crenças para explicar certos comportamentos. Porém, pode-se explicar esse fenômeno inteiramente pelo avanço da modernidade e a crença cada vez maior na ciência?

A análise em pauta não consiste em investigar a verdade acerca do sofrimento, da tristeza, nem pensar se quem faz uso de psicofármacos realmente necessita, tampouco criticar os manuais de autoajuda ou colocar em xeque o seu papel social. Esse capítulo objetiva analisar as condições de possibilidade que embasam os números a respeito da medicalização no que se refere à depressão, e também ao aumento dos sujeitos deprimidos, como publicado pela OMS. Tal análise consiste em um trabalho de História, que, por meio de teorias e metodologias aliadas a fontes produzidas historicamente, busca analisar os jogos e as relações de poder que envolvem

⁴¹ ANA, 2019, *op. Cit.*, p. 2.

⁴² Depressão Cresce No Mundo, Segundo OMS; Brasil Tem Maior Prevalência Da América Latina. G1.Globo. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>>. Acesso em: 18 maio 2019.

⁴³ SOUZA, Thaís Rabanea de; LACERDA, Acioly Ruiz Tavares de. Depressão ao longo da história. Quevedo & Silva (org.). 2010. Para saber mais a respeito da história da depressão cf: HORWITZ, 2010, *op. cit.*

o tema. Nesse momento, reserva-se a atenção não para a doença em si, mas para a palavra depressão.

A questão que aqui presente é: como se deu a popularização de um termo que outrora não era tão recorrente? Como dos anos 1970 para o início do século XXI passou a ser um assunto mais e mais comentado, passou a ter definição certa, difundiu-se no âmbito popular, e a partir disso passou a ter um número cada vez maior de indivíduos que dizem sofrer desse problema? Procurar-se-á analisar quais relações de poder se fizeram presentes para que surgissem determinadas práticas e saberes. Intenta-se verificar como tudo isso funciona e não o que foi, deixou de ser, é ou será, bem como investigar as minúcias da construção do saber a respeito do tema⁴⁴

1.1 Apontamentos acerca do debate contemporâneo

Ao pensar a depressão como um conceito historicamente produzido, será analisado o sentido que o mundo contemporâneo deu à doença, como os sentidos que são dados a todas as palavras e coisas. Em 1952, foi criado o DSM-I. No mapeamento feito de como a depressão está presente nos DSM's, constatou-se que no DSM-I

[...] havia somente um transtorno que se assemelhava ao que chamamos hoje de depressão. Esse, por sua vez, era um tipo de Distúrbio Psiconeurótico intitulado de Reação Depressiva, caracterizado por sentimentos de culpa, por falhas ou ações passadas. Para tal transtorno, bastante comum em pessoas que passaram por recentes perdas de um amor ou de uma posse, fazia-se necessário realizar um diagnóstico diferencial entre Reação Depressiva e Reação Psicótica.⁴⁵

Organização essa bem diferente da que há hoje, a respeito da depressão, na última versão do DSM, que será analisado a seguir. O relevante é que ao longo dos sessenta anos de revisões e novas edições dos DSM, até se chegar à versão atual⁴⁶, houve um aumento considerável de doenças mentais diagnosticadas, como é possível observar na tabela abaixo:

⁴⁴ Em **Microfísica do Poder**, capítulo 2, Foucault indaga de o porquê Nietzsche recusar a pesquisa da origem, e responde: Nietzsche, de acordo com Foucault, quer saber como as coisas funcionam, acontecem com todas as suas guerras, conflitos, discórdias, disparates. Não quer a origem dos acontecimentos, mas sim saber das condições (tempos, influências, relações) que fizeram com que determinada coisa acontecesse de determinado modo. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

⁴⁵ LIMA, Aluisio Ferreira de *et al.* O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais. In: **Revista FSA**, Teresina, v. 12, n. 1, art. 12, p. 182-199, jan./fev. 2015, p. 188.

⁴⁶ De acordo com essa pesquisa, a versão 5ª do DSM foi a última. Para saber mais, cf: TEIXEIRA, Pedro M. DSM-I, II, III, IV E 5 (1952 – 2013). *Rev Port Med Geral Fam* vol.31 no.3 Lisboa jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000300003>. Acesso em: 17 mar. 2019.

Tabela 1- número de categorias diagnosticadas nas diferentes versões dos DSMs.

Tabela 1. Número de categorias diagnósticas nas diferentes edições dos DSMs.

Versão	Ano	Nº Total de Diagnósticos	Nº Total de Páginas
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	886

FONTE: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, I-IV* (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994). (Mayes & Horwitz, 2005).

Ainda de acordo com a pesquisa, na segunda versão do DSM, de 1968, dezesseis anos depois da primeira versão, em paralelo com o CID-8, “houve uma separação em duas categorias para uma sintomatologia bastante semelhante referente ao que conhecemos hoje como Depressão: Neurose Depressiva (Seção Neuroses) e Melancolia involutiva”⁴⁷.

Apesar de nesta edição ter sido abandonada a noção dos transtornos mentais como reação aos eventos de vida, há flagrante continuidade entre a primeira e a segunda edição do DSM, visto que ambas utilizam a psicanálise como referencial para compreensão e tratamento dos transtornos mentais, além de ressaltarem a natureza simbólica dos sintomas⁴⁸.

Pode-se constatar já na segunda versão uma pormenorização quanto ao uso do termo, contribuindo para a divisão que há hoje, no capítulo que trata de depressão, no manual. Uma mudança mais completa nas versões do DSM só foi apresentada mesmo a partir do DSM-III. “Percebe-se que a produção da primeira e da segunda versão demonstram a inclinação da maioria dos profissionais da psiquiatria americana a uma abordagem psicodinâmica da doença mental”⁴⁹. O apelo por uma classificação internacional de doenças mentais fez com que o modelo americano de classificação começasse a se espalhar pelo mundo.

O DSM-III, lançado em 1980, durante uma severa crise econômica e aplicado durante quatorze anos, descreveu duzentas e sessenta e cinco categorias diagnósticas, exibidas ao longo de quatrocentas e noventa e quatro páginas⁵⁰. Essa nova versão focou os diagnósticos em sinais e sintomas, deixando de lado a etiologia dos transtornos. O DSM-III apresentou um enfoque mais descritivo, com critérios explícitos de diagnósticos, “organizados em um sistema multiaxial, com o objetivo de oferecer ferramentas para clínicos e pesquisadores, além de

⁴⁷LIMA, 2015, *op. cit.*, p. 189.

⁴⁸ FERREIRA, Silvana A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. In: **Revista Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, v. 10, n. 2, abr/jun – 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=117>. Acesso em: 17 mar. 2019.

⁴⁹ BURKLE, 2009 *apud* LIMA, 2015, *op. cit.*, p. 189.

⁵⁰ Lima, 2015, *op. cit.*, p. 190.

facilitar a coleta de dados estatísticos”⁵¹. O DSM-III foi considerado o primeiro manual padronizado dos EUA, que acabou por se difundir pelo mundo.

Comparando-se as três primeiras versões do manual, verifica-se diferença marcante no que diz respeito ao modo como os sintomas são concebidos. Se no DSM I e II sintomas eram expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) - o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas poderia, em casos diferentes, estarem referidos a mecanismos diferentes. Não eram fornecidos critérios objetivos (e observáveis) para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas. Para os autores da terceira versão, há, no entanto, necessariamente, uma fronteira clara e discernível entre o doente e o normal, e entre as diferentes doenças mentais, sendo necessário definir rigorosamente tais fronteiras.⁵²

Nesse sentido, a depressão passou a ser diagnosticada por uma lista de nove sintomas, a mesma lista que o DSM-5 ainda traz. Desse modo, essa nova versão simbolizou uma ruptura com os modelos até então utilizados. A próxima versão, o DSM-IV, é uma revisão do DSM-III, preservando os nove pontos para se diagnosticar a depressão.

o DSM-III-R assemelha-se, consideravelmente, com o DSM-IV-TR, pois até as caracterizações são similares; mudam somente algumas nomenclaturas, por exemplo, a substituição do termo Distúrbio para Transtorno no DSM-IV-TR (APA, 2002). Em ambas as edições, os Episódios Depressivos Maiores adquiriram nove especificadores, variando em relação à intensidade, à remissão e à presença ou não de sintomas psicóticos, incluindo, nos critérios diagnósticos, a ideação suicida que não estava presente nos dois primeiros DSMs⁵³

Baseando-se apenas nos sintomas, os manuais objetivaram uma padronização nos diagnósticos, e uma maior eficiência, porém, não previram que essa padronização poderia confundir dois problemas similares: a depressão normal com a depressão patológica, isto é, o Transtorno Depressivo Maior, até então com sintomas parecidos, porém tratados de modo diferentes.

Importante notar que, nos DSM-III-R e DSM-IV-TR (APA, 1989; APA, 2002), diferente das versões anteriores, os diagnósticos são dados a partir do número de semanas que o sujeito apresenta aquele quadro clínico que, no caso da Depressão, é no período mínimo de duas semanas. Assim, o uso desse critério cronológico é arbitrário, inexistindo qualquer evidência empírica sobre isso.⁵⁴

Em 2013, foi lançado o DSM-5. No capítulo *Transtornos Depressivos*, o manual ganhou novos diagnósticos, levantando discussões acerca da 'patologização' de reações normais e a superestimativa do número de casos de depressão.

⁵¹ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais** - o DSM-5. Rev. bras. ter. comport. cogn. v.16 no.1 São Paulo abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007>. Acesso em: 17 mar. 2019.

⁵² FERREIRA, 2015, *op cit.*

⁵³ LIMA, 2015, *op cit.*, p. 191.

⁵⁴ Idem, p. 192.

Um dos pontos de maior polêmica, no que diz respeito à depressão, foi a retirada do luto como critério de exclusão do Transtorno Depressivo Maior. No DSM-5 é possível aplicar esse diagnóstico mesmo àqueles que passaram pela perda de um ente querido há menos de dois anos⁵⁵.

Porém, o manual orienta a se levar em consideração o contexto de vida da pessoa antes de aplicar o diagnóstico, como era feito antes da terceira versão.

Segundo as críticas ao manual, o método utilizado para diagnóstico não é confiável. O DSM apresenta várias falhas. Assim, a versão 5 do Manual promete ser a última versão lançada. Mesmo não sendo considerado confiável, não se vislumbra o seu abandono, assim como o CID-10, antes de haver outra alternativa, já que ainda é o que se tem de mais científico ao se classificar doenças mentais. No CID-10, sua versão mais atualizada, o transtorno depressivo é definido da seguinte forma:

Episódio depressivo (usado para episódio depressivo *único*). O episódio depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: *leve*, *moderado* ou *grave*. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de *sintomas somáticos*. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de *sintomas psicóticos*. *Transtorno depressivo recorrente* (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo).⁵⁶ (grifos no texto)

No DSM-5, uma vez que é paralelo ao CID-10, a definição para transtorno depressivo também é dividida entre episódio único e recorrente. Em todo caso, essas versões são as usadas e difundidas no mundo todo. A depressão mudou ao longo dos anos, isto é, o modo como é tratada mudou ao longo dos tempos, seja em busca da melhor qualidade de se tratar do problema, de aperfeiçoar técnicas, ou, seja por questões econômicas. Questões econômicas que interferem há muito em como o sujeito se dispõe na sociedade.

1.2 A depressão e o fim da tristeza

De acordo com Michel Foucault, com o desenvolvimento do capitalismo, em fins dos séculos XVIII e XIX, outro tipo de preocupação em relação ao controle social começou a aparecer: o controle dos corpos. A vida das pessoas passou a ser importante, já que o capitalismo precisava de corpos para trabalhar. Corpos que custassem barato, corpos que se enquadrassem. Então os corpos passaram a ser administrados por uma série de mecanismos⁵⁷. Assim,

⁵⁵ ARAÚJO, 2014, *op cit.*

⁵⁶ PORTO, José Alberto Del. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.21 s.1 São Paulo May 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003> Acesso em: 17 mar. 2019.

⁵⁷De acordo com Foucault, houve um desenvolvimento de escolas, colégios, casernas, ateliês, etc. Desenvolvimento também no terreno das práticas políticas e observações econômicas e tudo isso resulta em técnicas para a sujeição e o controle dos corpos, isto é, normatização dos corpos: era o biopoder. “A vela potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos

indivíduos que eram acostumados a uma vida com maior liberdade, a maioria no campo, passaram a trabalhar de acordo com o tempo regido pelo relógio, sendo cobrados por quantidade de produção, com uma rotina completamente alterada, capaz de fazer qualquer um “enlouquecer”. Ainda segundo o autor, o “controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência, mas começa no corpo, com o corpo”.⁵⁸ Para ter indivíduos dóceis que se adaptassem às exigências de toda uma organização social foi necessário o controle do corpo das pessoas.

No Brasil, a intervenção por parte do Estado às pessoas não consideradas dentro da normalidade, isto é, a intervenção às pessoas para que se ajustassem ao novo modelo social que se delineava, ocorreu a partir da chegada da Família Real, em 1808, pois “as mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais é impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações”⁵⁹. Nesse sentido, a Medicina teve um papel relevante na reorganização dos espaços, contribuindo para que a história da Psiquiatria fosse a história de um processo de asilamento, de medicalização social. A ordem psiquiátrica foi “oferecida como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza”.⁶⁰

De acordo com Paulo Amarante, em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que adentrou o espaço social com traços xenófobos, racistas, antiliberais e eugenistas. “Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um poder maior de intervenção”.⁶¹

É válido saber que a institucionalização da Psicologia no Brasil se deu a partir de 1930. É claro que a institucionalização não foi de um dia para o outro; foi a partir de 1930, com o governo de Vargas, que, por sua vez, deu continuidade ao projeto de “modernização” do Brasil, que os processos para o que se converteria em uma série de programas preocupados em

corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas — escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações”. FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade** 1: vontade de saber. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 6. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017. p. 131-132.

⁵⁸ Idem (p. 80).

⁵⁹ AMARANTES, Paulo D. C. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. [livro eletrônico] Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 26.

⁶⁰ Idem, p. 26.

⁶¹ Idem. Para mais informações a respeito da evolução da Psiquiatria, como, por exemplo, o uso do choque insulínico a partir dos anos 1930, da institucionalização da doença mental até a sua desinstitucionalização, cf. AMARANTES, 1994, *op. cit.*

solucionar “problemas sociais decorrentes do inevitável progresso trazido pela industrialização”⁶² começaram a se firmar.

Em meio a esse contexto, foi a partir de 1950 que as substâncias químicas — ou psicotrópicos — começaram a modificar a paisagem da loucura⁶³. Na França, “esvaziaram os manicômios e substituíram a camisa-de-força e os tratamentos de choque pela redoma medicamentosa”⁶⁴. Já no Brasil, apesar da produção em larga escala dos medicamentos, a partir da década de 1960 e 1970, não resultou no fim dos manicômios.

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria⁶⁵.

No Paraná, o único hospital público psiquiátrico é o Hospital Colônia Adalto Botelho. Comentar a respeito do HCAB é relevante porque “foi fundado em 1954, em decorrência de um planejamento de reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 1941”⁶⁶. Além do HCAB, foram criados mais hospitais privados, em decorrência de vários fatores, dentre eles o início da Ditadura Militar, quando se pôde verificar no sistema de saúde um duplo movimento. “Enquanto o subsetor saúde vivenciou um período de restrições com relação à alocação de recursos e gastos em programas específicos do Ministério da Saúde, o subsetor de saúde previdenciária expandiu seus investimentos e atribuições”⁶⁷. O recurso escolhido foi a privatização de serviços de saúde. “A articulação entre o governo militar e o setor privado era intensa. O governo financiava a construção e reforma de hospitais a juros baixíssimos. Depois comprava o serviço desses mesmos hospitais”⁶⁸.

Isso fez com que aumentasse o número de vagas e internações. De acordo ainda com Amarante, o INPS⁶⁹ chegou a investir 97% dos recursos de doenças mentais em internações na rede hospitalar. Somado a isso, houve o advento dos medicamentos, como o Thorazine. “Essa

⁶² DUARTE, LFD; RUSSO, J; VENANCIO, A.T.A., (orgas). **A psicologização no Brasil: atores e autores**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005. p. 184.

⁶³ ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. p 21.

⁶⁴ Idem, p. 21.

⁶⁵ AMARANTES, 1994, *op cit*.

⁶⁶ CARVALHO, Jakeline Santos. **Caminhos para a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia Adauto Botelho**. (1980 – 2002). Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Marechal Cândido Rondon, Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras. Programa de Pós-graduação em História, 2018, p. 17.

⁶⁷ HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (doutorado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Doutorado em serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2007. 205f. p. 90.

⁶⁸ Idem, p. 93.

⁶⁹ Instituto Nacional de Previdência Social.

foi a primeira droga a constituir um antídoto específico para um distúrbio mental – era um medicamento antipsicótico – e ela deu um pontapé inicial numa revolução psicofarmacológica”⁷⁰. No Paraná, também foi a partir de 1960 que foi aumentada essa assistência psiquiátrica.

Isso ocorreu, fundamentalmente, em razão do estabelecimento de convênios entre governos estaduais e hospitais privados, para a instalação de leitos no interior do estado. Essa foi uma estratégia adotada pelos governos brasileiros, pós-golpe civil-militar de 1964, tanto para o campo da saúde geral quanto para o da psiquiatria, ou seja, um amplo movimento de privatização da assistência – transformada em um bem de mercado –, ação amparada por instituições governamentais e recursos públicos.⁷¹

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, que previa a busca pelo bem-estar social, em que a Saúde passou a ser direito do cidadão, viu-se a necessidade da criação de uma saúde pública. Foi então que o Sistema Único de Saúde começou a dar seus primeiros passos. “No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde”⁷². De acordo com Carvalho, no estado do Paraná,

em 1995, foi promulgada a Lei Estadual nº. 11.189 que buscava um novo modelo de assistência em saúde mental no estado defendendo, entre outras coisas, uma transformação dos hospitais psiquiátricos. A lei dispõe sobre a criação de novas condições para internação nos hospitais psiquiátricos, com maior rigor (sobre internação voluntária e involuntária) e indica uma substituição, gradativa do antigo sistema hospitalocêntrico, como também dos cuidados com as pessoas que possuíam sofrimento psíquico, por uma forma de tratamento que deve ser estabelecida por uma rede integrada de diversos serviços assistenciais.⁷³

Quando enfim o uso de medicamentos começou a diminuir os leitos psiquiátricos, pôde-se constatar mais claramente como “a medicina é uma estratégia biopolítica”^{74,75}. Por questões políticas, o estado age pelo dispositivo do poder sobre o corpo dos indivíduos. Esses indivíduos agora deixariam de ser ‘loucos’ e se inseririam na sociedade. É válido lembrar que “o poder também é produtivo, cria subjetivações, constrói, destrói e reconstrói. As relações de poder não

⁷⁰ WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 22.

⁷¹WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, out.-dez. 2015, p.1354.

⁷²PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. p. 16.

⁷³ CARVALHO, 2018, *op. cit.*, p. 19.

⁷⁴ “O termo “biopolítica” designa a maneira pela qual o poder se encaminha para a transformação, entre o fim do século XVIII e o início do XIX a fim de governar não só os indivíduos por meio de uma série de procedimentos disciplinares, mas também o conjunto de indivíduos que compõe a população: a biopolítica [...] se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, etc., [...]” REVEL, Judith. **Dicionário Foucault**. Trad. de Anderson Alexandre da Silva; revisão técnica Michel Jean Maurice Vincent. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 24.

⁷⁵FOUCAULT, 1979, *op. cit.*, p 80.

estão na superestrutura, ou seja, não estão em posição de exterioridade e onde há poder, há resistências”⁷⁶. Esses jogos de resistência levaram ao processo de diminuição dos hospitais psiquiátricos, que no Brasil começou no final da década de 1980.

Em 1987, entre os dias 25 e 28 de julho, aconteceu no Brasil a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que teve como temas básicos: economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e cidadania e doença mental, direitos, deveres e legislação do doente mental.⁷⁷ O relatório final desta conferência foi publicado em 1988 como uma das diretrizes oficiais para a reforma da saúde mental.⁷⁸

De acordo com Carvalho, nesse momento foi dado o pontapé inicial para uma reforma psiquiátrica. Começou-se então a discutir a desospitalização, em que uma série de medidas proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos.

Essas foram questões que problematizaram o dispositivo de controle e normatização próprios da psiquiatria, principalmente falando em hospitais psiquiátricos tradicionais, como o Hospital Colônia Adauto Botelho, que fora criado como uma instituição "moderna" na década de 1950 – dentro de um planejamento que visava revitalizar e organizar a assistência psiquiátrica brasileira – mas que com o passar dos anos pouco se diferenciou de outras instituições manicomial em termos de práticas.⁷⁹

No mundo todo, hospitais psiquiátricos fizeram parte desse controle, e como foi apresentado anteriormente, foram sendo substituídos pelos medicamentos; no Brasil, por exemplo, um pouco mais tarde do que na França, mas, de qualquer forma, surgiu um outro modo de controle dos corpos. No século XX, com a chegada dos medicamentos antipsicóticos como o Thorazine, nos anos 1950, os mecanismos de controle social mudaram de figura. Deleuze chamou essa nova era de sociedades de controle⁸⁰, que funcionava não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea”⁸¹. O autor discorre acerca da crise das instituições de controle, como escolas e hospitais, em prol de outros meios de controle, como o medicamento. O “louco” já não precisava mais ficar guardado em asilos. Para seu controle, havia o medicamento.

É certo que entramos nas sociedades do “controle”, que já não são exatamente disciplinares. Foucault é com frequência considerado como o pensador das sociedades de disciplina, e de sua técnica principal, *o confinamento*, (não só o hospital e a prisão, mas a escola, a fábrica, a caserna). Porém, de fato, ele é um dos primeiros a dizer que

⁷⁶ FOUCAULT, 1979, op. cit., p 25-6, apud CARVALHO, 2018, op. cit.

⁷⁷ CARVALHO, 2018, op. cit., p. 38-9.

⁷⁸ CARVALHO, 2018, op. cit., p. 38-9.

⁷⁹ Idem, p. 41.

⁸⁰ Esse é um termo explicado por Deleuze: Sociedade do controle nasce da junção de disciplina e poder. Deleuze comenta acerca do fim das sociedades disciplinares (em referência a Foucault), em que essa após não ter mais muros disciplinares passou a ser sociedade do controle, na qual cada um é responsável por cuidar de si e dos outros. DELEUZE, Gilles. **Conversações**, 1972 – 1990. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992

⁸¹ Idem, p. 215.

as sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando para trás, o que já não somos.⁸²

Iniciou-se uma discussão a respeito da cidadania dessas pessoas. A busca pela cidadania foi reforçada e o sistema de saúde pública agiria em prol de informações “sobre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental”⁸³. Como direito à Saúde passou a estar previsto na legislação, quanto mais informações circulassem entre as pessoas, menos o estado precisaria investir com saúde.

Nos EUA, a partir dos anos 1990, essa preocupação com o custo social da saúde resultou na criação do *Managed Care* (que significa ‘cuidado gerenciado’), uma espécie de gerenciamento de tudo que envolve a Saúde, desde incentivos econômicos para médicos e pacientes escolherem a melhor forma de tratamentos, até controle de internações e a duração dessas internações⁸⁴. O *Managed Care* cresceu e se tornou um modo dominante de fornecer tratamento mental tanto na Clínica geral como na Psiquiatria.

As organizações de *Managed Care* são hoje um importante ator social, promovendo o uso de medicamentos para tratar a depressão e outros estados mentais. O *Managed Care* também passou a incentivar a consulta a clínicos gerais, em vez de psiquiatras; clínicos quase sempre recebiam os medicamentos.

O *Managed Care* passou a usar a lógica custo-benefício, já que a medicação tem custo mais baixo ao paciente, uma vez que esse precisa apenas tomar a pílula, no lugar perder tempo e dinheiro com psicoterapias.⁸⁵ A vida passou a ser mais gerenciada. Problemas antes sem soluções começaram a ser controlados. A loucura passou a ser controlada não mais por manicômios e camisas de força. “O desenvolvimento de medicamentos potentes revolucionou o tratamento de doença mental”⁸⁶.

No Brasil, não há ainda um termo consolidado para o ‘cuidado gerenciado’, como nos EUA. Porém, há o ‘cuidado integrado’, uma forma da Saúde Pública no Brasil apertar o elo entre pacientes e profissionais, visando melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. “O cuidado integrado tem um conceito amplo e é utilizado em vários sistemas de saúde. Pode ser empregado em diversas situações, quando se quer discutir, elaborar, descrever, aplicar e

⁸² DELEUZE, 1992. *op. cit.*, p. 215/6.

⁸³ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

⁸⁴ Managed Care Programs. National Library of Medicine. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=managed%20care>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

⁸⁵ HORWITZ; WAKEFIELD, 2017, *op. cit.*, p. 215.

⁸⁶ WHITAKER, 2017, *op. cit.*, p. 22.

acompanhar uma política de saúde”.⁸⁷ Isso, por sua vez faz com que aumente a medicalização no Brasil.

Nos anos 1970, Ivan Illich escreve **A expropriação da saúde: nêmeses da Medicina**, trabalho que lançou duras críticas à Medicina da época, como uma ameaça à saúde. Nesse sentido, Ivan Illich faz uma crítica à Medicina, quando causa uma dependência das pessoas, monopoliza os saberes a respeito de doenças, deixando indivíduos desejosos de terapias e tratamentos que eles não precisam; Ou ainda quando expropria as vontades destes em relação ao seu próprio corpo, seja na escola (o aluno que não se encaixa no modelo de instituição criada e por isso toma remédios para hiperatividade, por exemplo), seja no trabalho ou nas universidades (onde às vezes as pessoas são obrigadas a produzir além de suas possibilidades momentâneas). Ser produtivo é a exigência contemporânea; caso não esteja conseguindo, o meio a sua volta sugere o uso de medicamentos para melhorar seu desempenho. Problemas outrora tratados com medicamentos naturais, ervas, chás, agora são cada vez mais tratadas por uma pessoa que tem um saber mais acadêmico e científico, contrapondo as pessoas que têm saberes populares a respeito do assunto.

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema.⁸⁸

Nesse trecho de Illich deve-se levar em consideração a característica radical do autor enquanto crítico da Medicina vigente na época. É preciso cautela com falas generalizantes. A análise em pauta de forma alguma exclui a importância da Medicina e seus efeitos produtivos, apenas expõe as discussões importantes acerca do tema. Outro ponto que Illich aborda é o desenvolvimento da Iatrogenia, em outras palavras, os efeitos colaterais causados pelos medicamentos, que embora trabalhem para a melhoria, podem causar problemas que poderiam ser prevenidos, se não houvessem interesses econômicos envolvidos de indústrias farmacêuticas.

As medidas tomadas para neutralizar a iatrogênese continuarão a ter um efeito paradoxal: tornarão essa doença — medicamente incurável — ainda mais insidiosa, enquanto o público tolerará que a profissão que a provoca esconda-a como infecção vergonhosa e se encarregue com exclusividade do seu controle.⁸⁹

⁸⁷ FONSECA, Anelise Coelho da. **O cuidado integrado no sistema de saúde suplementar no Brasil**: um modelo de atenção à saúde para o idoso portador de doenças crônicas. 2015. p. 10.

⁸⁸ ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975. p. 6.

⁸⁹ Idem. p. 9.

O fato é que “receitados tanto por clínicos gerais quanto pelos especialistas em psicopatologia, os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação”⁹⁰, sem a investigação dos problemas, o que é mais cômodo, rápido e barato. Os efeitos colaterais são que “a medicalização transforma aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável”.⁹¹

Nos EUA, de acordo com Whitaker, após o lançamento dos psicotrópicos, houve uma onda de propagandas e circulação de ideias falando dos avanços no campo de saúde mental com os medicamentos. Mas é aí que está o enigma.

Dado esse grande avanço no tratamento seria de se esperar que o número de inválidos por doença mental dos Estados Unidos [...] houvesse declinado nos últimos cinquenta anos. [...] Ao contrário, à medida que se desdobrou a revolução psicofarmacológica, o número de casos de invalidez por doença mental nos Estados Unidos teve um aumento vertiginoso.⁹²

Se o uso de psicofármacos aumentou, sendo revolucionário nos cuidados em saúde mental, conseqüentemente o número de casos de invalidez por doença mental deveria diminuir, não é mesmo? Essa é a indagação que Whitaker faz em seu livro. Peter Conrad, depois de trinta anos pesquisando a respeito da medicalização, afirma que “o número de problemas de vida que são definidos como médicos aumentou enormemente”⁹³. Conrad, em **Medicalization of Society**, investigou certas facetas da medicalização, a saber: a “extensão da medicalização, expansão das categorias existentes, aprimoramento biomédico como medicalização e a continuidade de um caso clássico de desmedicalização”⁹⁴. No tocante à extensão da medicalização e expansão das categorias existentes os problemas são justamente os que foram comentados anteriormente, a partir do olhar de Illich.

Os críticos temem que a medicalização transforme aspectos da vida cotidiana em patologias, estreitando o alcance do que é considerado aceitável. A especialização também enfoca a fonte do problema no indivíduo e não no meio social; exige intervenções médicas individuais, em vez de soluções coletivas ou sociais. Além disso, ao expandir a jurisdição médica, a medicalização aumenta a quantidade de controle social médico sobre o comportamento humano.⁹⁵

⁹⁰ ROUDINESCO, 2000. *op. cit.*, p.21.

⁹¹ GAUDENZ, Paula; ORTEGA, Francisco. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. **Interface** (Botucatu) [on-line]. 2012, v.16, n.40, pp.21-34. Epub Apr 26, 2012. =. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>. p. 24.

⁹² WHITAKER, 2017. *op. cit.*, p. 23.

⁹³ CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. Tradução nossa: “the number of life problems that are defined as medical has increased enormously”.

⁹⁴ Idem. X. Tradução nossa. “Extension of medicalization, expansion of existing categories, biomedical enhancement as medicalization, and the continuity of a classic case of demedicalization”.

⁹⁵ Idem, p. 8/9. “Critics have been concerned that medicalization transforms aspects of everyday life into pathologies, narrowing the range of what is considered acceptable. Medicalization also focuses

Problemas que há trinta anos não eram medicados, hoje são problemas médicos. A expansão da jurisdição médica foi um grande aliado da medicalização e do controle social, como bem aponta Conrad. É claro que houve muitos benefícios. Mas a definição de comportamentos que são considerados normais, a constante busca de encaixar todos em uma sociedade cada vez mais perfeita com organização exemplar, na qual nada é suficientemente bom, faz com que se criem soluções em forma de medicamentos, intervenções médicas idealizadas por padrões médicos, em termos médicos, que só médicos sabem. Isso gera um efeito de poder na sociedade. E assim:

Os primeiros críticos alertaram que o controle social médico provavelmente substituiria outras formas de controle social (Pitts, 1968; Zola, 1972) e, embora isso não tenha ocorrido, pode-se argumentar que o controle social médico continuou a se expandir. Embora muitas definições de controle social médico tenham sido oferecidas, eu ainda afirmo que “o maior poder de controle social vem de ter autoridade para definir certos comportamentos, pessoas e coisas”.⁹⁶

Todavia é importante enfatizar que os médicos não são os únicos personagens. “Mais recentemente, os críticos enfatizaram como a medicalização aumentou a lucratividade e os mercados de empresas farmacêuticas e biotecnológicas.”⁹⁷ Longe de ser um imperialismo médico, a medicalização é uma forma de ação coletiva.

Embora os médicos e a profissão médica tenham sido historicamente centrais para a medicalização, os médicos não estão simplesmente colonizando novos problemas ou rotulando pacientes improdutivos. Os pacientes e outros leigos podem ser colaboradores ativos na medicalização de seus problemas ou francamente ávidos por medicalização (por exemplo, Becker e Nachtigall, 1992), embora os profissionais simpáticos sejam geralmente necessários para o sucesso do processo de reivindicação⁹⁸

Como Conrad acentuou, os médicos são historicamente importantes agentes nessa construção, porém, a seguir busca-se entender outros agentes que fazem parte dessa construção: o papel dos pacientes nos processos de medicalização da sociedade, a busca pela informação e a popularização de certos termos antes presentes apenas em bibliografias médicas ou manuais médicos. Com base nesses estudos, pode-se conhecer como os saberes a respeito da Psiquiatria

the source of the problem in the individual rather than in the social environment; it calls for individual medical interventions rather than more collective or social solutions. Furthermore, by expanding medical jurisdiction, medicalization increases the amount of medical social control over human behavior.”

⁹⁶Idem, p. 9. “Early critics warned that medical social control would likely replace other forms of social control (PITTS, 1968; ZOLA, 1972), and while this has not occurred, it can be argued that medical social control has continued to expand. Although many definitions of medical social control have been offered, I still contend that “the greatest social control power comes from having the authority to define certain behaviors, persons and things” (CONRAD; SCHNEIDER, 1992, p. 8).

⁹⁷Idem. p. 8. “More recently critics have emphasized how medicalization has increased the profitability and markets of pharmaceutical and biotechnological firms” (MOYNIHAN; CASSELS, 2005).

⁹⁸Idem. p. 9. “While physicians and the medical profession have historically been central to medicalization, doctors are not simply colonizing new problems or labeling feckless patients. Patients and other laypeople can be active collaborators in the medicalization of their problems or downright eager for medicalization” (BECKER; NACHTIGALL, 1992), “although sympathetic professionals are usually needed for successful claims-making (BROWN, 1995).

se organizaram no decorrer da história, para construir as noções de ansiedade, tristeza e depressão.

1.3 A depressão enquanto tendência social significativa

Neste tópico, a proposta é pensar quais foram os mecanismos sociais no decorrer dos últimos anos para que a depressão viesse a se tornar uma tendência social. Há algumas hipóteses para isso.

No livro **A tristeza Perdida**, Allan Horwitz e Jarome Wakefield discutem a era da ansiedade observada por W. H. Auden⁹⁹. De acordo com Auden, a era da ansiedade foi logo após a Segunda Guerra Mundial. A intensa ansiedade daquela época foi uma reação humana normal às situações atípicas, como a devastação do bem-estar moderno. De acordo com Horwitz e Wakefield, se Auden estivesse vivo, chamaria a virada do século XX para o XXI de era da depressão. A diferença é que se a era da ansiedade foi vista como uma reação natural frente aos problemas enfrentados, a era da depressão seria vista como uma era da tristeza anormal – um transtorno psiquiátrico que requer tratamento profissional. Então, “o que nossa cultura um dia viu como reação a esperanças e aspirações frustradas é hoje considerada doença psiquiátrica”¹⁰⁰. Mas de que forma isso acontece? Quais foram as condições históricas de possibilidades para que o século XXI tenha essa aparência de “era da depressão”? Para os autores, a predominância do transtorno enquanto tendência social significativa se manifesta de várias maneiras, as quais foram apresentadas no decorrer do texto, utilizando fontes de pesquisa.

De acordo com Horwitz e Wakefield, ficar triste é algo biológico. “De fato, surge antes que o bebê tenha sequer aprendido, culturalmente, formas adequadas de expressar a tristeza”¹⁰¹. Por outro lado, transtornos depressivos são observados desde a Grécia Antiga. Pode-se perceber uma preocupação na distinção entre a tristeza normal (com motivo) e a tristeza anormal (sem motivo). Os transtornos depressivos eram em geral chamados de melancolia, o que incluía uma lista de transtornos que depois foram considerados muito distintos.¹⁰² Mas é mister lembrar que o ser humano não é atemporal, isto é, ele age de acordo com o seu tempo.

Seguindo o método de análise de Horwitz e Wakefield, o primeiro ponto para analisar a depressão enquanto tendência social significativa é o número de publicações a respeito do transtorno. De acordo com os autores:

⁹⁹Wystan Hugh Auden ,que assina W. H. Auden, foi um poeta, crítico literário e dramaturgo inglês, naturalizado norte-americano. Disponível em < https://www.ebiografia.com/w_h_auden/ >. Acesso em: 5 dez. 2018.

¹⁰⁰HORWITZ.WAKEFIELD. 2010, *op. cit.*, p. 16.

¹⁰¹Idem, p. 56.

¹⁰²Idem, p. 71/2.

Em 2005, havia 8677 artigos sobre depressão publicados, mais de doze vezes o número em 1966. O número de artigos sobre depressão é hoje muito maior que sobre qualquer outro diagnóstico psiquiátrico e cresceu muito mais rapidamente que a publicação de pesquisas psiquiátricas em geral¹⁰³

Esse aumento de publicações é um dos pontos importantes que sustenta a análise, e pode ser considerado como um dos sintomas dessa emergência da depressão. Assim como Horwitz e Wakefield mostram o número de publicações a respeito da depressão, Conrad apresenta a mesma análise em relação à medicalização. Procurando em bancos de dados com a palavra-chave medicalização, Conrad pôde observar o crescente interesse pelo tema medicalização:

Só na Sociologia existem dezenas de exemplos de casos de medicalização; o corpo correspondente da literatura tem sido vagamente chamado de “tese da medicalização” (Ballard e Elston, 2005) ou mesmo “teoria da medicalização” (Williams e Calnan, 1996). A medicalização também ganhou atenção além das ciências sociais. Numerosos artigos podem ser identificados em uma pesquisa na Medline (da literatura médica), mas de particular interesse são a edição especial do British Medical Journal (2002) dedicada à medicalização e uma edição da PLoS Medicine (2006) amplamente dedicada à “disseminação de doenças”¹⁰⁴

Há muitos textos também na área da Psicologia a respeito da depressão. O que se verifica ao analisar esses materiais é uma constante preocupação por parte de psicólogos com o consumo de psicofármacos, os quais são receitados pelos médicos, sem recorrer a psicoterapias. De acordo com Leandro Anselmo Todesqui Tavares, as pessoas só procuram a ajuda de psicólogos e até mesmo de psiquiatras quando o medicamento não faz mais efeito; mas deveria ser ao contrário, segundo o autor. Usam o medicamento como a única alternativa possível.¹⁰⁵ Fatores como a diminuição da religião e uma fé na ciência, a racionalidade, o progresso, o crescente prestígio e poder da profissão médica podem estabelecer o contexto no qual a medicalização ocorre.¹⁰⁶

O trabalho de Tavares preza pela discussão a respeito do mundo moderno deixar de lado o tratamento com psicoterapias, psicólogos e dar mais importância a outros meios de tratamento, como a terapia não medicamentosa. Considera a depressão como um mal-estar contemporâneo, e critica o fato de muitas pessoas que foram diagnosticadas com depressão quando chegam ao atendimento psicológico já se encontram tomando medicamentos há algum

¹⁰³ Idem, p. 17

¹⁰⁴ Conrad, 2007. *op. cit.*, p. 5, (tradução nossa) “In sociology alone there are dozens of case examples of medicalization; the corresponding body of literature has loosely been called the “medicalization thesis” (BALLARD; ELSTON, 2005), or even “medicalization theory” (WILLIAMNS; CALNAN, 1996). Medicalization also has gained attention beyond the social sciences. Numerous articles may be identified in a Medline search (of the medical literature), but of particular interest are the British Medical Journal (2002) special issue devoted to medicalization and an issue of PLoS Medicine (2006) largely devoted to “disease mongering.”

¹⁰⁵ TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo**: medicalização e existência do sujeito depressivo [on-line]. São Paulo: Editora UNESP; Cultura acadêmica, 2010.

¹⁰⁶ CONRAD, 2007, *op. cit.* p., 8.

tempo. Porém, é preciso estar atento para como se constituiu o sujeito que está falando a respeito desse assunto: um psicólogo que certamente trabalha pela legitimação da Psicologia frente a problemas relacionados à saúde mental, a mesma necessidade de legitimação que os psiquiatras tinham ou têm para com a sua área.

Em **Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia**, Joana G. P. D. Amaral tem por objetivo fazer “uma crítica ao enquadramento da tristeza e do luto no âmbito da patologia”. Fazendo o uso de uma abordagem histórica, o estudo demonstra “a forma como se lidou com a melancolia até o aparecimento e maior divulgação da depressão”¹⁰⁷. O estudo ajuda no âmbito de contextualizar a pesquisa no que se refere às mudanças do conceito. De acordo com Amaral, “hoje em dia os termos se confundem e é possível encontrar as mais variadas opiniões acerca destes, muitas vezes ligada à tristeza, ao luto ou ao pesar”¹⁰⁸. Conclui-se que com o passar dos tempos o termo melancolia foi perdendo espaço para o termo depressão, até para referir-se à patologia, hoje, usa-se depressão.

É muito comum a descrição da evolução da melancolia e o histórico da depressão em vários trabalhos analisados. Na área da saúde pública, Giovana Bacilieri Soares pesquisou como os meios de comunicação jornalístico abordam a depressão e o que é divulgado pela mídia como forma de prevenção, causa e forma de tratamento. Há outro estudo que analisa o que se tem discutido na mídia acerca do assunto, realizado por Giovana Bacilieri Soares e Sandra Caponi. Nesse trabalho, as autoras buscam discutir acerca do processo de aceitação do indivíduo deprimido e o tratamento privilegiando o uso de medicamentos.¹⁰⁹ Concluíram que há uma transformação

de várias formas de sofrimento, dos mais diferentes contextos, em patologias individuais, mensuráveis e homogêneas por meio de critérios diagnósticos, com consequente aplicação de recursos terapêuticos universalizáveis aplicados ao indivíduo, a exemplo dos antidepressivos apresentados como opção terapêutica privilegiada¹¹⁰

Esse estudo auxiliou na presente pesquisa, porque pôde-se pensar melhor em qual é o papel da mídia nos processos de medicalização que atua com a propaganda, contribuindo para a popularização de vários termos médicos, assim como a difusão do termo depressão.

Apesar de haver uma preocupação com doenças psíquicas na área de História, há poucos trabalhos nessa área a respeito da depressão em si. Mary Del Priore e Márcia Pinna Raspanti têm um trabalho intitulado **A descida ao inferno: depressão feminina**, no qual

¹⁰⁷Idem, p. 5.

¹⁰⁸ Idem, p. 16.

¹⁰⁹CAPONI, Sandra, SOARES, Giovana Baciriel. Depressão em Pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. Interface – **Comunic. Saúde**. v.15, n.37, p.437-46, abr./jun. 2011.

¹¹⁰ Idem, p. 46.

discutem a medicalização, destacando o fato de que qualquer médico pode diagnosticar o indivíduo com depressão, pelo mais simples estado de tristeza, além da dor feminina ao longo dos tempos, a que ela estaria relacionada.¹¹¹ É possível relacionar esse trabalho com a pesquisa, pois as autoras discutiram como é feito o diagnóstico (por clínicos, por exemplo), quanto a depressão feminina, observando as taxas desta com o auxílio de teorias de gênero para problematizar as diferenças entre taxas de depressão feminina e masculina.

O segundo ponto em que se pode verificar a depressão enquanto tendência social significativa são os casos de depressão na comunidade, e conseqüentemente o número de pessoas em tratamento, isto é, o número de pessoas fazendo o uso de medicamentos antidepressivos. Tomar um comprimido que traz a solução dos problemas é mais acessível do que falar a respeito do assunto e perder horas e dinheiro em consultas com psicólogos e/ou psiquiatras, além de ser moralmente mais aceito. De certa forma, a medicina vem trabalhando para que as pessoas não sintam dor, como se esta não fosse natural ao ser humano. O indivíduo não pode sofrer, não pode sentir-se triste sem ser medicado, porque o capitalismo exige o funcionamento do corpo¹¹².

Atualmente a dor foi transformada em problema de economia política, o que faz nascer um processo em bola de neve: o indivíduo aprende a conceber-se como *consumidor de anestésias* e se lança à procura de tratamentos que o fazem obter insensibilidade, inconsciência, abulia e apatia provocadas artificialmente. (ILLICH, 1975, p. 105).

Em partes, isso explica por que o consumo de antidepressivos vem aumentando não só no Brasil como no mundo todo. De acordo com pesquisas feitas pela seguradora Sul América¹¹³, “em seis anos, o número de antidepressivos adquiridos pelos segurados da operadora aumentou em 74%. Em números concretos: de 35.453 unidades, em 2010, para 61.859, em 2016”.¹¹⁴ Não é à toa que em 2012 o Rivotril esteve entre os dez medicamentos mais consumidos no Brasil¹¹⁵. Em 2016, a revista *Superinteressante* trouxe uma matéria intitulada **Nação Rivotril**, em que afirma que o Brasil é o maior consumidor de Rivotril do mundo. De acordo com a revista:

¹¹¹ DEL PRIORE, Mary; RASPANTI, Márcia Pina. A descida ao inferno: depressão feminina. **Revista História Hoje**. Abril/2014. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/a-descida-ao-inferno-depressao-feminina>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

¹¹² ILLICH, 1975, *op. cit.*

¹¹³ Sul América é uma seguradora independente do Brasil, com uma rede de distribuição de mais de 30 mil corretores independentes.

¹¹⁴ CONSUMO de antidepressivos dispara no Brasil. **Hospital Med**. 2017. Disponível em: <https://hospitalmed.com.br/portal/2017/07/consumo-de-antidepressivos-dispara-no-brasil/>. Acesso em: 23 mar. 2019.

¹¹⁵ 10 MEDICAMENTOS Mais Vendidos do País. **O Globo**. 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/confira-lista-dos-10-medicamentos-mais-vendidos-do-pais-7338894>. Acesso em: 23 mar. 2019.

A maior parte das vendas desse medicamento acontece via prescrição. “Mas muitos conseguem o remédio com receita em nome de outros pacientes ou até pela internet”, afirma Elisardo Carlini, diretor do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Unifesp. Em alguns casos, até há a prescrição – mas de um médico não especialista, segundo Alexandre Saúde, professor do Instituto de Psiquiatria da USP. “Ginecologistas costumam prescrever Rivotril para pacientes que sofrem fortes crises de TPM”, diz.¹¹⁶

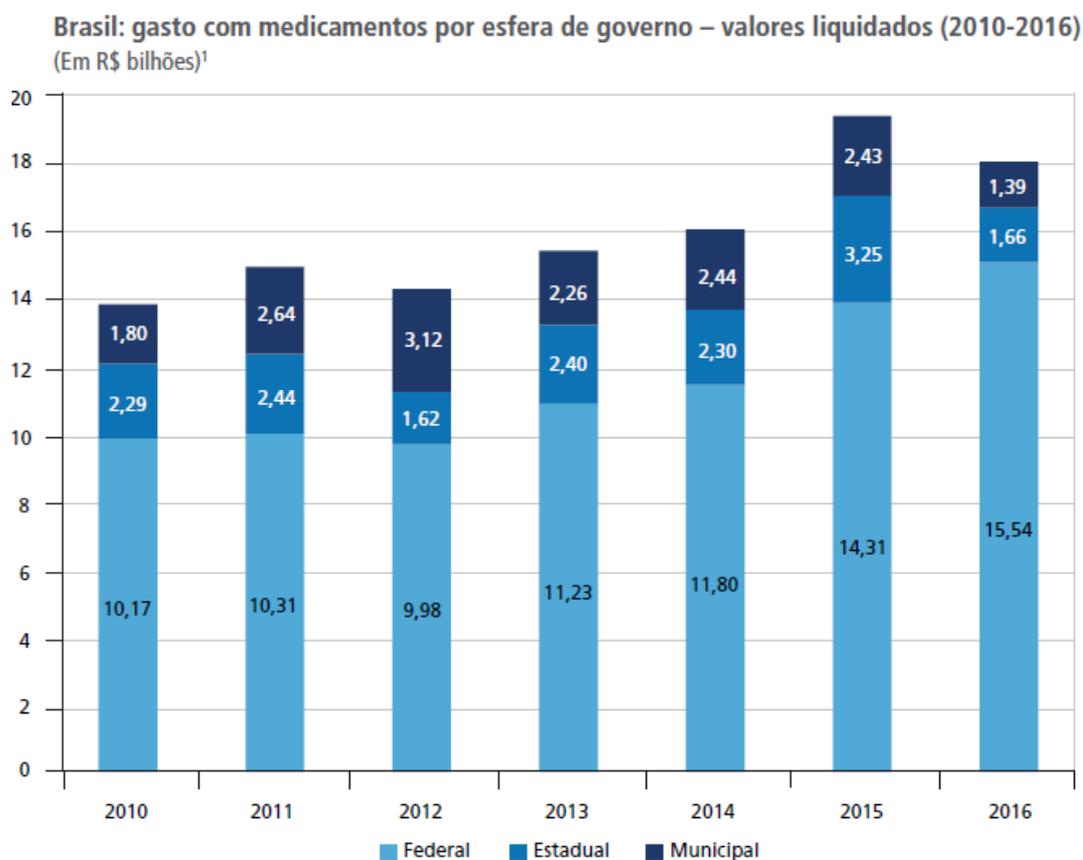
Pode-se concluir que medicamentos controlados fazem cada vez mais parte do dia a dia dos sujeitos e tal premissa é enfatizada na citação acima, acerca da prescrição de Rivotril para a TPM. Aqui podemos perceber a medicalização marcada por identidades de gênero. Esse aumento do consumo reforça o próximo argumento de análise, que se configura no terceiro ponto para verificar o transtorno depressivo enquanto tendência social significativa: a quantidade de prescrições de medicamentos antidepressivos e conseqüentemente as estimativas do custo social da depressão. “Nos EUA, os economistas calculam que a depressão é responsável por um custo de UR\$ 43 bilhões por ano”.¹¹⁷ “Em 2014, a indústria farmacêutica alcançou no Brasil um valor de mercado recorde de US\$ 29,4 bilhões, e a expectativa é que, até 2020, amplie o faturamento para cerca de US\$ 47,9 bilhões/ano.”¹¹⁸ “De 2005 a 2012, o número de unidades fabricadas dobrou e o valor teve um aumento de quase 65%, provando o grande potencial do mercado nacional de medicamentos.”¹¹⁹. Os quantitativos da dispensação de psicofármacos serão apresentados no próximo capítulo e nos gráficos a seguir serão demonstrados os gastos com medicamentos:

¹¹⁶NAÇÃO Rivotril. **Super Abril**. 2016. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/nacao-rivotril/>. Acesso em: 23 mar. 2019.

¹¹⁷HORWIYZ; WAKEFIELD, 2010. *op. cit.*, p. 17.

¹¹⁸O Lobby e a Indústria Farmacêutica no Brasil. **Carta Capital**, 2018. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/o-lobby-e-a-industria-farmaceutica-no-brasil>> Acesso em: 18 mar. 2019.

¹¹⁹TEIXEIRA, Angélica. **A Indústria Farmacêutica no Brasil: um estudo do impacto socioeconômico dos medicamentos genéricos**. MONOGRAFIA Curso de Ciências Econômicas. ARARAQUARA – SP 2014. p. 43.

Gráfico 1: Gastos com medicamentos por esfera de governo brasileiro (2010 - 2016)

Infelizmente, não foi possível encontrar os valores que se referem somente aos psicofármacos. Mas com esse quadro geral pode-se ter noção dos valores anualmente dos gastos com medicamentos, e, conseqüentemente, noção da variação ano a ano do consumo de medicamentos. Isso tudo se configura em uma crescente medicalização da sociedade, uma vez que não são somente os gastos com medicamentos que aumentam ano a ano, mas todos os gastos no que se referem a procedimentos médicos. Não que isso seja um problema. O problema começa quando aspectos normais da vida começam a ser medicalizados com o objetivo de gerar lucro. De acordo com Conrad:

As empresas farmacêuticas estão tendo um impacto crescente nas fronteiras do normal e do patológico, tornando-se agentes ativos de controle social. Isso é preocupante por várias razões, mas talvez especialmente porque as corporações são mais responsáveis por seus acionistas do que por pacientes.¹²⁰

A Medicina está cada vez mais voltada ao mercado, para consumidores, e não pacientes, tendo como parceria as indústrias farmacêuticas que, por sua vez, estão cada vez mais

¹²⁰ CONRAD, 2007. *op. cit.*, p. 144.

envolvidas no controle social, impactando de forma decisiva na organização social e estabelecendo normas.¹²¹

O impacto social e econômico da depressão no mundo é alto. De acordo com pesquisas realizadas, depressão e ansiedade custam 1 trilhão de dólares à economia mundial a cada ano¹²². Porém, há um contraponto: cada dólar investido em tratamentos de depressão, sejam eles psicofármacos ou psicoterapias, leva a um retorno de quadro dólares. Assim, a publicação defende que há uma necessidade de se investir mais no campo da saúde mental, pois qualidade de vida é sinônimo também de produtividade. De acordo com Razzouk,

Os transtornos mentais constituem uma das principais causas de pior qualidade de vida, prejuízo no desenvolvimento cognitivo e físico, perda de renda e capacidade produtiva, dificuldade de participação social, entre outras decorrências. Quando há prejuízo na saúde mental de um indivíduo, todo seu potencial de desenvolvimento pessoal e de contribuição para a sociedade também fica prejudicado pela perda de capital mental. Existe, portanto, um “valor intrínseco” à saúde mental intimamente relacionado a benefícios pessoais, sociais e econômicos¹²³

A autora defende ainda que os investimentos em saúde mental estão desproporcionais e insuficientes, uma vez que quanto mais tratamento disponível, mais qualidade de vida e mais produtividade com impactos econômicos e sociais é constatada. A criação de políticas públicas que dessem conta dessa lacuna em saúde mental seria de grande ajuda. Ainda, de acordo com a autora,

No Brasil, os custos unitários por comprimido com antidepressivos, segundo o Banco de Preço de Medicamentos do Ministério da Saúde (BPS/MS), variaram, em 2011, de R\$ 0,018 (amitriptilina 25mg) a R\$0,025 (imipramina 25mg) e R\$0,029 (fluoxetina 20mg). Considerando-se o pacote proposto pela OMS, o custo do uso de 20mg de fluoxetina/dia por 180 dias seria de aproximadamente R\$5,29 por pessoa, de 12 consultas médicas anuais (ao custo real de R\$36,00 por consulta de vinte minutos), R\$432,00 por pessoa, e de quatro sessões (de 40 minutos) de tratamento psicossocial com psicólogo em atenção primária, R\$65,00 por pessoa (valores obtidos com gestores municipais na cidade de São Paulo, em 2011). Como resultado, o custo anual do pacote proposto – sem considerar exames, aumentos de doses e do número de sessões – seria de R\$65,00 para os casos leves e de aproximadamente R\$502,00 para os casos moderados e graves, por pessoa¹²⁴

De acordo com o exposto, o gasto por pessoa no que se refere à doença mental é bem inferior ao que deveria ser. Todos os caminhos levam à mesma solução: a necessidade de um

¹²¹ Para saber mais: CONRAD, 2007, *op. cit.*, p. 126.

¹²² **DEPRESSÃO e ansiedade custam us1 trilhão por ano, diz OMS.** Nações Unidas. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/depressao-e-ansiedade-custam-us1-tri-por-ano-a-economia-global-diz-oms>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

¹²³ RAZZOUSK, Denise. **Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da saúde?** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(4):845-848, out-dez 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00845.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

¹²⁴ Idem.

olhar mais detalhado e também mais investimentos para com o problema. Em todo caso, é preciso relativizar todos os pontos que envolvem o consumo de medicamentos.

De acordo com Leandro Anselmo Todesqui Tavares, criou-se uma cultura da imagem, em que o ter é mais importante do que o ser, para então parecer. Dessa forma, as pessoas estão cada vez mais isoladas, a globalização, ao mesmo tempo em que aproximou o mundo, também o distanciou.

A partir do momento em que vivemos em um contexto que nos exige determinadas formas de aparecer na cena social, é inevitável que diante da impossibilidade de participações nesse “teatro espetacular” o indivíduo adoça – é o “mal-estar” (FREUD, 1930; 1992), fruto da incompatibilidade entre a demanda social e as reais necessidades individuais¹²⁵

A cultura da imagem, ao mesmo tempo em que fez com que cada um olhasse mais para si, fez também com que a linha entre o bem-estar e o parecer fosse confundida, tornando o bem-estar consequência do parecer, ligado a aspirações, como o desejo de sucesso. Alain Corbin, em **A História da Vida Privada**, comenta a respeito do ‘mal do século’ (século XX), em que a constante insatisfação sobre quem somos, o medo do fracasso, atormentam os indivíduos acostumados com testes. De acordo com Corbin, a sociedade do controle¹²⁶, na qual tudo e todos se devem adequar a uma sociedade com bom funcionamento, atormenta o imaginário das pessoas que têm dificuldades para lidar com tal situação.¹²⁷

Há sugestões acerca dos possíveis motivos do aumento dos diagnósticos de depressão, como, por exemplo, o fato de que a vida moderna está menos ancorada em laços sociais e mais alienada, ou de que a mídia expõe todos constantemente a extremos de riqueza e de beleza para fazer sentirem-se inferiores. Mas esses pontos tendem a explicar apenas as reações normais de tristeza, e não o crescimento vertiginoso de um transtorno mental. Certamente o avanço em tratamentos com psicofármacos ajudou. Casos antes ambíguos podem ter se tornado depressão, na esperança de oferecer um tratamento que dê certo. De acordo com os autores¹²⁸, todos esses motivos não explicam o grande crescimento do número de pessoas que sofrem de depressão. Mas então, o que aconteceu para criar essa aparência de epidemia? Segundo Horwitz e Wakefield:

Argumentamos que, na verdade, a suposta explosão recente de casos de transtorno depressivo não deriva primordialmente de um aumento real no número de pessoas com a doença. Ao contrário, é, em grande medida, consequência da confusão entre duas categorias conceitualmente distintas – tristeza normal e transtorno depressivo – e, portanto, da classificação de muitos casos de tristeza normal como transtornos

¹²⁵ TAVARES, 2009. *Op. cit.*

¹²⁶ Lembrando que o termo Sociedade do controle é de Deleuze. Para saber mais:: DELEUZE, 1992, *op. cit.*

¹²⁷ CORBIN, Alain. Bastidores. **História da vida privada** 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. Direção de Michelle Perrot. São Paulo: Cia das Letras, 2007.

¹²⁸ HORVITZ, WAKEFIELD, 2010 *op. cit.*, p. 18-9.

mentais. A atual “epidemia”, embora seja resultado de muitos fatores sociais, tornou-se possível por uma modificação na definição psiquiátrica de transtorno depressivo, a qual frequentemente permite a classificação de tristeza como doença, mesmo quando não é.¹²⁹

De acordo com os autores, a definição relativamente nova de transtorno depressivo é falha, e por isso o aumento. Combinada com os outros desdobramentos na sociedade, expandiu drasticamente o domínio do suposto transtorno. A urgência em uma definição precisa acerca do diagnóstico, de acordo com Horwitz e Wakefield, implicou uma mudança na tradição de que o diagnóstico clínico explorava o contexto e o significado dos sintomas para decidir se alguém estava sofrendo de tristeza normal intensa ou de um transtorno depressivo. Essa definição precisa se deu a partir do DSM-III, o qual listou nove sintomas para facilitar esse diagnóstico. A consequência “foi a patologização massiva da tristeza normal, o que, ironicamente, tornou o diagnóstico da depressão cientificamente menos válido”.¹³⁰ Assim,

Nos últimos 25 anos, a psiquiatria remodelou profundamente a nossa sociedade. Por meio do seu Manual diagnóstico e estatístico, ela traçou uma fronteira do que é “normal” e o que não é. Nossa compreensão social da mente humana, que no passado provinha de uma mescla de fontes [...] é hoje filtrada pelo DSM.¹³¹

Para podermos entender melhor sobre isso, basta olharmos a evolução dos DMS’s. De acordo com Conrad, em 1952, no DSM-I havia 106 doenças psiquiátricas catalogadas e o número de páginas do Manual se organizava em 106. Em 1994 com o DSM-IV o número de doenças catalogadas passou gradativamente (pelo DSM-II, e III respectivamente) para 297, com o Manual sendo composto por 886 páginas. Além disso, ainda de acordo com Conrad, quando uma categoria de medicalização ganha legitimidade ela pode ser estendida para que sejam incluídas mais categorias. A obesidade, por exemplo, passou de um fator de risco para uma doença em si. Outros problemas comuns aos seres humanos como a menopausa, o envelhecimento e também a estética passaram a ser medicalizados. O DSM-IV embora revisitado, foi uma reformulação no DSM-III, isto é, ele também contribuiu na elevação do número de diagnósticos patologizando a tristeza normal.¹³² Junto à reformulação dos DSM’s veio a crescente propaganda em meios de comunicação para a incitação do uso de medicamentos e a realização de procedimentos médicos.

Em consonância com Soares e Caponi, discute-se a atenção dada especialmente à depressão nos meios de comunicação. As autoras citam Moreira¹³³, que afirma que a produção

¹²⁹ Idem, p. 18-9.

¹³⁰ Idem, p. 125.

¹³¹ WHITAKER *op. cit.*, p. 28.

¹³² HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, *Op. cit.*

¹³³ MOREIRA, *apud* CAPONI, SOARES, 2011, *op. cit.*, p. 438.

e a circulação de formas simbólicas pela mídia têm um papel decisivo na vida social e no cotidiano das pessoas. Quando houve a explosão do uso de psicofármacos, nos anos 1950-1960, houve também o investimento das indústrias farmacêuticas na promoção desses novos medicamentos. As propagandas começaram a ser feitas de tal modo que sugeriam o uso de psicofármacos para lidar com problemas da vida cotidiana, como as tensões da mulher do dia a dia ao cuidar do lar; observa-se que até as campanhas para impulsionar a venda de medicamentos têm foco, o qual é marcado por subjetividades de gênero.

Em 1997, a FDA¹³⁴ aprovou a propaganda direta ao consumidor na mídia. Antes, essas propagandas eram feitas somente em publicações médicas e psiquiátricas, dentre outras. Com propaganda direta ao consumidor, as indústrias farmacêuticas mudaram os padrões do fluxo de informações. Assim, cada um passou a poder fazer seu autodiagnóstico, e o médico passou a ser visto como uma mera ponte até o medicamento desejado.¹³⁵ As novas definições para diagnosticar a depressão elencadas no DSM-III foram de grande ajuda às indústrias farmacêuticas.

De acordo com Horwitz e Wakefield, “em 2000, a indústria farmacêutica gastava mais de dois bilhões de dólares anualmente em propaganda direta ao consumidor.”¹³⁶ Outro meio de propaganda importante é a internet:

A Internet tornou-se um importante veículo de consumo. Por um lado, todas as empresas farmacêuticas e a maioria dos grupos de defesa têm sites repletos de informações voltadas para o consumidor. Estes incluem frequentemente testes de rastreio autoadministrados para ajudar as pessoas a decidir se podem ter um distúrbio específico ou beneficiar de algum tratamento médico¹³⁷

Hoje é muito mais fácil pesquisar uma possível doença. Basta descrever para o Google os sintomas que em poucos segundos aparece na tela uma infinidade de prováveis doenças relacionadas aos sintomas descritos. O consumidor de medicamento passou a ter mais autonomia, em que ele mesmo pesquisa o que pode ou não ser a doença, e se o medicamento não for controlado, pode adquirir na farmácia mais próxima, sem a necessidade de uma receita médica. Essa facilidade de acesso à informação e experiência de outras pessoas com o mesmo problema em páginas de bate-papo, sites de medicamentos e comentários permite ao consumidor chegar até o médico (quando precisa de um medicamento controlado, por exemplo,

¹³⁴A Food and Drug Administration é uma agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, um dos departamentos executivos federais dos Estados Unidos. FOOD and Drug Administration. 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Food_and_Drug_Administration>. Acesso em: 5 dez. 2018.

¹³⁵ HORWITZ. WAKEFIELD, 201, *op. cit.*, p. 216.

¹³⁶ Idem, p. 216.

¹³⁷CONRAD, 2007, *op. cit.* p. 140. (tradução nossa) “The Internet has become an important consumer vehicle. On the one hand, all pharmaceutical companies and most advocacy groups have websites replete with consumer-oriented information. These often include self-administered screening tests to help individuals decide whether they might have a particular disorder or benefit from some medical treatment.”

os psicofármacos) já com o seu diagnóstico pronto, como comentaram os médicos entrevistados, tema a ser discutido nos capítulos a seguir.

No estudo de Soares e Caponi, as autoras analisaram o que se discutiu a respeito de depressão em seiscentas e vinte e oito matérias dos periódicos **Folha de São Paulo on-line** e **Veja on-line**, de 1999 a 2008. É possível concluir que o “que nos é apresentado nas matérias jornalísticas não é uma negação de outras terapias, mas o reforço à terapia medicamentosa”¹³⁸. Esse reforço foi apresentado por meio de comentários positivos a respeito do sucesso da medicalização da tristeza, quando pessoas famosas passaram a dar depoimentos de como eram bons determinados medicamentos. Sem dúvida, isso teve um impacto grande na popularização do termo depressão, com reflexos cada vez mais visíveis.

Mas, qual é o problema de estar havendo um crescimento da medicalização? Não seria tudo isso um ponto positivo para as pessoas, uma vez que a crescente medicalização pode refletir o quão a Medicina e os cuidados aos seres humanos estão evoluindo, e que problemas antes sem solução aparente hoje podem ser resolvidos com um comprimido ou um procedimento simples? De acordo com Conrad, há alguns benefícios da medicalização, já que “algumas formas de medicalização (por exemplo, Alcoólicos Anônimos, intervenções para anorexia) podem reduzir o estigma ou permitir que os indivíduos funcionem melhor na sociedade”¹³⁹, e outras podem ser uma forma de reduzir danos.

Porém, o ponto negativo para a sociedade seria a patologização de tudo, isto é, “praticamente qualquer diferença humana é suscetível de ser considerada uma forma de patologia, um distúrbio diagnosticável e sujeito a intervenção médica”¹⁴⁰. Assim, o grande problema para Conrad seria transformar toda diferença em patologia, diminuindo a tolerância e apreciação da diversidade da vida humana.

É importante salientar que tudo é fruto de processos de construção, desde noções acerca de regiões, doenças, depressão, medicalização, frutos de conflitos, rupturas e discontinuidades. Um saber não se consolida do dia para a noite. Dessa forma, o intuito é analisar e mostrar esses processos, não buscar a verdade, como já foi comentado, mas tentar encontrar o equilíbrio a respeito desse assunto. Enquanto pesquisadores, é mister contribuir nas pesquisas referentes a esse tema e apresentar os reflexos desses processos historicamente construídos na sociedade. Não se deve apregoar o que é verdade ou mentira, o que é certo ou errado, mas levantar novas

¹³⁸CAPONI, *op. cit.*

¹³⁹CONRAD, 2007. *op. cit.*, p. 147. (Tradução nossa) “Some forms of medicalization (e.g., Alcoholics Anonymous, interventions for anorexia) may reduce stigma or allow individuals to function better in society”

¹⁴⁰Idem, p. 148. “Virtually any human difference is susceptible to being considered a form of pathology, a diagnosable disorder, and subject to medical intervention.”

hipóteses à luz de leituras, pesquisas científicas, fatos, fontes, que, por sua vez, são criticadas, desconstruídas e reconstruídas analisando e estudando o contexto social.

No próximo capítulo, será discutido como a medicalização da tristeza se apresentou na região que compreende cinco municípios, que se localizam no centro-oeste paranaense entre os anos de 2010 a 2017. Ao fazer o exercício de variar a escala estudada, pretende-se verificar se esse movimento geral percebido em estudos acerca do tema nos EUA e no Brasil pode ser encontrado em uma escala menor, além de observar outras peculiaridades da região, o que só será possível analisar variando a escala.

CAPÍTULO 2 “TODO MUNDO QUER UM COMPRIMIDINHO PARA RESOLVER A VIDA”: RELAÇÕES DE PODER E DEPRESSÃO

Neste capítulo, o objetivo é analisar como a medicalização ocorreu na região escolhida para esta pesquisa. Por meio de dados quantitativos e qualitativos, procurar-se-á dar forma a uma narrativa de como a vida cotidiana se medicaliza, quais são suas facetas e seus meios táticos para tal situação acontecer.

Os dados quantitativos referem-se a gráficos, contendo os valores anuais de consumo de psicofármacos no recorte espacial, além de taxas por mil habitantes dos valores diários desse consumo. Já os dados qualitativos referem-se a entrevistas temáticas realizadas com pacientes e médicos da região, entre os anos de 2016 a 2019.

Com base nessas fontes, será analisada a forma como são feitos os diagnósticos, os encaminhamentos, a automedicação. Pretende-se estabelecer as relações de poder dos médicos frente aos pacientes, medicamentos e tratamentos. Por fim, observar a fala dos pacientes, suas trajetórias, bem como a ressignificação que dão às suas histórias de vida.

Das ferramentas utilizadas para análise, além da história oral, optou-se também pela variação de escalas, a qual também é de curta duração. A história oral é uma metodologia, uma ferramenta, a qual necessita de um suporte teórico para que não seja somente uma descrição de um acontecimento rememorado. Isto é,

[...] m nosso entender, a história oral, como todas as metodologias, apenas estabelece e ordena procedimentos de trabalho [...] o que a nosso ver, não permite classificá-la unicamente como prática. Mas, na área teórica, a história oral é capaz apenas de suscitar, jamais solucionar, questões; formula as perguntas, porém não pode oferecer as respostas.¹⁴¹

Tanto na história oral como na microanálise com a variação de escalas, necessita-se de uma revisão na teoria da história, já que ambas são ferramentas de análise. É por isso que “as soluções e explicações devem ser buscadas onde sempre estiveram: na boa e antiga teoria da história. Aí se agrupam conceitos capazes de pensar abstratamente os problemas metodológicos gerados pelo fazer histórico”¹⁴². A variação de escalas segue por esse mesmo sentido, pois a microanálise “não constitui um corpo de proposições unificadas, nem uma escola, menos ainda uma disciplina autônoma”¹⁴³.

Os municípios investigados possuem médicos clínicos gerais, psicólogos e assistentes sociais. Porém, apenas Laranjeiras do Sul e Rio Bonito do Iguaçu possuem psiquiatras. Os

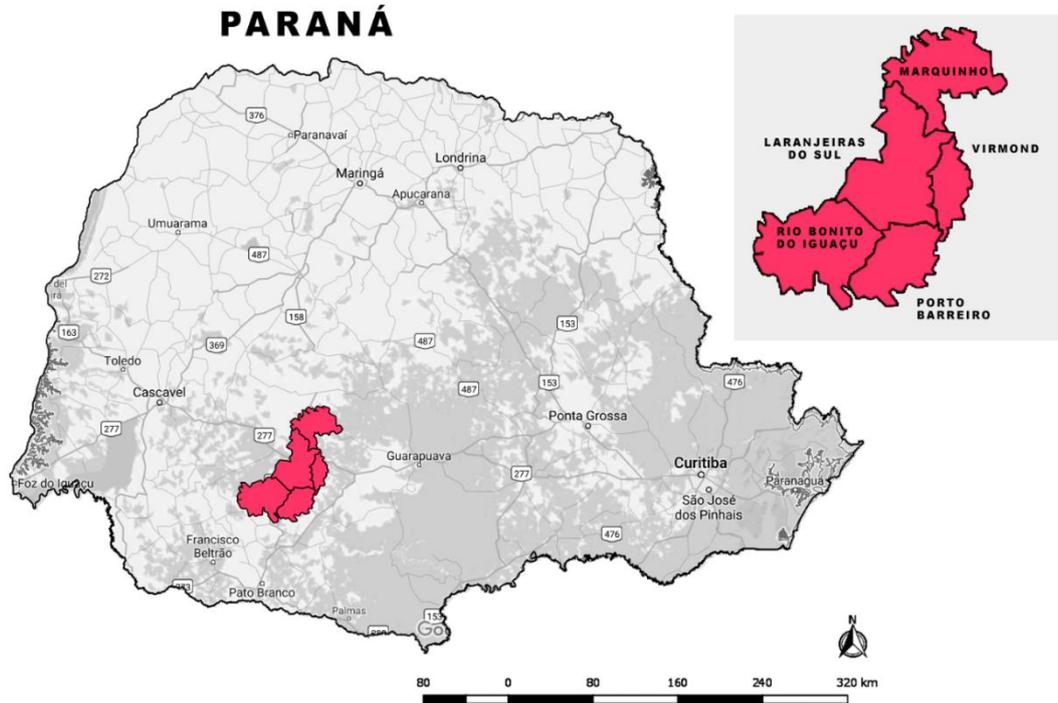
¹⁴¹ FERREIRA; AMADO, 1998, *op. cit.*, p. XVI.

¹⁴² *Idem*, p. XVI.

¹⁴³ REVEL, 1998, *op. cit.*

demais, quando necessitam dessa especialidade, precisam marcar uma consulta pela ASSISCOP.

Mapa 1 Recorte espacial pesquisado



FONTE: Google Maps. 2018.

Laranjeiras do Sul, que conta com seis unidades de saúde atualmente, atende a quatro unidades de apoio no interior do município, onde uma equipe, que tem um médico clínico geral, disponibilizada pelo posto municipal de saúde Dr. Carlos Felipe de Sio, reveza-se a cada uma semana, ou a cada quinze dias, para atender às comunidades. No dia a dia, quem precisar de atendimento deve direcionar-se a uma das unidades na sede do município. De acordo com a Secretaria Municipal de Laranjeiras do Sul, são os clínicos-gerais que encaminham os pacientes à Psiquiatria quando se tratam de casos mais graves. Na Unidade de Atendimento à Família de Porto Barreiro, há uma equipe de atendimento mental duas vezes por semana, que conta com um clínico geral, um psicólogo e uma enfermeira.

Como todos os pacientes encaminhados ou não às especializações passam antes pelo clínico geral, fez-se pertinente entrevistá-los. Foram entrevistados dois clínicos no ano de 2016, e o terceiro no ano de 2018, e no decorrer da pesquisa, quando foi necessário, além de cinco pessoas que fazem o uso de psicofármacos. Nas fontes serão utilizados também históricos da dispensação de psicofármacos fornecidos pelas Secretarias de Saúde de cada cidade.

2.1 Uma região medicalizada: ASSISCOP e o atendimento de saúde mental

Na presente análise, entende-se região como um conceito repleto de subjetividade, o qual ajuda a construir uma identidade. Quando se fala de região, não é somente da região física da qual fazem parte os cinco municípios. A região, de acordo com Durval Muniz de Albuquerque Junior, por muito fora tratada como lugar físico, estático, o local onde acontece a história. As regiões,

portanto, não pré-existem aos fatos que as fizeram emergir; as regiões são acontecimentos históricos, são acontecimentos políticos, estratégicos, acontecimentos militares, diplomáticos, são produto de afrontamentos, de disputas, de conflitos, de lutas, de guerras, de vitórias e de derrotas. Falar em região implica em se perguntar por domínio, por dominação, por tomada de posse, por apropriação. [...] Fazer história da região é cartografar as linhas de força, o diagrama de poderes que conformam, sustentam, movimentam e dão sentido a um dado recorte regional¹⁴⁴.

Trata-se de um conceito que é rico em tradição, que as pessoas têm orgulho de pertencer, de se identificar. Uma identidade regional é carregada de símbolos e está inteiramente ligada à subjetividade do sujeito quando este pertence a determinado grupo, pois “a identidade regional não é dada pelo espaço onde se nasce, ela emerge de um trabalho de subjetivação, ela é a constituição de uma dada subjetividade através das relações sociais e da incorporação consciente ou não das narrativas que definem este ser regional.”¹⁴⁵ Portanto, identidade, região e subjetividade estão interligadas. “As identidades espaciais são fabricações humanas”¹⁴⁶. As fabricações humanas acontecem com um interesse normalmente por saberes que dão efeitos de poder. O espaço é também um modo de controle onde ocorrem inúmeras relações de poderes.

De acordo com Correa, “a ação de controle sobre uma determinada área quer garantir, em última análise, a reprodução da sociedade de classes, com uma dominante, que se localiza fora ou no interior da área submetida à divisão regional [...]”¹⁴⁷. O espaço produzido também serve de instrumento ao pensamento como a ação; é ao mesmo tempo um meio de produção de controle, dominação e poder.¹⁴⁸ A noção de região usada para fins estratégicos de controle passa pelo viés do espaço praticado, que, por sua vez, também pode servir como instrumento de controle, ambas móveis, mutáveis, bricoladas¹⁴⁹. É por isso que a região é

um objeto em fuga, como diz Manoel de Barros sobre o Pantanal. A região é um espaço onde não se pode passar a régua: é espaço poroso, semovente, em constante

¹⁴⁴ALBUQUERQUE, Durval Muniz de. **Receitas Regionais**: a noção de região como um ingrediente da historiografia brasileira ou o regionalismo como modo de preparo historiográfico. XIII Encontro de História Anpuh-Rio. Rio de Janeiro, 2008. p 4.

¹⁴⁵ Idem, p. 08.

¹⁴⁶ Idem, p. 09.

¹⁴⁷ CORRÊA, 2000, *op. cit.*

¹⁴⁸ LEFEBVRE, Henri. **A produção do espaço**. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4. éd. Paris: Editions Anthropos, 2000. Primeira Versão: início – fev/2006. p. 56.

¹⁴⁹ Maneiras táticas de burlar, modificar regras estratégicas de um determinado sistema. Para ver mais: DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

formar-se e deformar-se, que pode vir a virar pó, que tem vocação para as traças. A região é um espaço cheio de areia, de formiga e sonho. Espaço sempre em transmutação.¹⁵⁰

A região enquanto móvel, mutável é também plural. Há a região física, a região cultural e no presente estudo a região médica. Todas essas regiões são e estão num determinado espaço. O espaço¹⁵¹, por sua vez, pode ser produzido, sentido e representado. O espaço está inteiramente ligado ao sujeito. O espaço é em relação ao sujeito, e o sujeito é em relação ao espaço. O espaço é definido nas desavenças, é ocupado pelos fenômenos sensíveis, sem excluir o imaginário, os projetos, as projeções, os símbolos, as utopias.¹⁵² A região enquanto um espaço que não se pode passar a régua quer dizer que é um espaço que não se define em mapas e linhas, vai além, leva em consideração toda uma cultura, um imaginário, símbolos. Então, qual é a influência dos médicos na construção desse espaço, em que sentido seus discursos ajudam em sua constituição e há relações de poder nesses discursos?

Os espaços a propostos para análise são vários. A sala de espera do posto municipal. O consultório. O mercado depois da consulta médica. O ponto de ônibus. O ônibus. A casa, no interior ou na cidade. Todos esses espaços são ocupados por símbolos, projeções, imaginários e significados diferentes. O espaço social pode ser instrumentalizado. A sala de espera é destinada para esperar a consulta. Mas pode transcender a isso, uma vez que os pacientes conversam entre si, falam de seus problemas, trocam informações, dão novos significados a pensamentos que trouxeram de casa. O sujeito é então modificado pelo espaço da mesma forma que o espaço é modificado pelo sujeito.

Na sala de consulta, o paciente é o paciente. Não é o professor, a mãe ou pai, não é a amiga, não é nenhuma das outras pessoas que são em outros espaços, como a vizinha, a conhecida da sala de espera. O médico é o médico. Não é o pai ou a mãe, esposa, bom em jogos ou péssimo motorista. É o “doutor”. Há determinadas coisas que podem ou não ser ditas em determinados espaços. Essa é a característica dos espaços diferentes, e por isso não estruturados. O médico assume o poder de fala, o poder do sujeito que ele está condicionado a ser nesse espaço.

De acordo com Foucault,

[...] em toda a sociedade a produção de discurso é um tempo controlada, selecionada, organizada e distribuída por determinados procedimentos que têm por função conjurar

¹⁵⁰ ALBUQUERQUE JR., 2008b, *op. cit.*, p. 63.

¹⁵¹ Nessa discussão pode-se pensar a produção do espaço em três fases: a mental, onde o espaço é pensado, a física, onde ele se concretiza, passando a ser social. Para ver mais sobre ler LEFEBVRE, *op. cit.*

¹⁵² LEFEBVRE, *op. cit.*

seus poderes e perigos, dominar a aleatoriedade de seu acontecimento e evitar sua pesada e temível materialidade¹⁵³.

Certos sujeitos sociais assumem certos poderes de fala. Mesmo que, como apresentado no capítulo anterior, o usuário de medicamentos tenha, com o uso da internet e dos meios de comunicação, propagandas a respeito de medicamentos, uma maior autonomia em se medicar¹⁵⁴, os médicos ao longo desse processo tiveram e ainda têm forte influência, afinal, são “doutores”, isto é, estudados, então, exercem o poder. Logo, “o poder não é um objeto natural, “é uma prática social e, como tal, constituído historicamente”¹⁵⁵. Esse espaço enquanto um lugar praticado¹⁵⁶ coloca o médico como alguém que no momento exerce o poder de fala, de diagnóstico, de conhecimento a respeito do problema.

A medicina clínica, historicamente construída, é um “conjunto de prescrições políticas, decisões econômicas, regulamentos institucionais, modelos de ensino”¹⁵⁷. Nessa perspectiva, o saber médico é um reflexo da construção de cada tempo. São os médicos que determinam o diagnóstico, assim receitam o medicamento e de certa forma têm o discurso de verdade perante a sociedade.

A própria verdade tem uma história¹⁵⁸, isto é, foi a partir de práticas sociais que certos saberes emergiram e não a partir de uma natureza humana. Assim, são passíveis de críticas e problematizações como qualquer outra fonte oral (como as que não têm discurso de verdade perante a sociedade, ou seja, a dos familiares, por exemplo), pois o médico antes de ser médico e basear-se em técnicas científicas não deixa de ser uma pessoa que carrega todas as suas vivências e experiências, isto é, toda a sua subjetividade.

Antes de passar para as entrevistas serão analisadas as fontes quantitativas, com as quais será significado o objetivo da pesquisa. Por meio dessas fontes pode-se entender a região, a qual mostra a depressão enquanto tendência social. Feita essa análise, pode-se observar que a variação de escala, no âmbito geral, assemelha-se com o que foi estudado a respeito do assunto nos EUA e no Brasil anteriormente.

¹⁵³FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012. p.9.

¹⁵⁴No início do século XXI, os médicos não são necessariamente os promotores mais ativos da patologização, embora sejam certamente importantes guardiões de diagnósticos e tratamento médico. A indústria farmacêutica promoveu novas definições de patologia, enquanto os consumidores frequentemente procuraram diagnósticos e tratamentos médicos. A medicalização não é, nem nunca foi, "imperialismo médico", mas sim uma interação cada vez mais complexa de vários atores sociais. *In*: CONRAD, 2007, *op. cit.*, p. 149.

¹⁵⁵FOUCAULT, 1979, *op. cit.*, p. X.

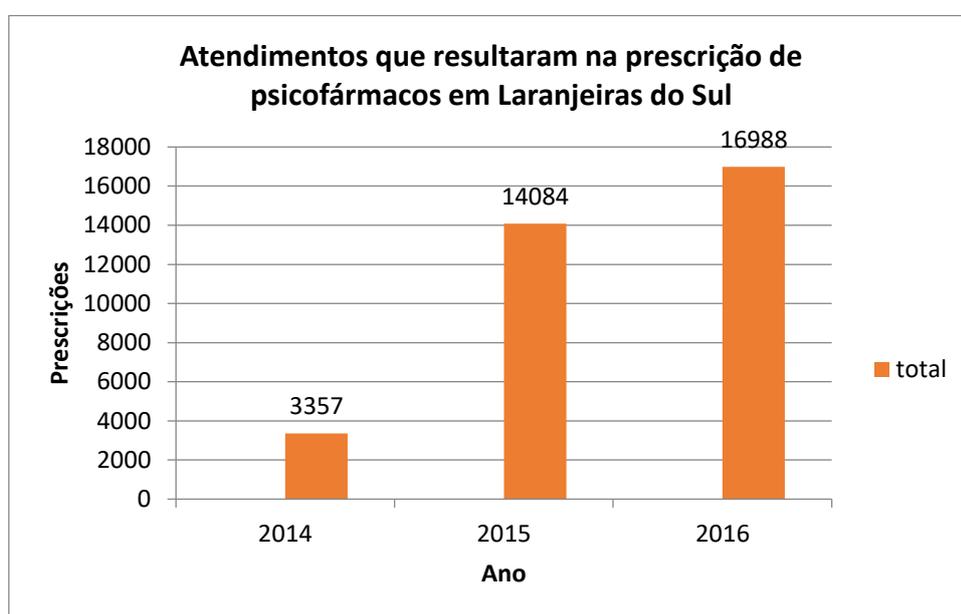
¹⁵⁶DE CERTEAU *op. cit.*, 202.

¹⁵⁷FOUCAULT, 2008, *op. cit.*, p. 100.

¹⁵⁸FOUCAULT, M. Conferência 1 *In*: **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Trad. Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes. Rio de Janeiro. NAU Editora, 2005. p. 08.

Uma das formas de se observar a depressão enquanto tendência social são os quantitativos de casos de depressão na comunidade e o número de pessoas em tratamento. Em 2014, havia 3.357 procedimentos/atendimentos que resultaram na prescrição de medicamentos antidepressivos em Laranjeiras do Sul, levando em conta os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Laranjeiras do Sul, sendo a Amitriptilina 25mg o que fora mais consumido. Em 2016, esse dado mudou. Houve 16.988 procedimentos que resultaram em prescrição de psicofármacos, isto é, cinco vezes mais do que os dados de dois anos antes, como se pode conferir no gráfico a seguir:

Gráfico 2 atendimentos que resultaram na prescrição de psicofármacos em Laranjeiras do Sul



FONTE: gráfico elaborado pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.
*Análise realizada com base no censo de 2010, Laranjeiras do Sul com 30.777 habitantes.

Em 2014, a cada mil pessoas, cento e nove consultas aproximadamente acabaram com uma receita para antidepressivos, considerando o Censo 2010. Já em 2015, ainda considerando o Censo de 2010, a cada mil pessoas da cidade, aproximadamente quatrocentos e cinquenta e sete consultas terminaram com a prescrição de um medicamento antidepressivo. Em 2016, quinhentas e cinquenta e uma consultas por mil habitantes atendidas pela rede pública de saúde terminaram com a prescrição de antidepressivos. É válido ressaltar aqui que o Censo foi refeito em 2018, tendo um aumento de quase um mil e trezentas pessoas no município de Laranjeiras do Sul como observado na tabela abaixo:

Tabela 2 Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos

Ano	Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos	
	Número de consultas com prescrição de antidepressivos	Taxa por mil habitantes
2014	3357	109
2015	14084	457
2016	16988	551

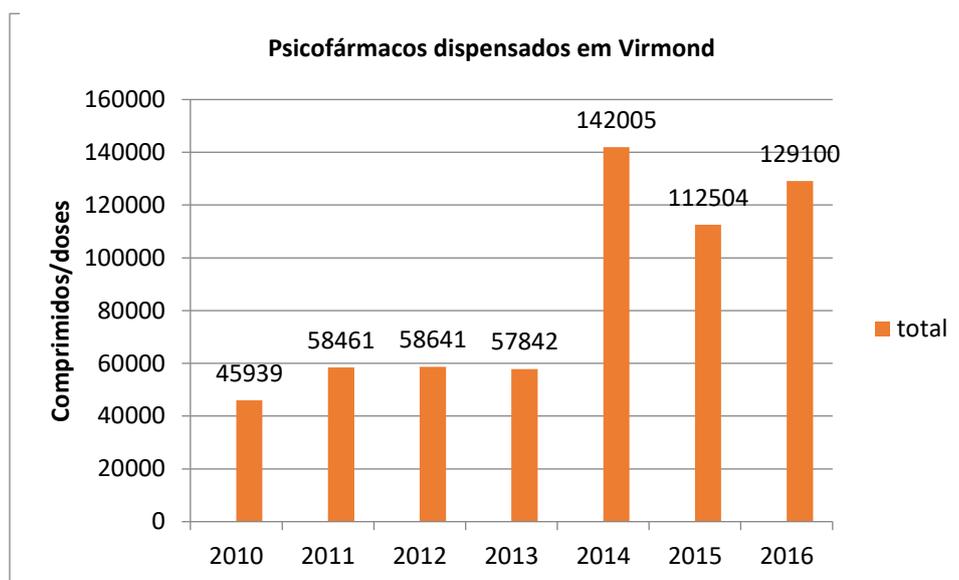
FONTE: tabela elaborada pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

*Análise realizada com base no censo de 2010, Laranjeiras do Sul com 30.777 habitantes

De acordo com Le Breton, os psicofármacos podem se tornar “técnicas banais de estabelecimento de modelos do comportamento e do humor, produtos de consumo comum, muitas vezes fora de qualquer contexto patológico”¹⁵⁹. Isso não quer dizer que os psicofármacos não tragam benefícios à vida das pessoas, mas como estão sendo usados? Por meio do levantamento dessas fontes, será possível entender um pouco dessa premissa.

O objetivo em traçar um caminho bioquímico em si é estabelecer um modelo de comportamento considerado normal, melhorar o desempenho, trabalhar, passar por problemas, resolvendo-os ou não e levar a vida adiante. Muitas pessoas, de acordo com as entrevistas dos médicos, já vão ao consultório pedindo o medicamento, com a receita pronta, apenas necessitando da assinatura. Essas pessoas normalmente tomam há muito tempo, de tal modo que nem cogitam a hipótese de trocar, mudar ou reavaliar o problema, ou pedem o medicamento indicado por algum amigo, vizinho ou parente que já toma o medicamento. Ao analisar, por exemplo, no ano de 2014, na cidade de Virmond, aproximadamente cento e quarenta e um mil comprimidos saíram do posto (nesses números não são considerados os comprimidos que não estão disponíveis na rede pública de saúde, que fazem com que as pessoas comprem em farmácias):

¹⁵⁹LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. Tradução Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papyrus, 2003. p. 57.

Gráfico 3 Psicofármacos dispensados em Virmond

FONTE: gráfico elaborado pela autora a partir dos dados da SECRETARIA DE SAÚDE/ Virmond-Pr. 2016.

Pode-se observar no gráfico um aumento ano a ano. Para melhor entendimento, notar os valores totais de comprimidos por ano distribuídos na cidade de Virmond pela rede pública de saúde, dividindo as doses por trezentos e sessenta e cinco, para encontrar os valores de doses diárias:

Tabela 3 Taxas por mil habitantes- Virmond

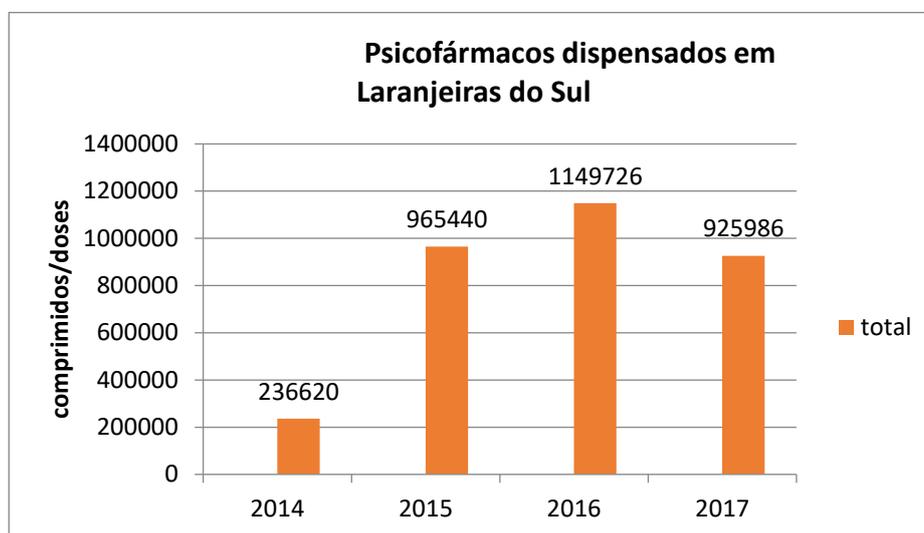
Ano	Prescrição de psicofármacos Virmond	
	Comprimidos diários	Taxa por mil habitantes**
2010	125,86	31,86
2011	160,16	40,54
2012	160,66	40,67
2013	158,46	40,11
2014	389,05	98,49
2015	308,23	78,03
2016	353,69	89,54

*cartelas com 30 comprimidos ** taxa por mil habitantes considerando o Censo de 2010. FONTE: tabela elaborada pela autora, a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Virmond-Pr. 2016.

Verifica-se que no ano de 2010 uma média de 125,86 doses diárias de psicofármacos foram consumidas, isto é, durante o ano a taxa de dose diária por mil habitantes foi de 31,86. Deve-se levar em consideração que o tempo de tratamento de cada pessoa varia de três meses a anos. Dessa forma, não há como prever quantas pessoas fizeram o uso desses medicamentos. Em todo caso, a tabela é interessante para que se possa analisar o aumento considerável a partir do ano de 2014, e também para comparar com as taxas por mil habitantes das outras cidades; para compor a tabela, será feito o mesmo procedimento: dividir o número de doses por dias do

ano e depois fazer a taxa por mil habitantes. É importante ressaltar que o Censo de 2010 de Virmond estimava 3.950 habitantes, e o de 2018 atualizado contabilizou 4.023 habitantes. Em Laranjeiras do Sul também houve a possibilidade de observar esse aumento:

Gráfico 4 Psicofármacos dispensados em Laranjeiras do Sul



FONTE: gráfico elaborado pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

Ao analisar o gráfico acima, pode-se observar que houve um salto considerável no uso de psicofármacos na cidade de Laranjeiras do Sul, a partir de 2015. Nesse ano, o consumo desse tipo de medicamento quadruplicou em relação ao ano anterior (2014). O crescimento persistiu durante o ano de 2016, sendo que foram dispensados mais de um milhão de comprimidos, numa cidade de aproximadamente 32 mil habitantes, segundo dados do IBGE. Ainda no que tange ao gráfico, no ano de 2017 houve uma leve queda em relação aos dois anos anteriores, sendo que esse apresentou um quantitativo menor. Também foram divididos esses dados em taxas por mil habitantes, como na tabela a seguir:

Tabela 4 Taxa por mil habitantes - Laranjeiras do Sul

Ano	Prescrição de psicofármacos em Laranjeiras do Sul	
	Comprimidos diários	Taxa por mil habitantes**
2014	648,27	21,06
2015	2645,04	85,94
2016	3149,93	102,34
2017	2536,94	82,42

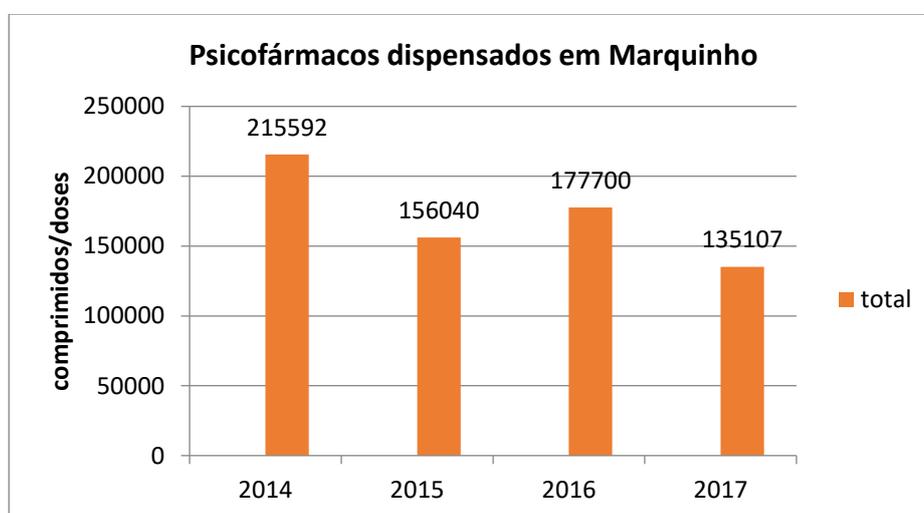
*cartelas com 30 comprimidos ** taxa por mil habitantes considerando o Censo de 2010. FONTE: tabela elaborada pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

Nessa tabela, é possível observar que a taxa por mil habitante em 2015 é próxima da taxa de Virmond, um pouco superior, mas comparando com as outras, é a que mais se aproxima.

Todas as taxas de Laranjeiras são superiores às de Virmond, exceto a de 2014, considerando que foi o ano de implantação do programa que contabiliza esses medicamentos em Laranjeiras do Sul e talvez não tenham todos os dados. É válido saber que em 2010, o Censo de referência para essa análise na cidade de Laranjeiras do Sul era de 30.777 habitantes, e o último, que é do ano de 2018, é de 32.006 habitantes.

Ao contrário do que foi apresentado nos dados referentes à cidade de Laranjeiras do Sul, quando observado o gráfico do município de Marquinho, verifica-se que o ano em que houve maior dispensa de psicofármacos foi justamente o primeiro a que se teve acesso, e que o quantitativo variou como uma montanha-russa.

Gráfico 5 Psicofármacos dispensados em Marquinho



FONTE: gráfico elaborado pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Marquinho-Pr. 2017.

O ano de 2015 teve uma queda de mais de 25% em relação ao anterior, o que não pareceu ser uma tendência, visto que já no ano de 2016 os números voltaram a subir. Embora tenha havido uma diminuição em 2017, houve um número considerável para uma população inferior a 5 mil habitantes.

Tabela 5 Taxa por mil habitantes - Marquinho

Ano	Prescrição de psicofármacos em Marquinho	
	Comprimidos diários	Taxa por mil habitantes**
2014	560,66	118,58
2015	427,50	85,82
2016	486,84	97,74
2017	370,15	74,31

*cartelas com 30 comprimidos ** taxa por mil habitantes considerando o censo de 2010. FONTE: tabela elaborada pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Marquinho-Pr. 2017.

Ao contrário das outras cidades, em Marquinho as taxas começaram altas e depois baixaram. De qualquer forma, elas acompanham as mesmas médias das outras duas cidades analisadas, sendo 2015 o ano que mais se aproximou de Laranjeiras do Sul e Virmond. Vale ressaltar que em 2010 a população era de 4.981 habitantes, e em 2018 esse número reduziu para 4.472 habitantes. De acordo com a OMS, “O Brasil é o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia, e o sexto maior produtor dessas substâncias”¹⁶⁰.

Segundo o Ministério da Saúde, entre 2012 e 2016 houve aumento de 30% na quantidade de serviços de saúde do SUS que acompanham pessoas com depressão. No mesmo período, houve crescimento de 87% na dispensação de medicamentos registrados no Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e no sistema informatizado do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria, aumento de 61% de consumo no mercado total de antidepressivos e de 3% no mercado de antidepressivos que constavam da Rename¹⁶¹.

O medicamento passa a ser o meio mais simples e fácil de resolução de problemas de diversas origens. Tratando-se das doses diárias de psicofármaco, encontra-se uma reportagem que mostra taxas de outros países, com as quais é possível fazer um comparativo com as cidades aqui analisadas. De acordo com o site setor saúde,

os números da OCDE mostram Islândia com a maior taxa de prescrição, em 105,8 doses por dia para cada 1 mil habitantes em 2011, contra 70,9 em 2000 e 14,9 em 1989. A Austrália alcançou a marca de 80 em 2011, contra 45,4 em 2000. Já o Canadá, 85,9 em 2011 contra 75 em 2007. No Reino Unido, as taxas praticamente dobraram ao longo da última década e marcam 70,7 para cada 1 mil pessoas. A menor taxa em 2011 foi no Chile, de 12,8 doses diárias prescritas a cada 1 mil habitantes.¹⁶²

As três cidades que serviram como fontes a respeito das taxas estão com as taxas próximas à Islândia, por exemplo, o lugar com a taxa mais alta. Não houve informações das taxas por mil habitantes no Brasil, mas sabe-se, de acordo com fontes, que o Brasil é o país da América Latina com as taxas mais altas de depressão¹⁶³.

No município de Virmond, os dados a que tivemos acesso sobre a distribuição dos psicofármacos são de apenas três: Nortriptilina, Amitriptilina e Fluoxetina. Mas sabe-se, de acordo com os dados dos outros municípios, que há outros tipos de medicamentos psicofármacos,

¹⁶⁰BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde 2018, p. 15

¹⁶¹ Idem, p. 15.

¹⁶² CONSUMO de antidepressivo dispara pelo mundo. Setor Saúde. 2013. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/consumo-de-antidepressivos-dispara-pelo-mundo/> Acesso em: 8 mar. 2019.

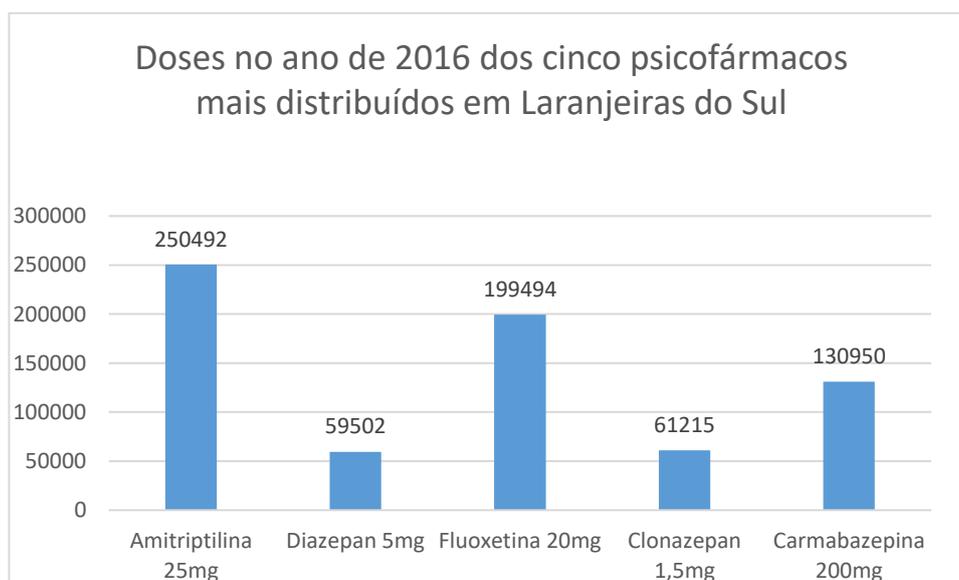
¹⁶³CONSUMO de antidepressivo cresce 74% em seis anos no Brasil. Site Saúde. 2017. <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/consumo-de-antidepressivos-cresce-74-em-seis-anos-no-brasil/>>. Acesso em: 8 mar. 2019.

como, por exemplo, Dizepan, que não consta nessa lista, mas consta em Laranjeiras do Sul, como sendo largamente distribuído. No que se refere às taxas, pode-se notar que há quebra de dados, e comparando com as taxas da Islândia, por exemplo, ainda há a diferença de que nas cidades pesquisadas há apenas os dados dos controlados distribuídos na rede pública, excluindo os medicamentos vendidos nas farmácias. De acordo com Socudo, as taxas do consumo de psicofármacos vêm aumentando muito em todo o Brasil:

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 Health⁸, em 2014 o ansiolítico benzodiazepínico comercializado como Rivotril (nome comercial do clonazepam) esteve na lista dos dez medicamentos mais vendidos no país, ocupando a sétima posição, superando “clássicos” como Dorflex e Hipoglós¹⁶⁴.

Comparando com Virmond, não foi possível ter acesso aos dados de todos os psicofármacos distribuídos, mas, em relação à Laranjeiras do Sul, entre os psicofármacos, o Clonazepam ocupa o quarto lugar, como comprovado no gráfico a seguir:

Gráfico 6 Doses no ano de 2016 dos cinco psicofármacos mais distribuídos em Laranjeiras do Sul



FONTE: gráfico elaborado pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

De acordo com a tabela de dispensação em gotas, o vidro de 20 ml do Rivotril tem 500 gotas, isto é, 500 mg. Segundo a bula do medicamento, ele pode ser receitado no máximo 1,5ml por dia, isto é, no máximo quinze gotas ao dia. Partindo desse pressuposto que os consumidores de Rivotril em Laranjeiras do Sul consomem o máximo por dia em Clonazepam permitido pela bula, um frasco de Clonazepam tem aproximadamente 33 doses. Dessa forma, se converter em

¹⁶⁴SOCUDO, Andréa Maria Carneiro Lobo. **Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza**: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1999. Curitiba, 2015. p. 15.

doses como o Amitril, que é o mais distribuído em Laranjeiras, com um total de 250.492 doses em 2016, o Clonazepam teria um total de 61.215 doses em 2016. Na próxima tabela, é possível conferir essas médias no que se refere a doses diárias por mil habitantes.

Tabela 6 Taxa por mil habitantes dos cinco psicofármacos mais consumidos em Laranjeiras do Sul no ano de 2016 pela rede pública.

Psicofármaco	Taxas por mil habitantes dos cinco psicofármacos mais consumidos em Laranjeiras do Sul no ano de 2016 da rede pública.	
	Comprimidos diários	Taxa por mil habitantes**
Amitriptilina	686,2	22,29
Diazepan	163,01	5,29
Fluoxetina	546,55	17,75
Clonazepan	167,71	5,44
Carmabazepina	358,76	11,65

FONTE: tabela elaborada pela autora a partir dos dados SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

Ao analisar as taxas por mil habitantes do valor diário, constata-se que na cidade de Laranjeiras do Sul, no ano de 2016, é bem maior do que a média geral do estado do Paraná, no ano de 2009; aproxima-se no ano de 2010, e em 2011 volta a ser maior. De acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), na lista dos psicofármacos mais consumidos em 2009, no estado do Paraná, o Clonazepam ocupava o primeiro lugar, como observado na tabela a seguir:

Tabela 7 lista dos psicofármacos mais vendidos em farmácias no estado do Paraná (2009 - 2011)

Os cinco princípios ativos em formulações industrializadas mais consumidos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 nas Unidades da Federação (UF) em 2009, 2010 e 2011. Brasil, 2012.

UF	Princípio ativo	Características	2009			
			UFD	UFD/100 habitantes	Miligramas/per capita	DDD/mil habitantes/dia
PR	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	527.234	4,93	2,03	0,695
PR	SIBUTRAMINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	286.645	2,68	10,93	2,995
PR	FLUOXETINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	230.808	2,16	9,65	1,323
PR	AMITRIPTILINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	208.171	1,95	9,00	0,329
PR	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	207.194	1,94	0,37	1,020

UF	Princípio ativo	Características	2010			
			UFD	UFD/100 habitantes	Miligramas/per capita	DDD/mil habitantes/dia
PR	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	718.541	6,88	2,97	6,88
PR	FLUOXETINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	299.563	2,87	13,04	2,87
PR	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	275.671	2,64	0,55	2,64
PR	CODEÍNA	Entorpecente (Lista A, Receituário AMARELO)	267.922	2,57	12,06	2,57
PR	SERTRALINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	255.906	2,45	31,70	2,45

UF	Princípio ativo	Características	2011			
			UFD	UFD/100 habitantes	Miligramas/per capita	DDD/mil habitantes/dia
PR	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	833.932	7,93	3,52	1,206
PR	FLUOXETINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	357.393	3,40	16,02	2,194
PR	CODEÍNA	Entorpecente (Lista A, Receituário AMARELO)	340.603	3,24	16,02	0,293
PR	SERTRALINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	320.186	3,05	41,96	2,299
PR	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	316.122	3,01	0,66	1,815

Observações:

- (1) Os indicadores de consumo representam os princípios ativos que compõem formulações farmacêuticas industrializadas. Os princípios ativos de formulações farmacêuticas manipuladas não foram incluídos nestes dados.
- (2) UFD – Unidades físicas dispensadas em farmácias e drogarias, isto é, caixa vendida do medicamento.
- (3) O ranking dos princípios ativos obedece ao número de UFD.
- (4) UFD foi considerada como proxy do consumo de medicamentos da Portaria SVS/MS nº 344/1998.
- (5) No ano de 2009, os medicamentos contendo sibutramina faziam parte da lista C1. Atualmente, este produto está contido na lista B2, psicotrópicos anorexígenos.
- (6) Os dados representam um universo de 2.979 (2009), 3.399 (2010) e 3.965 (2011) farmácias e drogarias sem manipulação de fórmulas farmacêuticas credenciadas no SNGPC.
- (7) Total de arquivos XML aceito pelo SNGPC foi de 129.630 (2009), 171.719 (2010) e 197.870 (2011).
- (8) A população estimada em 2009, 2010 e 2011 foi obtida no sítio eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?ibge/cnv/popuf.def>
- (9) Dados corrigidos, gerados e atualizados na última quinzena de julho de 2012.
- (10) Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa.

Fonte: Anvisa, 2019.

Essa tabela faz parte do SNGPC. O documento traz uma série de dados relativos ao comércio de medicamentos controlados no Paraná, e demonstra que os ansiolíticos Clonazepam, Fluoxetina foram as substâncias controladas mais consumidas pela população paranaense no período de 2009 a 2011. A lista traz os cinco princípios ativos mais vendidos da Portaria SVS/MS nº 344/1998¹⁶⁵ por farmácias e drogarias privadas, registrados no SNGPC, segundo Unidades da Federação (UF). Os dados estão apresentados em formulações industrializadas. Assim, em comparação com os distribuídos na rede pública, percebe-se uma diferença quanto aos mais usados. O que é mais consumido pela rede pública (Amitriptilina) nem consta na lista dos mais usados pela rede privada.¹⁶⁶

¹⁶⁵ OS cinco princípios ativos em formulações industrializadas mais consumidos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 nas Unidades da Federação (UF) em 2009, 2010 e 2011. Brasil, 2012. Portal Anvisa. 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/3412134/Tabela_PR_6_1_2012.pdf/ab892c4b-0be8-46a2-a8e3-762477bc2c14>. Acesso em: 19 mar. 2019.

¹⁶⁶ANSIOLÍTICOS são destaque em Boletim da Anvisa Portal Anvisa. 2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-

Faz-se necessário abrir aqui um parêntese para observar o seguinte ponto: os dados referentes ao aumento do consumo de psicofármacos na cidade de Virmond mostram que, por coincidência ou não, houve um grande aumento no ano que a médica Iara chegou à cidade, isto é, em 2014. Não há dados de quantos médicos havia antes da chegada dessa médica à cidade, e nem dados dos atendimentos. O que há é a entrevista com a médica, com sua fala explicando como faz o atendimento e como diagnostica seus pacientes. Diferentemente do que o DSM-III passou a pautar como modelo de diagnóstico, Iara contou que conversa com seus pacientes, procurando entender o contexto de suas vidas para um diagnóstico mais acertado. Quando questionada a respeito da depressão, fala do aumento assustador do consumo de psicofármacos em todo o mundo, e atribui esse aumento à sociedade moderna e à vida conturbada.

Variando a escala, constata-se o crescente consumo de psicofármacos, o qual, de acordo com pesquisa, não se explicaria apenas pela vida moderna mais acelerada, pelas propagandas referentes aos procedimentos médicos e medicamentos, mas também pela mudança do DSM na elaboração dos diagnósticos, quando passou a considerar menos o contexto de vida do indivíduo e a focar mais na lista de sintomas.

Continuando a variação de escalas, a seguir serão apresentadas as entrevistas com os médicos, a fim de observar as relações de poder que os médicos sofrem e exercem, seja com os pacientes, medicamentos e tratamentos. Também no intuito de saber o que eles têm a dizer acerca dos possíveis motivos desse aumento.

2.2 Relações entre saber e poder: médicos, medicamentos, tratamentos, encaminhamentos

Ao falar de região e espaço, não se pode deixar de fora a região médica que compõe o lugar de pesquisa. É preciso entender que a região móvel e mutável, como observa Albuquerque Junior, perpassa por todos os sujeitos que estão compondo esta pesquisa, desde o médico até o usuário do medicamento. Dos médicos entrevistados, a única que residia na cidade em que trabalhava era Iara. Os demais vinham das cidades vizinhas. Carlos vinha de Laranjeiras do Sul, aproximadamente vinte quilômetros de distância, e Luis também fazia um percurso para ir trabalhar. Além de atuarem no posto municipal esses médicos trabalhavam em clínicas e hospitais. Dividiam seu tempo em mudar de cidade, de trabalho e, conseqüentemente, mudar as pessoas com quem conviviam. Em todas essas relações há um espaço praticado, há relações de poder, há mudança.

Da mesma forma acontece com os usuários de psicofármacos. Se em Virmond não há psiquiatras, dentre outras especialidades, essas pessoas eventualmente se deslocam de sua cidade para as cidades vizinhas, ora Laranjeiras do Sul, ora Guarapuava, Cascavel, e em alguns casos até mesmo Curitiba, à procura de especialidades. Existe a possibilidade de essas consultas serem agendadas pelo Sistema Único de Saúde, porém, muitas dessas são por conta do usuário. Os psiquiatras em Laranjeiras do Sul acabam sendo insuficientes pela demanda que há no município e nas cidades vizinhas. Outra opção são consultas particulares, que demandam dinheiro, isto é, quem tem dinheiro pode consultar com mais rapidez, quem não tem, deve esperar uma vaga pelo SUS, programa que consegue agendar no máximo uma consulta por mês. De qualquer forma, mesmo as consultas subsidiadas pelo governo requerem deslocamento para outras cidades. Isso implica gastos, com transporte (ainda que existam meios de transporte nesses municípios que levam essas pessoas para municípios maiores), com alimentação.

Se for explicar a região médica, observa-se que essa se diferencia da região política, que por sua vez se diferencia ainda mais da região econômica. Realmente, não se pode passar uma régua ao falar de região. A região demarcada é uma, a econômica é outra, e a médica se estende por grande parte do Paraná.

Conversamos com três médicos por meio de entrevista temática, em que, após a elaboração do roteiro, foi marcado um encontro. Dois dos três médicos foram entrevistados no próprio consultório, no posto municipal de saúde. Apenas Iara pediu para que fosse em sua casa, lugar o qual julgou mais calmo, tranquilo e sem interrupções. Apesar de termos realizado as outras duas entrevistas no posto de saúde perto do meio-dia, quando as consultas terminaram, não fomos interrompidos. Os três médicos se mostraram interessados e dispostos a colaborar com a pesquisa.

Os dois primeiros médicos entrevistados ainda no ano de 2016 pareciam conhecer muito a respeito dos pacientes e da comunidade. Nem Carlos e nem Iara atendiam em consultório particular. Já Luis, o terceiro entrevistado, em 2018, além do SUS, atendia também em consultório particular. Os dois primeiros entrevistados falaram que além de atendimento no consultório do próprio posto, a equipe ainda realizava visitas domiciliares a pacientes acamados, gestantes, além de atendimento do *hiperdia*, dia que é reservado às pessoas com hipertensão. Já o último entrevistado não falou de visitas na comunidade.

Conforme Le Breton, “hoje, o arsenal de psicotrópicos coloca a emoção à disposição do sujeito”¹⁶⁷, na mesma linha, o discurso que o médico Carlos constrói acerca da medicalização fala da dependência que as pessoas estão passando a ter no dia a dia diante da medicação:

¹⁶⁷ LE BRETON, 2013, *op. cit.*, p. 56.

Parece que a única coisa que funciona na vida das pessoas é o remédio, elas querem tirar toda carga que se tem no momento, querem colocar um comprimido e querem que aquilo resolva a vida delas, e a gente não deve ser assim, a gente tem que aprender a superar os problemas sem o remédio, sempre falo aqui para os idosos, para as pessoas que vem em geral, tomar o antidepressivo tem que ser pra superar uma fase, essa fase tem que passar, e a gente tem que criar mecanismos para superar essa fase sem a medicação.¹⁶⁸

Como contou Carlos, o medicamento deve ser usado para superar uma fase difícil, pois apenas alivia os sintomas. Isso quer dizer que as pessoas deveriam procurar outras formas alternativas e não fazer o uso do medicamento para sempre. Eduardo Viana Vargas, em **Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais**, volta a atenção para a questão de que sempre existiram substâncias que produziam efeitos nos corpos. Essa perspectiva negativista a respeito de determinados tipos de substâncias, as quais foi dado o nome de drogas nem sempre existiu. O uso de substâncias muitas vezes era parte de práticas culturais.¹⁶⁹ Porém, ainda de acordo com Vargas, “O fato a destacar é que, se é em nome da saúde dos corpos que o consumo não medicamentoso de drogas é combatido, é também pelo mesmo motivo, em nome dos mesmos corpos, que o consumo medicamentoso de drogas é incitado”¹⁷⁰. Nesse sentido, há um equilíbrio? O que os médicos entrevistados pensam a respeito?

No tocante ao consumo de drogas que é incitado, o médico Carlos, acerca das pessoas que já vêm procurando um medicamento para depressão, comenta: “Todo mundo quer um comprimidinho pra resolver a vida, né?”¹⁷¹ Carlos fala da sociabilidade das pessoas ao se receitarem medicamentos, inclusive medicamentos que precisam de receitas. Carlos concorda que há, de certa forma, uma propaganda para o consumo de medicamentos, seja nos meios de comunicação, internet, ou por meio dos próprios vizinhos, conhecidos, pessoas próximas que incentivam o uso do medicamento.

Assim, fica mais fácil de entender o porquê de as pessoas já chegarem ao médico pedindo o medicamento. Ao expandir a análise e observar os vários espaços nos quais as pessoas circulam e os diferentes contatos que têm, pode-se supor algumas condições de possibilidades para que as pessoas cheguem por si só (isto é, sem a ajuda especializada) à conclusão de que precisam de medicamento. O espaço que, enquanto prática modifica o lugar e também muda o sujeito, pode ser o condicionador dessas possibilidades, ou seja, o contato

¹⁶⁸ CARLOS, 2016, *op. cit.*, p. 3.

¹⁶⁹ VARGAS, Eduardo Viana. *Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais*. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 122 – 123).

¹⁷⁰ Idem, p. 124.

¹⁷¹ CARLOS, *op. cit.*, p. 4

com outras pessoas em outros espaços, como na igreja, na reunião da escola do filho, no mercado ou na casa do vizinho, criando condições para que as pessoas conversem, troquem ideias a respeito de determinado assunto.

Carlos pontua: “a maioria das pessoas já vem com essa carta, que minha vizinha toma tal remédio, então também queria porque eu tô com a mesma coisa”¹⁷². Essa questão foi identificada também na entrevista com Iara, que comentou do tabu que é falar de depressão na sociedade. De acordo com Iara, as pessoas falam mesmo com vizinhos, pois, segundo ela, não é fácil falar da depressão, um problema de gente ‘louca’:

as pessoas têm como um tabu de ir ao médico falar que está deprimido, as doenças psiquiátricas são vistas como doenças de pessoas que ficam loucas, então as pessoas ficam com um pouco de temor de ir ao médico, e falar que está triste, que está deprimido, que tem um problema, então é um tabu falar sobre isso, então em geral o que fazem é falar com um vizinho, que é ótimo quando não fica triste, que são ótimos e tomam fluoxetina, então “você vá a doutora e fale que você quer fluoxetina, e você toma fluoxetina e você vai ficar feliz”¹⁷³

Nesse panorama, quando está “triste”, as pessoas acabam falando com pessoas próximas, com os vizinhos, que normalmente recomendam o medicamento, ou com pessoas da mesma casa ou família que já tomam o medicamento. Luís também comentou a respeito dessa situação:

Já chegam falando: “Acho que eu preciso de um remédio, sim”. Parece que conversam com um vizinho, “ah, não, eu tenho isso”, já tenta associar, né? “Acho que o que eu tenho é parecido com o vizinho” e aí vem aqui, “doutor eu preciso de um remédio”. Calma, me conta a sua história, vamos ver o que está acontecendo, “ah, tomei um remédio da vizinha e me senti melhor”, chegam até a tomar o remédio às vezes. Às vezes é só efeito placebo, né, se você der um remédio nada a ver aí um “ASzinho”, ela se sente melhor, não contando que é um AS, vai se sentir melhor, então é difícil, não é fácil as vezes.¹⁷⁴

Há vários motivos para as pessoas estarem cada vez mais falando no seu dia a dia acerca de depressão, e também estarem procurando cada vez mais por procedimentos médicos e por medicamentos. Pacientes já sabem o porquê de tomar determinado medicamento, seus efeitos colaterais, até sua dosagem. Pesquisam a todo momento na internet, veem propagandas na televisão. Segundo Carlos, “existe um ‘lobby’ muito grande das empresas no sentido de, ah se você tem tal coisa tome tal remédio, então essa imposição de tome tal remédio, se não funcionar você procura um médico”¹⁷⁵. Essa facilidade de informação por meio de propagandas de indústrias farmacêuticas a respeito de determinado problema entra em outra questão que

¹⁷² Idem, p. 3.

¹⁷³ IARA, 2016, *op. cit.*, p. 6.

¹⁷⁴ LUIS, 2018, *op. cit.* p. 3.

¹⁷⁵ CARLOS, 2016, *op. cit.*, p. 3.

também pode refletir no aumento do consumo de medicamentos e conseqüentemente na medicalização da sociedade, que é a automedicação. De acordo com Conrad,

A automedicalização dos indivíduos está se tornando cada vez mais comum, com os pacientes levando seus problemas aos médicos e, muitas vezes, pedindo diretamente por uma solução médica específica. Um exemplo proeminente disso tem sido a crescente medicalização da infelicidade (Shaw e Woodward, 2004) e o tratamento expansivo com antidepressivos. Grupos de consumidores sem fins lucrativos como o CHADD, a Aliança Nacional para Doentes Mentais (NAMI) e a Human Growth Foundation tornaram-se fortes apoiantes de tratamentos médicos para os problemas humanos que advogam¹⁷⁶.

Por meio de trocas de experiências, as pessoas conversam de seus problemas e procuram soluções. Nos diferentes espaços essa troca é feita, seja na sala de espera para a consulta, no mercado, na igreja, ou tomando o chimarrão com o vizinho. A informação adquirida em meios de comunicação ganha força ao ser socializada nos diferentes espaços que compõem a sociedade. De acordo com Iara, essa troca de experiência entre as pessoas, em que vizinhos e/ou pessoas próximas receitam os medicamentos, também faz com que dividam o medicamento, já que se trata de um controlado que se consegue apenas com receita:

[...] tem pessoas que ficam deprimidas em uma casa, e por exemplo tomam uma medicação, a mais frequente que tomam é fluoxetina, é a mais frequente, e para dormir diasepan e amitril, então na mesma casa tem uma tia ou tem uma vovó que tomam essa medicação, então eles vão ao posto pedir essa medicação que tomam algum membro da família...¹⁷⁷.

É uma corrente construída, tanto por pessoas conhecidas, pela internet, televisão, pessoas famosas. Enfim, são vários os mecanismos sociais que impulsionam as pessoas a procurarem por medicamentos. Por exemplo, no ano de 2014, Virmond teve um salto na distribuição de antidepressivos, data essa que coincide com a chegada do programa *Mais Médicos*. Mesmo que o aumento no referido ano tenha relação com o início do programa, isso não se explica totalmente, já que nos outros históricos das outras cidades houve um aumento gradual também, em todos os anos. Pode ser uma hipótese, já que com uma cobertura maior de pessoas, possibilitada pelo programa, há conseqüentemente mais procedimentos médicos que coincidem com o aumento. Ao questionar os outros dois médicos se teriam notado um aumento no consumo na cidade, Luís responde:

Assim, eu não consigo, Jessica, afirmar que aumentou, eu sei que tem, o uso de antidepressivo é grande, entendeu? Talvez, talvez a gente tenta às vezes conversar

¹⁷⁶CONRAD, 2007, *op. cit.*, p. 139. Tradução nossa: "Individuals' self-medicalization is becoming increasingly common, with patients taking their troubles to physicians and often asking directly for a specific medical solution. A prominent example of this has been the increasing medicalization of unhappiness (Shaw and Woodward, 2004) and expansive treatment with antidepressants. Nonprofit consumer groups like CHADD, the National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), and the Human Growth Foundation have become strong supporters for medical treatments for the human problems for which they advocate".

¹⁷⁷IARA, 2016, *op. cit.*, p. 7.

com o paciente, “desmamar”, olha, já tentou, vamos diminuindo a dose e tal, “doutor eu já tentei e não consegui”, talvez Jessica, se a gente tivesse mais profissionais na área de psicologia, pra dar uma atenção maior, pra esse tipo de caso e tal, veja que talvez a gente conseguisse eliminar uma boa parte, entendeu, mas teria que ter um serviço contínuo, aumentar o número de profissionais, acho que a quantidade que tem aqui, não só aqui, toda cidade, é pequeno, talvez se a gente aumentasse o número e desse mais atenção a gente conseguisse diminuir o antidepressivo.¹⁷⁸

Luís demonstra a necessidade de encaminhamento dessas pessoas para uma análise, para acompanhamento com psicólogos, alusão ao primeiro capítulo, que discorre acerca do que a Psicologia discute a respeito da crescente medicalização; há um consenso quanto à importância da terapia como tratamento para tentar diminuir o uso de medicamentos, ou até mesmo nem precisar tomá-los. Carlos comenta acerca desse aumento: “assim, nos últimos, assim, já durante a faculdade, a gente vai acompanhando, já tem um uso muito grande assim, e, conforme o tempo vai passando parece que as pessoas estão mais e mais usando esse tipo de medicação”¹⁷⁹.

Observa-se exatamente esse aspecto nos gráficos anteriormente mostrados (GRÁFICOS 3, 4 e 5). Nas outras cidades estudadas, os dados são a partir de 2014, sendo assim não há como saber qual foi a média do ano anterior. O que se pode analisar é que 2014, na cidade de Marquinho (GRÁFICO 5), foi o ano em que houve a maior distribuição de psicofármacos; enquanto em Laranjeiras do Sul (GRÁFICO 3), 2014 teve o menor índice de dispensação do medicamento antidepressivo. Pode-se levar em consideração que os números de 2014 em Laranjeiras do Sul (GRÁFICO 3) são baixos, pelo motivo que foi o ano de implantação desse programa de registrar os medicamentos dispensados. Com base nas informações obtidas por meio das entrevistas e dos dados quantitativos, infere-se que a depressão está se tornando cada vez mais falada, mais sentida, mais medicada, fazendo parte do espaço social.

Outro ponto de total relevância e que foi citado pelos médicos é a questão dos idosos. De acordo com os médicos, muitos idosos tomam antidepressivos atualmente, mesmo sendo contraindicado para idosos. Segundo Carlos, isso se deve em grande parte à solidão encontrada por eles nessa fase da vida, em razão de que os filhos criados moram longe, muitas vezes. De acordo com Carlos, a maioria dos jovens vai para fora estudar e não volta mais por causa da falta de oportunidades na cidade. Os idosos que ficam sozinhos vão ao posto de saúde periodicamente, para conversar:

Eles não precisam tanto de medicação, eles precisam de alguém pra conversar, que aqui, querendo ou não, Virmond tem muito pouca opção pros adolescentes, pros jovens. Então, acaba-se que os jovens vão pra outras cidades trabalhar, e os idosos acabam ficando sem ninguém pra conversar, eles vem aqui bastante conversar com a gente, mais do que querer uma medicação, eles querem atenção pra conversar.¹⁸⁰

¹⁷⁸ LUIS, 2018, *op. cit.*, p.4.

¹⁷⁹ CARLOS, 2016, *op. cit.*, p. 4.

¹⁸⁰ Idem, p. 4.

A tristeza enfrentada por eles, muitas vezes, não é apenas porque pessoas próximas, por várias razões, tiveram que ir embora. A tristeza muitas vezes se dá pela própria condição de velhice, aproximação com a morte. De acordo com Norbert Elias¹⁸¹, a morte, nos dias de hoje, tornou-se algo anormal. Hoje, paga-se a pessoas estranhas para que lidem com os corpos sem vida dos entes queridos. As crianças, por exemplo, não têm contato com a morte, isto é, são privadas dessa experiência.

Os idosos são muitas vezes excluídos da vida social. As pessoas não se importam tanto com eles e não fazem mais questão de se relacionar, pois seus sentimentos já não são mais tão calorosos como outrora. Além do mais, a doença assusta. A morte se aproxima. Por outro lado, o idoso continua vivo, continua precisando de contatos sociais, de afeto, de pessoas que escutem o que eles têm a dizer e que se preocupem com eles. Por essa razão é que se percebe na fala dos médicos entrevistados essa necessidade de um convívio afetuoso que atinja aos idosos. Conforme Carlos:

Os idosos são os mais carentes, porque eles, então, veja bem, a parte psicológica deles, eles foram pessoas produtivas, muitas vezes já foram chefes de família e tal, vão chegando com certa idade e não conseguem mais desenvolver o que desenvolviam, trabalhar, devido a idade mesmo, doenças crônicas da idade e tal, eles vão se sentindo à parte e muitas vezes nós vamos na correria do dia-a-dia, do trabalho e tal, a gente não dá valor, eles ficam lá quietinhos na deles, então isso, com o tempo, né, as pessoas vão se sentindo “inúteis”, não se sentem mais úteis, vamos usar assim melhor e com o tempo isso vai incomodando e tem algumas pessoas que pedem, muitas vezes tem que pedir pros filhos trazerem. Outra coisa que incomoda eles, eles não gostam de ficar atrapalhando os mais novos e tal, então tudo pra eles é “ah, vou atrapalhar vocês, me leve lá e tal”, e tem uns que vem geralmente pra bater mais um papo, vem aqui mais pra desabafar do que pra outra coisa.¹⁸²

Os médicos falaram ainda que muitos não têm doença alguma, vão ao médico periodicamente apenas para conversar. Esse espaço do posto de saúde mais uma vez é então modificado pelos sujeitos, funcionando como um espaço de resistência ao isolamento, um meio dos idosos, por exemplo, manterem seu convívio social. Taticamente então, se cria um espaço de sociabilidade sobre um espaço medicalizado.

Dos médicos entrevistados, Iara foi a que se mostrou mais envolvida com seus pacientes, já que trabalha o dia todo na instituição, sendo a médica que passa mais tempo no local. Os outros médicos entrevistados apenas responderam ao roteiro da entrevista de forma mais

¹⁸¹ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

¹⁸²CARLOS, 2016, op. cit.

técnica. Mas como se relacionam os médicos com os pacientes nesse sentido? Iara ao falar de seus pacientes mostrou intimidade e propriedade:

Virmond é um município muito pequeno e neste momento deve ter aproximadamente 4 mil habitantes, e o posto é um posto com condições ótimas, muito legais, e eu em verdade, já conheço toda a população e trabalho no posto com consultas agendadas, e, depois de perto de três anos em Virmond, eu conheço todos os problemas da população e os problemas que acontecem nas casas de Virmond, por isso eu posso ficar no posto olhando tudo que chega com consultas agendadas, entende o que estou falando? Eu já sei quem é hipertenso, quem tem diabetes, quem fica, é, com problemas de alcoolismo, quem fica com risco de tudo, com depressão, por exemplo, entende? Então, esse meu trabalho aqui eu conheço a minha comunidade, quantos diabéticos eu tenho, conheço os hipertensos, conheço os adolescentes, tem os meninos da escola, da creche [...]¹⁸³

Diante do exposto, percebe-se que a médica tem uma relação de proximidade para com os seus pacientes, o que dá a ela efeitos de poder, pois se trata de uma médica que faz parte do cotidiano das pessoas. Iara é cubana. De acordo com uma publicação no Caderno de Saúde pública que investigou, **A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**, a implementação do *Programa Mais Médicos*.

foi marcada pela forte resistência da corporação médica. A polêmica corporativa sobre a participação de médicos estrangeiros, especialmente os cubanos, envolveu, além de aspectos relacionados ao mercado de trabalho e formação, questionamentos quanto à abrangência e aos escopos das práticas desses profissionais. Questionava-se a qualidade da formação médica cubana para cumprir com a complexidade das ações exigidas para atuação na atenção básica no SUS¹⁸⁴.

Nos últimos anos, verificam-se muitos mitos a respeito da formação de médicos cubanos. Um desses mitos está relacionado com o período de formação desses profissionais. Assim como no Brasil, em Cuba, para se formar em Medicina, são necessários seis anos. De acordo com alguns médicos brasileiros que se formaram em Cuba, do ponto de vista curricular, o curso em Cuba não se difere muito do brasileiro, como ressalta Augusto¹⁸⁵:

Os dois primeiros anos trabalham com as ciências médicas. Estudamos fisiologia humana, anatomia humana e desde o primeiro ano temos contato com os postos de saúde. Quando somos distribuídos para as universidades, vivenciamos o sistema público de saúde. Comparado com o Brasil, o nível teórico é igual, mas o nível de prática é maior¹⁸⁶.

¹⁸³ IARA, 2016, *op. cit.*, p. 4.

¹⁸⁴ FRANCO, Cassiano Mendes *et al.* **A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública 2018; 34(9). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00102917.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

¹⁸⁵ Brasileiro formado em Cuba entrevistado pelo Blog “Pragmatismo político”. JUNIOR, José Coutinho. **Brasileiros formados em Cuba destacam rompimento com a "ditadura do dinheiro Pragmatismo Político**. 2013. Disponível em: <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/08/brasileiros-formados-em-cuba-destacam-rompimento-com-a-ditadura-do-dinheiro.html>>. Acesso em: 2 abr. 2019

¹⁸⁶ Idem.

Apesar de um estudo mostrar compatibilidade em 90% entre os cursos no Brasil e Cuba, a principal diferença é a concepção de Saúde e Medicina adotada pelos médicos ainda na formação. De acordo com Augusto:

O curso brasileiro é voltado para as altas especialidades. Tem essa lógica de que você faz medicina, entra numa residência e se especializa. Já em Cuba o curso se volta à atenção primária de saúde, para entendermos a lógica de prevenção das doenças e o tratamento das enfermidades que as comunidades possam vir a ter¹⁸⁷.

Conhecer a comunidade faz parte da formação de médicos, em Cuba, isto é, é um paradigma de Medicina ensinado em Cuba, o qual destoa um pouco da formação do Brasil. A formação, ligando com o fato de a médica ter que refazer a sua vida em um novo lugar, explica essas relações de poder e o modo como ela se mostra mais próxima da comunidade do que os outros médicos entrevistados.

Nessa perspectiva, não é possível entender relações de poder como algo pejorativo, pois, mesmo que o poder tenha influência e controle dos corpos, “possui eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. E é justamente esse aspecto que explica o fato de que tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo”¹⁸⁸. Há necessidade de um controle social para a sociedade funcionar, e esse controle pode se manifestar

[...] na forma como as expectativas médicas estabelecem os limites para o comportamento e o bem-estar, além de como as normas médicas orientam o comportamento. Basta pensar em como um diagnóstico como a síndrome alcoólica fetal (E. Armstrong, 2003) mudou o comportamento das mulheres grávidas ou a opinião das pessoas sobre mulheres grávidas que bebem até mesmo uma taça de vinho.¹⁸⁹

Iara diz sentir-se triste quando pensa que terá um dia que regressar a Cuba sem poder voltar, pois diz que sentirá falta das pessoas com quem convive aqui no Brasil. Katryn Woodward comenta que a identidade é marcada por meio de símbolos, por meio de coisas que as pessoas usam, que os fazem ter aquela identidade e pertencer àquele grupo. Para a construção de uma identidade, depende do outro, do diferente, que vai dizer que tem determinada

¹⁸⁷ Idem.

¹⁸⁸ FOUCAULT, 1979, *op. cit.*, p. XVI.

¹⁸⁹ CONRAD, 2007, *op. cit.*, p. 151. Tradução nossa: “This control is manifested in how medical expectations set the boundaries for behavior and wellbeing as well as how medical norms guide behavior. One need only think of how a diagnosis like fetal alcohol syndrome (E. ARMSTRONG, 2003) has changed the behavior of pregnant women or people’s views of pregnant women who drink even a single glass of wine”..

identidade porque não tem a do outro. “As identidades são fabricadas por meio da marcação da diferença”¹⁹⁰ Cada identidade construída tem uma subjetividade. De acordo com Woodward:

Subjetividade sugere a compreensão que temos sobre o nosso eu [...] envolve nossos pensamentos e sentimentos mais pessoais. Entretanto, nós vivemos nossa subjetividade em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade.¹⁹¹

Dessa forma, a identidade existe por meio da subjetividade. E na subjetividade há ideais, paixões, objetivos, uma essência que só faz parte de quem a vive. A subjetividade é intrínseca, porém, há muito do externo nela. No decorrer da vida, o conjunto de experiências ajuda a nos tornar o que somos. As várias experiências definem, dão formas, norteiam. Iara certamente não é alheia a essa experiência, assim como os outros entrevistados também não são.

Pode-se constatar por meio da fala da médica a criação de uma identidade, na qual ela se vê como parte dessa região. Na entrevista a médica muitas vezes age também como “psicóloga”, no sentido que, de acordo com o que contou, de um modo geral, os pacientes sentem-se à vontade para contar-lhe a respeito de suas angústias, seus medos e suas tristezas. Durante a entrevista, ela ressalta a importância da boa relação com o paciente para que esse fique à vontade na hora de falar de seus problemas:

[...] em geral, eu moro em um povo muito pequeno, as pessoas já me conhecem, e eu tenho uma estreita relação com os adolescentes, com as crianças, com as pessoas do povo, e criamos uma amizade entre eles e eu, de tal forma que eles têm confiança na doutora, entende? E no momento em que fiquem tristes, fiquem com algum problema, não sou uma doutora somente para gripe, para asma, para bronquite, para diabetes ou hipertensão, as pessoas tem confiança para falar com a doutora de outra língua, e eu trato com a minha linguagem, que eles me entendem, entende Jessi? De tal forma que não precisam de medicação, eu só indico medicação quando eu sei que já está triste, essa depressão não adianta com falar, e para isso temos psicólogo, e o psicólogo está para falar com a pessoa quando eu vejo que não adianta comigo, eu encaminho para psicólogo, e se não adianta para o psicólogo, encaminho para o psiquiatra.¹⁹²

Iara fala da confusão entre tristeza normal (luto, problemas) com a tristeza patológica (que atrapalharia a vida da pessoa, podendo levá-la ao suicídio). Sua narrativa conta do trabalho em diagnosticar da melhor forma, atendendo da melhor forma, encaminhando para psicólogos e psiquiatras, conversando com as pessoas para fazê-las entender que é importante falar de seus problemas, e não apenas tomar medicamentos desenfreados para dormir, acordar, tornando-se um robô. Quando questionada de como é feito o diagnóstico, Iara afirma:

O que acontece com a depressão, a depressão é de várias formas. Tem a depressão que é normal, e uma depressão que não, já quando o paciente tem sintomas psicóticos, a pessoa já não se comporta, não tem um comportamento normal, em geral, uma

¹⁹⁰WOODWARD, Katryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 40.

¹⁹¹ Idem, p. 55-56.

¹⁹² IARA, 2016, *op. cit.*, p. 6.

depressão normal os pacientes se sentem deprimidos, perdem o interesse, querem ficar deitados, se sentem fatigados, e não querem prestar atenção a nada, a autoestima e a confiança estão muito baixas. Já quando a pessoa fica por muito tempo com esses sintomas e tem na cabeça outras ideias, como o suicídio, já isso não é uma depressão normal, entendes? Uma depressão normal pode ser pela perda de um familiar, os adolescentes muito frequentemente quando tem muitas tarefas da escola, problemas em casa de mãe e pai, problemas de divórcio, quando ficam com muitas atividades os adolescentes ficam muito deprimidos, quando o adolescente não cumpre suas expectativas, não sei se me entende Jessi?¹⁹³

A médica preocupou-se em contar acerca dos tipos de depressão, a patológica e a normal. Depressão patológica é aquela que vem sem nenhum motivo aparente. Já a normal é a que tem um motivo, um fator estressor, como a médica exemplificou, uma perda familiar, problemas em casa ou um relacionamento que termina, em que as pessoas têm que superar naturalmente. Pode tornar-se um problema quando a pessoa fica deprimida por muito tempo. De acordo com a médica, “a pessoa precisa de um especialista, de um psiquiatra, e precisa de medicação”¹⁹⁴.

Como apresentado no primeiro capítulo, com o DSM-III os diagnósticos referentes à depressão passaram a ser feitos com base em nove sintomas, dos quais, se a pessoa tivesse cinco deles, excluindo o luto, por determinado período, poderia ser diagnosticada com depressão. A crítica feita a esse modelo de diagnóstico que se repetiu no DSM-IV e DSM-V foi que ele acabava por não levar em consideração o contexto social em que o paciente se inseria. Isso tudo contribuiu para a confusão entre tristeza normal e patológica. Ao entrevistar todos os médicos, foi-lhes questionado a respeito do modelo de diagnóstico feito, Carlos respondeu:

Bom, o diagnóstico em si ele segue alguns critérios, né, que são definidos assim, que a gente tem duas fontes principais, é claro, as vezes tem os livros né, que a gente segue, mas em geral a gente segue o CID-10 e o, a Associação Americana de Psiquiatria, né, que eles tem também os eixos de diagnóstico, né, a depressão em si ela, o diagnóstico é muito complexo assim, porque é muito, é muito pouco a gente falar assim, a pessoa tá triste e tal, ela tá com depressão, então a gente acaba seguindo alguns critérios, pelo menos tem um mês que tá com o quadro, que tá com falta de vontade de fazer as coisas, perdeu o interesse naquilo que era interessante, perdeu a vontade de fazer as coisas, perder... assim, como posso te falar...a pessoa assim perde o interesse pela vida, sabe, nada mais tá bom, tudo tá triste, tudo tá com uma cor cinza, então, assim, a gente acaba usando esses critérios, é, tristeza, choro fácil por qualquer coisa, é claro, nisso a gente exclui bastante o luto né¹⁹⁵.

A Classificação Interna de Doenças, o chamado CID, atualmente em sua 10ª edição, é o manual usado pelo Sistema Único de Saúde para a consulta de doenças mentais, e foi elaborado pela OMS, enquanto o DSM, que se encontra em sua versão V, é o manual que descreve mais detalhadamente as doenças mentais. Apesar de haver algumas diferenças, ambos

¹⁹³ Idem, p. 5.

¹⁹⁴ Idem, p. 5.

¹⁹⁵ CARLOS, 2016, *op. cit.*, p. 2/3.

são muito semelhantes e auxiliam no diagnóstico de doenças mentais. Iara, quando questionada a respeito dos diagnósticos, mostrou-se preocupada em estar próxima aos pacientes, para que esses se sentissem confortáveis para falar de seus problemas e assim fazer o diagnóstico da melhor forma, ressaltando que deve haver uma boa relação entre pacientes e médicos. De acordo com Iara, “os pacientes precisam ter uma relação muito íntima com outra pessoa para poder falar, então o médico, não precisa ser o psiquiatra, tem que lograr uma relação, uma comunicação com essa pessoa, para que essa pessoa possa falar o que sente”.¹⁹⁶

No próximo item do trabalho, pretende-se analisar o que os pacientes têm a dizer a respeito do uso de medicamentos, da relação para com os médicos, com a doença, enfim, quais discursos que criaram para dar sentido às suas experiências.

2.3 Pacientes: trajetórias e sentidos dados às experiências

Contrapondo as entrevistas dos médicos, foram entrevistadas também pessoas que fazem o uso de psicofármacos, como Eduardo, Clara, Olga, Ana e Letícia, já descritos na Introdução. Todos os entrevistados se mostraram receptivos na primeira abordagem feita e no momento da entrevista. Na entrevista com Clara e Olga, o chimarrão se fez presente, e tirando o fato de que havia um gravador ligado, foi quase que como uma conversa de uma visita qualquer.

Na primeira entrevista, com Clara, já em fim de tarde, esperei alguns minutos que ela terminasse de organizar a ordenha do leite e voltar para a casa, enquanto o restante da família ficou no lugar em que o leite é ordenhado. Quando começamos, Clara se mostrou um pouco nervosa e disse que não sabia muito bem o que falar. Disse a ela que poderia falar do que quisesse e que estávamos tendo uma conversa.

Com o passar dos minutos, Clara ficou mais tranquila e pareceu esquecer que havia um gravador ligado. A conversa ficou mais espontânea. Nessa primeira entrevista, Clara falou pouco a respeito de sua infância e de sua vida antes do casamento. Depois de falar de sua vida, esperava que eu retomasse os pontos do roteiro. Essa entrevista teve a duração de 9m25. Quando encerramos a entrevista, Clara continuou a falar de seu problema. Continuamos a tomar chimarrão e dessa vez ela contou detalhes importantes de antes do seu casamento, e também de seu casamento. No primeiro momento, pensei em pegar o gravador e gravar tudo o que ela estava falando, porém não se faz isso durante uma conversa de coisas íntimas. Clara contava como se quisesse fazer um desabafo a uma pessoa que considera. Então, apenas continuamos a roda de chimarrão e conversamos por mais algum tempo.

¹⁹⁶ IARA, 2016, *op. cit.*, p. 5-6.

Ao digitar a entrevista de Clara, não conseguíamos parar de pensar nos pontos da conversa que não haviam sido gravados, mas que eram de grande relevância. Foi quando procuramos entrar em contato com Clara para tentar uma nova entrevista. A segunda entrevista teve uma duração de mais de vinte minutos. Também no fim de tarde, Clara, que já sabia exatamente qual era o ponto de nosso interesse, começou a falar de sua vida, fragmentos da infância e também de antes do casamento.

A entrevista de Olga foi realizada no início da noite, em sua casa, onde fomos recebidos muito bem. Sua entrevista teve uma duração de quase dez minutos. Seu marido e filho de cinco anos estavam presentes, e enquanto conversávamos, ambos ficaram em outro cômodo. Olga falou de sua infância e vida antes do casamento, também não falou muito do assunto. Esperava o próximo ponto do roteiro e respondia rapidamente. Verificamos a necessidade de fazer uma nova entrevista com um roteiro mais pontual a respeito do tema.

A entrevista de Eduardo também aconteceu no final da tarde, e, assim como Olga, respondeu brevemente aos pontos do roteiro, deixando transparecer ainda menos detalhes e intimidade acerca da sua necessidade de medicalização. Eduardo foi o único homem que conseguimos para a realização de entrevistas, e foi o que menos falou acerca de todos os pontos.

Passados alguns meses, realizamos mais duas entrevistas, procurando outros marcadores sociais para melhor contrastar com as análises que já tínhamos. Entrevistamos Ana e Letícia, ambas com vários pontos em comum. As duas são professoras da rede estadual de ensino, e as duas, embora hoje estejam casadas, ficaram viúvas, tendo que lidar com o processo de luto em decorrência dessa vivência.

Anteriormente verificamos a médica Iara discorrendo acerca da importância da boa relação para com os pacientes. Essa questão agora será analisada vista do outro lado. Quando entrevistamos Eduardo, ele nos relatou que não está frequentando psicólogo ou psiquiatra. Aliás, no momento da entrevista, nenhum de nossos entrevistados frequentava psicólogos ou psiquiatras, embora fizessem o uso dos medicamentos controlados.

Eduardo nos disse que se sente mais à vontade para falar com o clínico-geral, já que psicólogos e psiquiatras são mais difíceis de serem contatados. Ao se referir ao clínico, Eduardo diz: “ele é muito solícito, ele ajuda muito, é muito atencioso, prestativo, sempre tá perguntando pra alguém, algum familiar que vai lá, principalmente minha esposa, ele pergunta como é que tá, que é pra eu ir lá, pra eu me consultar tal dia, ele é bem joia”¹⁹⁷.

Como pudemos perceber na fala anterior, Eduardo gosta do atendimento do clínico. Os clínicos são os médicos que estão diariamente acessíveis, facilitando o atendimento e o convívio

¹⁹⁷EDUARDO, 2018b, *op. cit.*, p. 1.

com o paciente. Essa questão pode explicar a grande afinidade que Iara demonstrou ao nos falar de seus pacientes. O clínico encaminha apenas os casos mais extremos e parece fazer o papel de psicólogo, como nos disse Eduardo, referindo-se ao seu caso. Eduardo faz um apontamento acerca da necessidade desses profissionais e descreve como foi o seu encaminhamento:

Primeiro, quando eu fui atrás de ajuda médica, eu fui à psicóloga, ela começou a me fazer um tratamento, um acompanhamento no caso e ela me encaminhou para um clínico geral, primeiro, antes de ir para o psiquiatra. Fui ao clínico geral que era o Luis¹⁹⁸, e ele de cara, a psicóloga já tinha mandado um relatório do meu perfil psicológico e ele já me receitou o medicamento, em um primeiro momento ele me receitou Fluoxetina, mais fraco, e disse pra que eu fizesse um acompanhamento com ele para eu poder ir ao psiquiatra. Eu continuo fazendo tratamento, a cada quinze ou vinte dias eu vou ao médico, me consultar com ele, a cada quinze ou vinte dias eu vou à psicóloga e eu fui uma vez ao psiquiatra, mas só para me receitar um medicamento mais específico para o meu diagnóstico.¹⁹⁹

Eduardo diz que fora apenas em uma consulta com o psiquiatra, só para que esse receitasse mais especificamente o medicamento. Dessa forma, podemos perceber que Eduardo não se refere ao psiquiatra como alguém necessário a ele para fazer um acompanhamento psicológico mais próximo, com mais atendimentos. De acordo com Eduardo, sua consulta foi particular: “[...] eu preferi que fosse particular, porque senão eu teria que entrar em uma fila muito grande com a ASSISCOP e ia demorar muito tempo e como o meu caso era mais urgente eu preferi pagar uma consulta”²⁰⁰. Em seguida, Eduardo conta que continua a conversar com Luis, o clínico geral, sempre que necessário, e que preferiu ele à psicóloga:

Eu continuo indo ao clínico geral aqui em Virmond e geralmente o atendimento é feito só por ele, dificilmente ele encaminha para um psiquiatra, só se ele ver que o caso é bem mais sério, mas em geral, aqui em Virmond, ele é o único médico que receita esse tipo de medicamento para problema psicológico, é ele que faz os acompanhamentos para a população em geral e também com a psicóloga da clínica, que é da prefeitura.²⁰¹

Juntamente com os equívocos, confundindo tristeza normal com tristeza patológica, prescrição de medicamentos sem um acompanhamento psicológico, há a falta ou insuficiência de psicólogos e psiquiatras. Como pôde ser observado anteriormente nos dados quantitativos acerca do número de psicólogos e psiquiatras na região, na fala dos médicos e agora na fala de Eduardo, muitas vezes os próprios clínicos acabam fazendo o papel de psicólogos e psiquiatras, uma vez que são poucos profissionais que estão atuando nessa área pela rede pública. Apesar do atendimento e do número de profissionais ter aumentado constatou-se uma melhora nessa área, principalmente depois da reforma psiquiátrica, em que ainda se percebe uma carência desses profissionais.

¹⁹⁸ Médico entrevistado, o qual usamos o codinome de Luis.

¹⁹⁹ EDUARDO. *op. cit.*, 2018b, p. 1.

²⁰⁰ Idem, p. 1

²⁰¹ Idem, p.1.

Clara também conta que ao sentir-se mal, com fortes dores no peito, procurou um cardiologista, que, após exames, a encaminhou para um psicólogo. Mais tarde Clara teria se consultado com um psiquiatra, o qual disse que ela teria que tomar remédios por um bom tempo. Durante a entrevista, percebemos que a entrevistada aos poucos foi se soltando e, emocionada, compartilhou mais a fundo seu modo de vida. Clara não frequenta um psicólogo, foi indicada apenas àquela vez.²⁰²

Por sua vez, Olga, ao ser questionada como teria começado a tomar os psicofármacos, nos descreveu a seguinte situação:

Eu andava muito irritada e por qualquer coisinha eu chorava, não podiam falar comigo que eu começava a chorar. Aí eu nem lembro qual foi o doutor que me passou o primeiro, que ele falou que era o que eu tinha que tomar um antidepressivo por que eu estava ficando muito nervosa e tal, aí eu comecei a tomar fluoxetina, por um período de um ano e pouco, tava tranquilo aí depois ela já não me fazia efeito, eu não chorava, mas andava muito irritada, qualquer coisinha pra mim já era, tipo, de um fio eu já fazia um novelo de lã.²⁰³

Na fala de Olga podemos perceber que ela também consultou o médico clínico-geral. Quando questionamos como teria ido consultar, se alguém teria sugerido o consumo de psicofármacos, Olga disse que tudo começou quando ela começou a trabalhar no posto de saúde, que foi consultar porque estava muito estressada, e que a ideia não partira dela mesma, e sim de uma colega de trabalho, que sugeriu que ela precisaria consultar: “a K. me falou que eu precisava consultar um médico porque eu estava muito estressada, não foi sozinha, foi por orientação[...]”²⁰⁴. Percebemos então que Olga consultou por recomendação de outra pessoa.

A mesma coisa podemos perceber na entrevista de Letícia que nos conta que se consultou com um psiquiatra por recomendação de sua irmã e sua cunhada:

Logo que o meu primeiro marido morreu, o pai do A., ele (psiquiatra) receitou como se fosse um tratamento para o luto, mas eu não aceitei o medicamento e não tomava, fiquei um ano, o meu luto era o de não aceitação, fiquei um ano sem aceitar que eu estava em luto e que eu precisava de medicamento.

Nesse trecho, verificamos como a entrevistada significou a necessidade do uso de medicamento, embora, segundo ela, não o tenha feito logo que ficou viúva. Deveras, o luto é um forte motivo para sentir uma tristeza profunda, isto é, pode ser considerado como um fato que faz parte das relações humanas, e não necessariamente tenha que ser medicalizado. Como podemos perceber na fala de Letícia, o psiquiatra receitou como sendo um “tratamento para o luto”. Ressaltamos mais uma vez que não estamos julgando quem precisa ou não do

²⁰² CLARA, 2018a. *op. cit.*

²⁰³ OLGA, 2018, *op. cit.*

²⁰⁴ Idem, p. 3.

medicamento, a análise é a respeito da naturalização da medicalização da tristeza cotidiana. Ao que parece com as falas de Letícia, hoje ela tem naturalizado em si que realmente a situação era passível de tratamento medicamentoso.

Eduardo também não consultou por iniciativa própria. De acordo com ele, seria sua esposa que o teria obrigado a ir ao médico, e depois de muito relutar ele acabou aceitando²⁰⁵. Como podemos observar na entrevista de Eduardo, ele resolveu se consultar novamente com o clínico geral, depois de, segundo ele, não estar conseguindo remarcar com a psicóloga que o atendeu em outras vezes:

[...] ela me deixou, ela decidiu, não que ela decidiu, a gente tentou varias vezes entrar em contato com ela para que ela remarcasse as minhas consultas, ela diz sempre que vai entrar em contato, que ela precisa achar um horário na agenda e fica por isso, aí a gente não teve mais contato, então não faço acompanhamento com a psicóloga já há dois meses, porque simplesmente ela não deu mais satisfação, a gente procura e ela não tem horário e fica nisso, daí decidi que com ela não vou mais atrás [...].²⁰⁶

Não sabemos por qual o motivo a psicóloga não o atende mais, mas que se tratando de psicóloga individual ela era a única atendendo no município à época da entrevista. Pode ser então que a sobrecarga de pacientes tenha resultado nessa impossibilidade de agendamentos de terapia. Quando questionamos Eduardo acerca de seus sintomas, ele se descreveu sofrendo com “Mudança de humor muito brusca e agressividade em momentos que não cabia. Explosões de raiva repentinas”²⁰⁷. É válido lembrar que o diagnóstico desse usuário de psicofármaco (por ele mesmo) foi de transtorno bipolar e transtorno explosivo intermitente. Já os sintomas de Clara, ela disse que sentia muitas dores no peito, o que fez com que procurasse primeiramente um cardiologista. Dentre outros sintomas que Clara descreveu, estão presentes muita ansiedade, preocupação, tremedeira no corpo:

eu tenho muita ansiedade, se... qualquer coisa, ansiedade de que amanhã eu tenho que levantar ligeiro, que eu tenho que ordenhar as vacas, porque eu tenho que molhar a horta, que eu tenho que sair, que eu tenho que preparar as crianças, aquela ansiedade começa hoje, pra amanhã e amanhã já começa a do outro dia e assim direto, se eu não tomar é pior, dá uma angustia, uma ansiedade, uma tremedeira no corpo²⁰⁸.

Como pudemos perceber, irritabilidade faz parte dos sintomas descritos por nossos entrevistados. Olga e Eduardo foram se consultar com a sugestão de uma outra pessoa. Não falaram se essas pessoas lhes disseram que deveriam tomar algum tipo de medicamento, mas mesmo assim constatamos as interações sociais presentes na medicalização da sociedade.

²⁰⁵ EDUARDO, 2018a, *op. cit.*, p. 1

²⁰⁶ EDUARDO, 2018b, *op. cit.*, p 1-2.

²⁰⁷ EDUARDO 2018a, *op. cit.*, p. 2.

²⁰⁸ CLARA, 2018a, *op. cit.*, p. 3.

Tratando-se dos sintomas descritos por Ana, quando questionada quais seriam os sintomas que sentia ao começar a tomar o medicamento, ela disse que sentia “Dores muito forte no peito, insônia, ansiedade²⁰⁹”, e ela atribuiu esses sintomas a “estresse, depressão... Muito trabalho aliado a problemas familiares”²¹⁰. Como comentado anteriormente, Ana passou por uma viuvez, mas, de acordo com ela, não foi logo após esse período que passou a fazer o uso de remédios controlados. Hoje, Ana diz não fazer mais o uso, mas, segundo ela houve vários períodos em que teve que recorrer aos controlados:

[...] a última vez que tomei, foram por quatro meses, estava sobrecarregada de trabalho e meu irmão mais velho passou por um problema gravíssimo, com uma cirurgia que não foi bem sucedida e provável erro médico, e na sequência, a dificuldade de uma vaga em um hospital capacitado para reverter a situação e os laudos médicos que diziam que dificilmente sobreviveria ao novo procedimento (sendo que dois médicos anteriores já tinham dito que não havia o que fazer). Foram poucos dias, mas muito intensos porque fui eu que estava acompanhando no hospital, além da família dele que não sabia da gravidade naquele momento, e que quando terminou a cirurgia a que foi submetida eu não conseguia nem lembrar onde estava meu caro – tinha deixado em outro hospital, no outro dia não consegui levantar de tanta dor no peito²¹¹.

De acordo com Ana, essa dor no peito a acompanhou por muito tempo, desde que ficou viúva, e muitos anos mais. Depois de fazer exames, descobriu que a dor era em decorrência do que havia passado, e sempre que passava por um momento difícil a dor voltava. Letícia, ao questionarmos acerca de seus sintomas, também falou de insônia, sendo esse, e somente esse, o motivo que a fez decidir usar medicamentos. Letícia nos disse que algumas vezes parou o uso do medicamento, mas que atualmente faz o uso, pois, nos períodos em que tentou parar, observara que ficava muito nervosa e irritada em seu cotidiano. Tentou então diminuir o consumo, aliando à prática de esportes:

Eu coloquei na minha cabeça que eu não precisava mais deles, então o que eu fiz, eu jogava vôlei duas vezes por semana, então de certa forma me ajudava, também, né, a prática de esportes, então a fluoxetina eu tomo agora, porque parece que se eu não tomo ela, eu me sinto muito irritada, então parece que ela me acalma²¹².

O direito à saúde mental está garantido na Constituição, mas nem sempre as condições sociais e econômicas asseguram que isso aconteça. Isso faz com que as pessoas acabem recorrendo a psicofármacos para tentar resolver problemas do dia a dia. O problema é que o psicofármaco apenas alivia sintomas, e, em indivíduos saudáveis, os psicofármacos podem causar problemas, como, por exemplo, a dependência, já que este age no Sistema Nervoso Central. De acordo com Nasário:

²⁰⁹ ANA, 2019, p. 2.

²¹⁰ Idem, p. 2.

²¹¹ Idem, p. 2.

²¹² LETICIA, 2019, *op. cit.*, p.1.

Conforme apontam Maia e Albuquerque (2000) na sociedade atual há uma busca incessante dos sujeitos pela satisfação imediata de suas necessidades. Principalmente, devido ao desenvolvimento tecnológico e informacional, a cultura do “imediatismo” é predominante no meio social. Esta característica do homem contemporâneo estende-se a todas as áreas de sua vida, inclusive, no diz respeito à forma como enfrenta suas angústias, tristezas e ansiedades. Neste contexto, a medicação é o método mais rápido para sanar estes sintomas, nem sempre sendo o mais recomendado ou eficaz.²¹³

Clara e Olga descreveram suas rotinas diárias, acumulando mais de duas funções cada uma ao longo do dia. Cada uma delas se desdobra em diversas funções no dia a dia, pois é o que exigem suas condições socioeconômicas. Olga diz que a irritabilidade ou o nervosismo iniciaram quando ela começou a trabalhar no posto de saúde. Ela significa o uso de psicofármacos por talvez se envolver demais nos problemas das pessoas em seu trabalho, já que é Agente Comunitária de Saúde (ACS), e não faz alusão nenhuma a sua rotina tripla, em que trabalha na lavoura, trabalha em casa e ainda trabalha como ACS.

Clara também tem uma dura jornada de trabalho, várias funções (trabalhar em casa, cuidar dos filhos, sozinha, já que seu esposo trabalha muito na lavoura, ordenhar as vacas com seu filho mais velho e ainda trabalhar no cultivo de hortaliças), sendo essa condição proporcionada pela sua condição socioeconômica, que exige que ela exerça essas várias funções.

Já Ana, professora, não falou a fundo de sua rotina de trabalho, apenas disse que era professora de ensino fundamental e médio. Não estendeu explicações a respeito. Letícia descreveu com mais detalhes sua rotina de trabalho, ressaltando ainda que no momento difícil de sua vida, a viuvez, focou inteiramente em seu trabalho. Ana nos disse que uma das vezes em que recorreu aos controlados foi quando teve problemas familiares aliados a muito trabalho, porém não falou mais detalhes disso.

Eduardo pouco falou de sua rotina de trabalho. Não atribuiu, por exemplo, como Olga, seu estresse e irritabilidade ao trabalho. Na verdade, Eduardo pouco falou disso, não deu detalhes de quais poderiam ser os problemas relacionados à sua doença, não procurou significá-los relacionando com seu dia a dia, como no caso de Olga, Ana e Clara, apenas se limitou a dizer: “eu tive uma época em que estava mal, aí minha esposa me obrigou a ir ao médico, depois de muita reluta em ir, acabei indo”²¹⁴. Podemos perceber que Eduardo decide procurar ajuda levado pela esposa.

²¹³ NASARIO, Marcela. SILVA, Milena Mery da. **O Consumo Excessivo de Medicamentos Psicotrópicos** Na Atualidade. Uniedu.sed.sc. 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marcela-Nasario.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

²¹⁴ EDUARDO, 2018a, p. 334.

Eduardo disse que sofria de mudanças de humor repentinas, agressividade e explosões em situações que não cabiam. Quando o questionamos se ele sabia o porquê desses sintomas, respondeu da seguinte forma: “Não sei dizer, talvez, eu tive uma infância bem conturbada, minha família era bem disfuncional, eu me criei meio que sozinho, aprendi a ter raiva das coisas muito cedo, isso me transformou e foi piorando conforme os anos”²¹⁵. Eduardo conta um pouco mais a fundo de sua vida, dá poucos detalhes de sua vida hoje, momento em que faz o uso de medicamentos, conta um pouco quando pedimos para que ele significasse esses sintomas de sua doença, mas foi menos detalhista em suas explicações. Há um motivo para isso? De acordo com Separavich e Canesqui:

Homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres, e quando o fazem, adentram o sistema por meio da média e alta complexidade. Na prática, isto significa que se encontram com a enfermidade agravada, muitas vezes num estágio em que não há mais cura, como no caso das neoplasias prostáticas, demandando, assim, maior custo ao Sistema de Saúde²¹⁶.

Será mesmo que os homens buscam menos os serviços de saúde? Quais seriam os motivos para isso? Levantando todos os pontos pertinentes, se faz necessário pensar: Eduardo, enquanto o único homem que conseguimos o contato para realizar a entrevista para tratarmos de assuntos relacionados a sua saúde, foi também o mais sucinto em suas falas. Unindo a isso o fato de que, de acordo com a fala acima, há uma naturalização da ideia de que homens buscam menos os serviços de saúde, poderíamos pensar que esses pontos teriam relação com a construção dos papéis de masculinidades em nossa sociedade?

Certamente sim. Contrapondo os pontos acima, a fala mais detalhada das mulheres, juntamente com o número de mulheres entrevistadas, bem como o tempo de duração das entrevistas, é possível relacionar também com a construção dos papéis de feminilidades em nossa sociedade? Outro ponto importante diz respeito ao uso de psicofármacos para lidar com problemas cotidianos, isto é, tristezas que aparentemente têm motivos exteriores para existir. Essas questões serão discutidas no próximo capítulo.

²¹⁵ Idem, p. 23.

²¹⁶SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica**. Saúde soc. v.22 no.2 São Paulo Apr./June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CAPÍTULO 3 MEDICAMENTOS, GÊNERO E TRISTEZA

Num fim de tarde daqueles que, em fins de março, ao cair do sol, no centro-sul do Paraná, começa a esfriar, uma mulher num sítio, no interior de uma cidade da região, corre para fechar a criação enquanto grita lá debaixo, a uns cinquenta metros da casa: “Espere, que já estou indo”, momento em que avisa para os filhos que não vão para a casa antes dela chamar. Outra mulher, também do interior de uma cidade, da região, aguarda na varanda de sua casa, enquanto o carro se aproxima, e desliga os faróis, de modo que as luzes da casa são as únicas em meio a uma escuridão profunda. O chimarrão espera as visitas. Um homem aguarda em sua casa, depois de esperar a esposa e o filho saírem, a pessoa que viria para conversar naquele dia. Aliás, o único homem que se dispôs a conversar. Num almoço de dia das mães, outra mulher começa a falar de sua vida, das coisas pelas quais passou, como que relembrando algo que ainda era muito marcante para si e decide compartilhar. Alguns dias depois, outra mulher, num dos vários dias chuvosos, leva a filha pequena para a escola e volta para organizar a casa e receber também uma visita. Todas essas pessoas mencionadas têm muitas diferenças. Porém, todas elas têm um ponto em comum: decidiram compartilhar um pouco da intimidade de suas vidas para que pudéssemos sequenciar uma pesquisa científica.

Todas essas pessoas, em algum momento de suas vidas, fizeram o uso de psicofármacos, e decidiram falar a respeito disso. Dessas pessoas, há quatro mulheres e um homem. Foi muito difícil e trabalhoso chegar a essas pessoas. Porém, mais difícil do que chegar às mulheres para falar a respeito do assunto, foi chegar aos homens. A seguir, será explicado o porquê de conseguirmos entrevistar apenas um homem.

Ao iniciar uma pesquisa histórica, não é possível prever os caminhos que tomará. Não foi diferente nesta pesquisa. A cada nova fonte analisada, os caminhos se delinearam diferentes do que se pensou durante o projeto. Isso pode ser interpretado como um caminho certo ao analisar uma fonte, com a certeza de que não havia a resposta antes da pergunta. Não imaginávamos que a pesquisa voltaria sua análise para questões de gênero. Na sua missão impossível de buscar a imparcialidade, o historiador não deixa de lado problemáticas que as fontes expõem.

Assim, o objetivo não é elencar uma longa revisão das discussões de gênero feitas ao longo da história, mais precisamente a partir dos anos 1980, quando o termo gênero começou a ser empregado pelo feminismo no lugar da palavra sexo.²¹⁷ Mas entender que a identidade de

²¹⁷ Para saber mais a respeito, ler: Joana Maria Pedro e Joan Scott “Em português, como na maioria das línguas, todos os seres animados e inanimados têm gênero. Entretanto, somente alguns seres vivos têm sexo. Nem todas as espécies se reproduzem de forma sexuada; mesmo assim, as palavras que as designam, na nossa língua, lhes atribuem um gênero. E era justamente pelo fato de que as palavras na maioria das línguas têm gênero, mas não

gênero esta imbricada em relações de poder na sociedade é fundamental para a presente análise. Para tanto, serão basilares os estudos de Joan Scott que, por sua vez, utilizou pressupostos de Michel Foucault, necessário para entender os processos históricos, a construção do conhecimento da organização dos sujeitos na sociedade. Tal como Scott aponta:

Nestes ensaios, gênero significa conhecimento da diferença sexual. Utilizo o termo conhecimento, como Michel Foucault, no sentido de entender que culturas e sociedades produzem sobre as relações humanas, neste caso sobre aquelas entre homens e mulheres. Tal conhecimento não é absoluto nem verdadeiro, mas sempre relativo. Ela ocorre de maneiras muito complexas, dentro de quadros epistêmicos muito amplos, com uma história autônoma ou quase autônoma. Os usos e significados de tal conhecimento são politicamente contestados e constituem os meios pelos quais as relações de poder, dominação e subordinação são construídas. O conhecimento refere-se não apenas às idéias, mas também às instituições e estruturas, às práticas cotidianas e aos rituais especializados, todos constitutivos das relações sociais. O conhecimento é uma maneira de ordenar o mundo; e, como tal, não é anterior à organização social, mas é inseparável dela²¹⁸.

O conhecimento acerca do tema não pode ser estruturado, definido. Deve ser relativizado, readaptado, revisitado. As relações de poderes não são únicas, imóveis, pelo simples motivo de que a sociedade não é única e imóvel, e, dessa forma, as relações humanas também não são. Assim como o objetivo também não é definir nada, mas sim procurar entender um pouco a respeito das significações que os entrevistados dão às suas vidas, permeando agora pela categoria de análise do gênero.

[...] gênero é a organização social da diferença sexual. Mas isso não significa que o gênero reflita ou estabeleça as diferenças físicas, naturais e estabelecidas entre mulheres e homens; pelo contrário, é o conhecimento que estabelece os significados das diferenças corporais. Tais significados variam entre culturas, grupos sociais e tempos, porque não há nada que se refira ao corpo, incluindo os órgãos reprodutivos das mulheres, que determinam unilateralmente como as divisões sociais devem ser forjadas.²¹⁹

têm sexo, que os movimentos feministas e de mulheres, nos anos oitenta, passaram a usar esta palavra “gênero” no lugar de “sexo”. Buscavam, desta forma, reforçar a idéia de que as diferenças que se constataavam nos comportamentos de homens e mulheres não eram dependentes do “sexo” como questão biológica, mas sim eram definidos pelo “gênero” e, portanto, ligadas à cultura.” PEDRO, Maria Joana. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo, v.24, N.1, P.77-98, 2005. 78.

²¹⁸ SCOTT, Joan Wallach. **Gênero e história**. Trad. De Consol Vilà I. Boadas. México: FCE, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2008. p. 20. Tradução nossa: “En estos ensayos, el genero significa conocimiento de la diferencia sexual. Empleo el termino conocimiento, como Michel Foucault, en el sentido de la comprensión que producen las culturas y sociedades sobre las relaciones humanas, en este caso sobre aquellas entre hombres y mujeres.1 Tal conocimiento no es absoluto ni verdadero, sino siempre relativo. Se produce de formas muy complejas, dentro de marcos epistemicos muy amplios, con una historia aut6noma o casi aut6noma. Los usos y significados de tal conocimiento son impugnados polfticamente y constituyen los medios por los cuales se construyen las relaciones de poder, dominaci6n y subordinaci6n. El conocimiento se refiere no s6lo a ideas sino a instituciones y a estructuras, a pnicticas cotidianas y a rituales especializados, todos ellos constitutivos de las relaciones sociales. El conocimiento es una forma de ordenar el mundo; y como tal, no es previo a la organizaci6n social sino que es inseparable de ella”.

²¹⁹ Idem, p. 20. Tradução nossa: “gênero é a organização social da diferença sexual. Mas isso não significa que o gênero reflita ou estabeleça as diferenças físicas, naturais e estabelecidas entre mulheres e homens; pelo contrário, é o conhecimento que estabelece os significados das diferenças corporais. Tais significados variam entre culturas,

Os papéis definidos entre homens e mulheres não são biológicos, mas sim uma construção cultural. “O gênero está associado a noções socialmente construídas de masculinidade e feminilidade”²²⁰. Construção essa que permeia vários pontos da sociedade, como será discutido a seguir, no tocante ao tema desta dissertação, isto é, o uso de psicofármacos na região selecionada para análise.

3.1 Dados gerais e regionais do perfil de usuários de medicamentos em geral e psicofármacos

Estudos do consumo de medicamentos são importantes para avaliar os benefícios e os malefícios desses importantes avanços (o uso de medicamentos) na saúde. A partir dessa afirmação e também que há uma diferença no uso de medicamentos entre homens e mulheres, o intento inicial é apresentar uma revisão de estudos que mostram esses dados.

Um artigo publicado na **Revista de Saúde Pública**, da USP, traz dados no âmbito nacional do perfil de usuários de medicamentos. Nesse estudo, encontra-se dados do uso de medicamentos por homens e mulheres no Brasil, por faixa etária. O método utilizado para a coleta de fontes dessa pesquisa foi a divisão, inicialmente, do país, em quarenta pontos, com um total de novecentas e sessenta entrevistas em cada ponto, totalizando 38.400 entrevistas realizadas. Dessa forma, a coleta de dados foi igualmente distribuída pelo Brasil. “Os questionários foram desenvolvidos por pesquisadores de sete universidades brasileiras, sendo padronizados e testados antes da sua aplicação”²²¹. A tabela a seguir apresenta uma síntese dos resultados dessa pesquisa:

grupos sociais e tempos, porque não há nada que se refira ao corpo, incluindo os órgãos reprodutivos das mulheres, que determinam unilateralmente como as divisões sociais devem ser forjadas.”

²²⁰ GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2008. p. 109.

²²¹ BERTOLDI A.D., da Silva Dal Pizzol T., Ramos L.R., Mengue S.S, Luiza V.L., Tavares N.U.L., et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. *Rev. Saúde Publica*. 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151192/001009560.pdf?sequenc=1>> Acesso em: 1 maio 2019.

Tabela 8: Distribuição da amostra e prevalências globais da utilização de medicamentos no Brasil

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalências^a globais de utilização de medicamentos no Brasil, segundo características sociodemográficas. PNAUM, Brasil, 2014. (N = 41.433)

Característica sociodemográfica	Amostra %	Prevalência de uso de medicamentos					
		Todos		Sexo masculino		Sexo feminino	
		Prevalência	IC95%	Prevalência	IC95%	Prevalência	IC95%
Faixa etária ^b		< 0,001 ^c		< 0,001		< 0,001	
0-4	6,2	42,0	39,5–44,6	42,6	39,5–45,7	41,4	38,6–44,3
5-9	7,5	25,3	22,0–28,6	26,7	21,6–31,8	23,9	19,4–28,5
10-19	16,0	30,6	27,9–33,3	24,5	20,7–28,2	36,5	32,7–40,4
20-29	16,5	48,0	45,4–50,6	31,4	26,8–35,9	64,4	62,0–66,8
30-39	15,3	50,6	47,9–53,2	34,8	30,3–39,3	64,5	61,8–67,3
40-49	13,8	54,1	52,0–56,2	39,0	36,6–41,4	67,5	65,3–69,7
50-59	11,5	64,7	62,5–66,8	50,3	47,0–53,5	76,1	74,0–78,2
60-69	6,9	77,0	75,3–78,7	68,3	65,7–70,9	83,8	81,9–85,6
70-79	4,3	85,8	84,0–87,5	79,8	76,1–83,4	89,9	88,2–91,6
≥ 80	2,0	88,6	86,1–91,1	85,2	81,6–88,9	90,9	87,6–94,2

Fonte: Revista de saúde pública, 2016.

Verifica-se na tabela que, a partir da faixa etária de dez anos, o uso de medicamentos pelas mulheres é maior do que o uso pelos homens. Esse contraste pode ser explanado de forma mais clara no gráfico a seguir.

Gráfico 7: Prevalência da utilização global de medicamentos no Brasil conforme sexo e faixa etária.

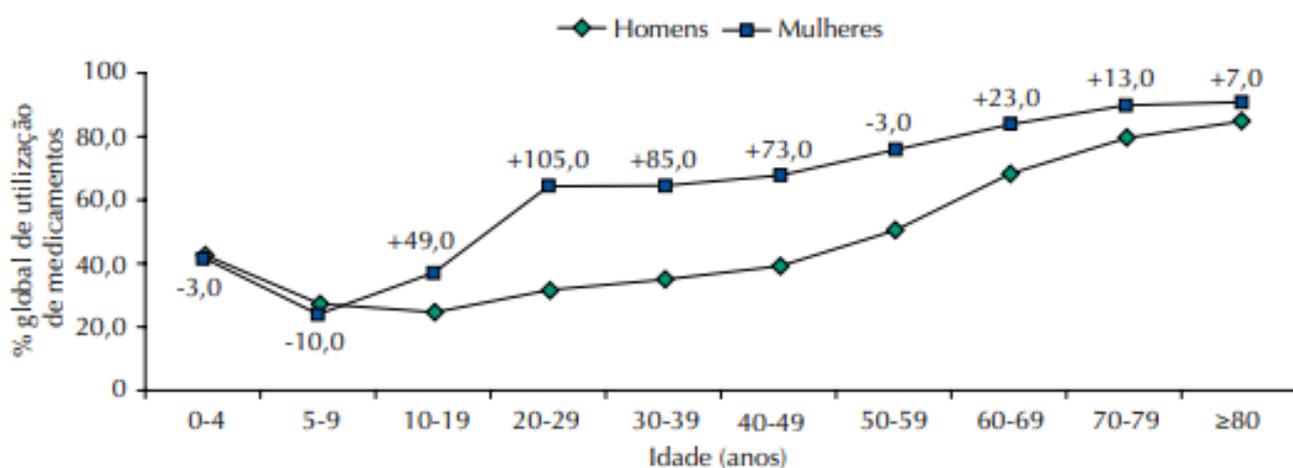


Figura 1. Prevalência de utilização global de medicamentos no Brasil conforme sexo e faixa etária. Os valores representam a diferença percentual no uso de medicamentos das mulheres em relação aos homens. PNAUM, Brasil, 2014.

Fonte: Revista de saúde pública, 2016.

Assim como o trabalho acima, outros ainda apresentam resultados semelhantes em sua análise, como o gráfico sintetizou, tratando-se do perfil do sujeito que mais faz uso de medicamentos: a mulher. Um trabalho intitulado **Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática**, cujo objetivo foi “estimar a prevalência do uso de medicamentos avaliada em estudos transversais entre adultos brasileiros”, realizou uma “revisão sistemática da literatura por meio de busca no Medline, Embase, Scopus, Lilacs, SciELO, banco de teses da Capes até janeiro de 2017”²²². A pesquisa constatou que, nos últimos quinze dias, quase metade dos brasileiros ingeriu algum tipo de medicamento. Essa análise é importante para a pesquisa:

Dos fatores associados ao consumo de medicamentos o sexo feminino foi o que mais esteve presente, apoiando os achados de outros países. A busca por serviço de saúde é maior entre as mulheres, tendo efeito na maior prescrição e uso de medicamentos. Um inquérito em cinco farmácias comunitárias selecionadas aleatoriamente no norte da Itália observou que o sexo feminino é o mais frequente na compra de medicamentos e suplementos após obter informações na internet.²²³

Assim como nesta pesquisa, a dos autores acima citados teve algumas limitações, como por exemplo a não inclusão de dados primários diretamente de sistemas de saúde como “o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), sistemas SUS eletrônico (e-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)”²²⁴. Essa pesquisa, apesar das limitações, contou com os dados do SUS da dispensação dos psicofármacos de cada município dos estudados, e, em dois deles, separados por sexo (GRÁFICOS 8 e 9, a seguir).

Outro estudo, realizado por Vosgerau, com o qual foi possível fazer uma análise regional do consumo de medicamentos separado por sexo, fez entrevistas com cerca de trezentas e setenta e quatro pessoas (cento e setenta e quatro homens e duzentas mulheres), e investigou sua relação com a medicalização, no município de Ponta Grossa – PR, entre os anos de 2006 e 2007. O estudo utilizou alguns métodos, dentre os quais o uso de um questionário de “58 questões referentes ao aspecto sociodemográfico, à condição de saúde, ao uso de serviços de saúde e, especificamente, ao consumo de medicamentos”²²⁵. Os resultados foram os seguintes:

²²²GOMES, Vanessa Pereira *et al.* **Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática.** Ciênc. saúde colet. 22 (8) Ago 2017 Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n8/2615-2626/#>>. Acesso em: 1 maio 2019.

²²³ Idem.

²²⁴ Idem.

²²⁵VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva *et al.* **Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família.** 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1629-1638/>>. Acesso em: 1 maio 2019.

Tabela 9: Distribuição por sexo de adultos residentes na área de uma Unidade Saúde da Família. Ponta Grossa PR 2007.

Tabela 1. Distribuição por sexo de adultos residentes na área de uma Unidade Saúde da Família, conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e condição de saúde. Ponta Grossa (PR), 2007.

Variável	Total		Homens		Mulheres		P
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil							> 0,05
Com companheiro	294	78,6	139	79,9	155	77,5	
Sem companheiro	80	21,4	35	20,1	45	22,5	
Idade (anos)							> 0,05
20 a 29	77	20,6	31	17,8	46	23,0	
30 a 39	124	33,2	64	36,8	60	30,0	
40 a 49	88	23,5	40	23,0	48	24,0	
50 a 59	85	22,7	39	22,4	46	23,0	
Grau de escolaridade							> 0,05
Analfabeto/1º grau incompleto	171	45,7	78	44,8	93	46,5	
1º grau completo/2º grau incompleto	69	18,1	33	19,0	36	18,0	
2º grau completo/outros	134	35,8	63	36,2	71	35,5	
ABEP							> 0,05
A + B	87	23,3	49	28,2	38	19,0	
C	186	49,7	80	46,0	106	53,0	
D + E	101	27,0	45	25,9	56	28,0	
Situação de trabalho							<
Trabalho formal	142	38,0	82	47,1	60	30,0	0,001
Trabalho informal	91	24,3	57	32,8	34	17,0	
Não trabalha	98	26,2	9	5,2	89	44,5	
Aposentado	43	11,5	26	14,9	17	8,5	
Autopercepção de saúde							> 0,05
Boa	238	63,6	114	65,5	124	62,0	
Ruim	136	36,4	60	34,5	76	38,0	
Plano de saúde							> 0,05
Sim	94	25,1	45	25,9	49	24,5	
Não	280	74,9	129	74,1	151	75,5	
Presença de doenças crônicas							< 0,05
Sim	178	47,6	72	41,4	106	53,0	
Não	196	52,4	102	58,6	94	47,0	
Consulta médica nos últimos três meses							> 0,05
Sim	192	51,3	81	46,6	111	55,5	
Não	182	48,7	93	53,4	89	44,5	
Internação hospitalar nos últimos doze meses							> 0,05
Sim	42	11,2	14	8,0	28	14,0*	
Não	332	88,8	160	92,0	172	86,0	

*Foram excluídas as internações por parto.

Fonte: Vosgerau, 2009

Na tabela acima, verifica-se o perfil das pessoas entrevistadas separadas por sexo, bem como as relações com a medicalização. Em porcentagens, no quesito medicalização, acerca de internação hospitalar nos últimos doze meses, dos homens entrevistados, 8% foram internados, enquanto, do total de mulheres, 14% foram internados nos últimos doze meses. Tratando-se de consultas médicas, do total de homens entrevistados, 46,6% procuraram um médico nos últimos três meses, enquanto as mulheres tiveram um total de 55,5% em consultas médicas. Essa análise pode auxiliar para asseverar que aparentemente as mulheres procuram mais ajuda médica e

consequentemente usam mais medicamentos, como se pode auferir na tabela a seguir, ainda referente ao estudo realizado em Ponta Grossa:

Tabela 10: Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária, segundo número de medicamentos consumidos nos últimos sete dias na área de uma Unidade Saúde da Família. Ponta Grossa PR 2007.

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária, segundo número de medicamentos consumidos nos últimos sete dias na área de uma Unidade Saúde da Família. Ponta Grossa (PR), 2007.

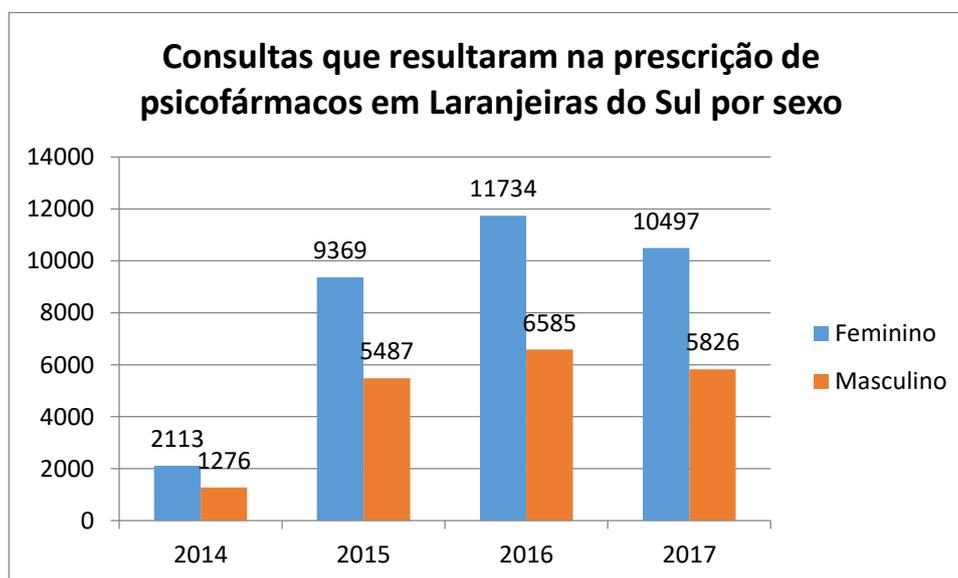
Quantidade de medicamentos	Faixa etária									
	20 a 49 *				50 a 59 **				Total	
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
0	36	23,4	64	47,4	9	19,6	14	35,9	123	32,9
1	53	34,4	37	27,4	4	8,7	7	17,9	101	27,1
2 - 4	59	38,3	30	22,2	23	50,0	9	23,1	121	32,3
5 ou mais	6	3,9	4	3,0	10	21,7	9	23,1	29	7,7
Total	154	100	135	100	46	100	39	100	374	100

*p= 0,0002; ** p= 0,056 .

Fonte: Vogerau, 2009

Diminuindo ainda mais a escala de análise, isto é, mudando a análise para o recorte espacial, especificamente algumas das cidades pesquisadas, pode-se observar que, tratando-se da medicalização da sociedade, os gráficos sintetizam que há uma maior taxa de procedimentos médicos em mulheres, levando a afirmar que são as mulheres que mais fazem o uso de psicofármacos, como se constata no gráfico a seguir, referente ao município de Laranjeiras do Sul:

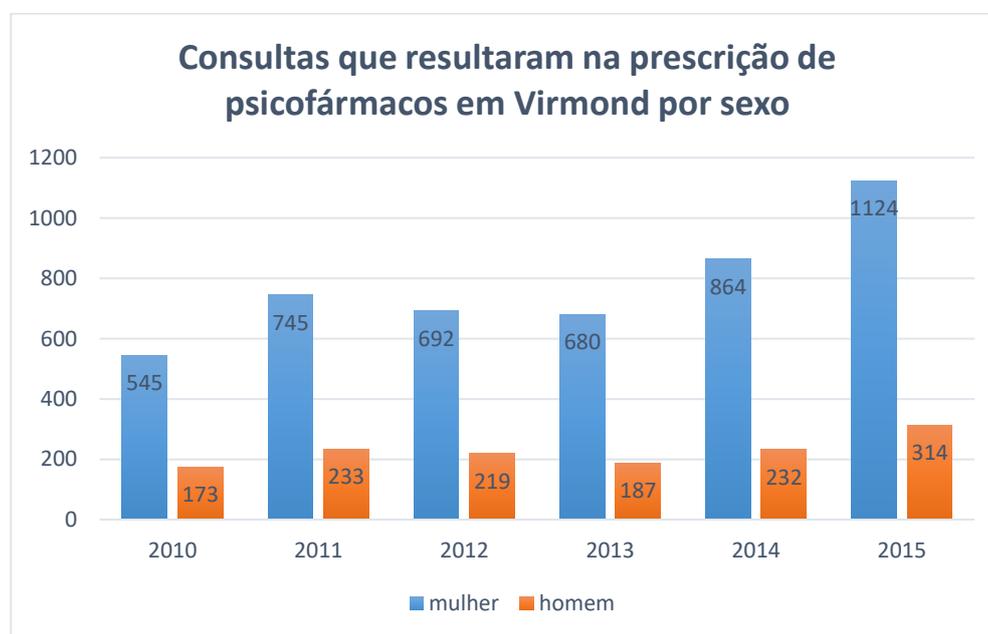
Gráfico 8 Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos em Laranjeiras do Sul, por sexo



FONTE: Gráfico elaborado pela autora a partir dos dados obtidos na SECRETARIA DE SAÚDE/ Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

Das cidades pesquisadas, pelo formato do programa que armazena essas informações, o que não é um padrão nas cidades do Paraná, só foram obtidos esses dados quantitativos a respeito de procedimentos que resultaram na prescrição de psicofármacos separados por sexo, de Laranjeiras do Sul e Virmond. No que se refere ao município de Virmond, também houve uma maior quantidade de procedimentos médicos que resultaram na prescrição de psicofármacos entre as mulheres, como se pode observar no gráfico a seguir:

Gráfico 9 Consultas que resultaram na prescrição de psicofármacos em Virmond, por sexo



FONTE: Gráfico elaborado pela autora a partir dos dados obtidos na SECRETARIA DE SAÚDE/ Virmond-Pr. 2016.

É válido lembrar que as quantidades referentes ao município de Virmond são de apenas três psicofármacos (Amitriptilina, Nortriptilina e Fluoxetina – apenas os quantitativos sobre esses medicamentos se teve acesso na coleta de fontes, no Posto Municipal de Saúde de Virmond), diferentemente de Laranjeiras, que alcança uma variedade maior de psicofármacos. De acordo com Conrad, “seríamos negligentes se não observasse aqui a natureza de gênero da medicalização muito corporativada. Isso não deve surpreender, porque os corpos das mulheres são objetos de controle médico”²²⁶. Controle médico, social, familiar, religioso. Os corpos, tanto os masculinos como os femininos, são alvo de controle. Controle de como se portar, agir,

²²⁶ RISKKA *apud* CONRAD, 2007, *op. cit.*, p. 144.

vestir, ser. Em se tratando de medicalização, parece que o corpo das mulheres é mais medicalizado. De acordo com Conrad:

Estudos de medicalização feitos por sociólogos e acadêmicos feministas mostraram como os problemas das mulheres têm sido desproporcionalmente medicalizados. Isso se manifesta em estudos de reprodução e controle de natalidade, parto, infertilidade, síndrome pré-menstrual, síndrome alcoólica fetal, transtornos alimentares, sexualidade, menopausa, cirurgia estética, ansiedade e depressão.²²⁷

Os corpos são lidos pelas relações de gênero, que por sua vez são compreendidos de forma hierarquizada, estabelecendo comportamentos e condutas para manter uma ordem social já estabelecida. A seguir serão analisados quais são os significados que as pessoas entrevistadas dão às suas vidas, ao problema da depressão, e como o processo de medicalização de seus corpos – femininos e masculino – aconteceu até aqui.

3.2 Narrativas, experiências e gênero

Olga que é agricultora, agente de saúde, branca, é casada há sete anos com o atual marido, tem dois filhos, um com cinco deste casamento, e o outro com quase vinte e três anos, de uma relação anterior, que não vive com ela. Contou que acorda às cinco horas, todos os dias, vai tirar leite, volta, acorda o filho de cinco anos para ir à escola, faz o café, toma o café e sai para fazer visitas, pois trabalha ainda como Agente Comunitária de Saúde. Depois que volta, cuida dos afazeres domésticos e ainda vai trabalhar com o esposo na lavoura. Na época da entrevista, Olga e o esposo plantavam fumo. Ao pedir que contasse um pouco de sua vida, a entrevistada disse pouco, contou de sua infância com seus pais e sua irmã, não falou nada de sua vida antes de se casar com o atual esposo ou de seu filho de vinte e três anos.

Ao questionarmos sobre quais foram os motivos para ela fazer o uso de medicamentos psicotrópicos, isto é, tentando compreender como ela significa essa experiência, em momento algum a entrevistada se referiu ao motivo de ter muitas coisas a fazer, de acordar antes de todos, ter que cuidar da casa, trabalhar fora e ainda trabalhar na lavoura com o esposo, atividades estas que nos descreveu durante a entrevista. Justificou a necessidade de tomar medicamentos ao fato de ser Agente Comunitária de Saúde e se envolver demais nos problemas particulares das pessoas. Temos que levar em consideração, também, que a entrevistada pode ter ficado com ressalvas em razão do gravador, do receio em falar de sua vida particular para uma quase estranha, e também porque o seu esposo se encontrava no cômodo ao lado do seu, vez ou outra

²²⁷ CONRAD, 2007, *op. cit.* p. 10. Tradução nossa: “Medicalization studies by sociologists and feminist scholars have shown how women’s problems have been disproportionately medicalized. This is manifested in studies of reproduction and birth control, childbirth, infertility, premenstrual syndrome, fetal alcohol syndrome, eating disorders, sexuality, menopause, cosmetic surgery, anxiety, and depression”.

entrando na sala, e passando por perto. Sendo assim, percebemos a necessidade de fazer uma nova entrevista.

Quando iniciamos a segunda entrevista, falei para a entrevistada que queríamos saber mais a respeito de sua vida, e que ela poderia contar com detalhes até os dias de hoje, começando pela infância, e depois falando tudo o que tivesse vontade, tudo o que achasse relevante. Contou histórias que ficaram em sua lembrança de quando era pequena, com seus pais. Filha única até os sete anos, ganhou uma irmã adotiva um ano mais velha. Aos dez anos, ganhou outra irmã, biológica, a que ela descreve como sendo o bebê da casa, tendo mais mimos e privilégios. Criada em uma família rígida com os costumes morais da época, Olga contou que namorou escondido dos pais dos quinze aos dezessete anos:

meu primeiro namorado, escondido do pai, eu tive com uns 15 anos, namoramos um bom tempo, escondido do pai e da mãe. Agora já faz anos que eu não vejo, namorei dos 15 aos 17 anos com ele e ele morava perto da igreja. Ele trabalhava na casa do seu J.²²⁸

A conversa foi se revelando cada vez mais cheia de detalhes. Quanto mais Olga contava, mais se aproximava do detalhe que me despertou curiosidade na entrevista do dia anterior e que ela não falara, ou por falta de intimidade, ou por não achar que fosse relevante. Contou de quando teve seu primeiro filho: “O tempo foi passando e a gente foi se rebelando, a gente queria sair e os pais não deixavam, aí veio morar um primo com nós e a gente acabou se relacionando”²²⁹. Olga falou de seu filho, fruto desse relacionamento que teve, que foi expulsa de casa e teve que se mudar, já com a barriga à mostra, para longe, na casa de uma tia, que lhe abrigou por um tempo. Quando perguntamos a ela como se sentiu nesse tempo, se ela lembra, ela disse que sentia enorme tristeza, pois foi desamparada de todas as formas:

Fui sozinha. O pai dele não deu muita bola, só agora depois de grande é que eu fiquei sabendo que ele convidou pra ir na casa dele, agora não precisa, ele já tá grande. [...] Foi decepcionante quando eu falei pra ele, ele disse, “será que é meu?”, me disse que achava que eu não tava grávida, que era conversa minha. Tinha falecido meu vô, minha vó e eu tava morando com a minha tia e eu sabia que tava grávida, minha mãe perguntava e eu mentia, quem contou pros meus pais que eu tava grávida foi uma tia minha, eu não contei, não tive coragem. A mãe foi mais de boa, mas o pai não queria me ver de tipo nenhum.²³⁰

Olga continuou a relatar detalhes de seu cotidiano, quando teve que trabalhar, com a enorme barriga, quando recebeu um pedido de adoção de seu filho e quando, depois, enfim, voltou para perto de seus pais, seu filho tinha já dois anos, momento esse que seus pais cuidaram

²²⁸ OLGA, 2019, *op. cit.*, p. 1.

²²⁹ *Idem*, p. 2.

²³⁰ *Idem*, p. 2-3.

de seu filho para que ela continuasse a trabalhar. Quando perguntada de como ela se sentiu na época em que aconteceu tudo isso, ela disse que se sentia muito mal, e que lembra de chorar e da dificuldade de trabalhar grávida. Falou de quando pediram para que ela desse o bebê, lembrou que a família tinha condições muito boas, mas, mesmo assim, com todas as dificuldades que enfrentou, o melhor, de acordo com Olga, era estar junto. “Foi sofrido, foi ralado, mas não me arrependo, se fosse pra fazer eu faria tudo de novo e olha que a pessoa que queria o M. era bem rica, mas no criar um filho eu acho que mesmo que você não possa dar tudo, o importante é estar junto”²³¹. Foi analisada aqui sua experiência por meio do seu olhar, passados vinte anos.

A outra entrevistada, Clara, é casada há dezessete anos, tem três filhos, um menino de dezessete, um de nove anos e uma menina de quatro. Tem quarenta e cinco anos. Dentre suas atividades de rotina estão acordar cedo, recolher as vacas, tirar leite, trabalhar na horta, cozinhar para os filhos e marido, arrumar as crianças para ir à escola, voltar para a horta, limpar a casa, à tarde tirar leite novamente, além de fazer lanche para os filhos que chegam da escola, e mais tarde ela ainda prepara o jantar. “É uma correria, o dia inteiro”²³², como ela diz.

Ao questionar os possíveis motivos para o uso do medicamento, ela diz ter passado por uma depressão pós-parto do primeiro filho. Falou que se consultou inclusive com psiquiatra e psicólogo, tomou diversos medicamentos, até tomar Fluoxetina. Não falou mais a fundo desse período da depressão pós-parto, há dezessete anos, que coincide com o início do casamento e uma mudança na forma de vida a que era acostumada. Fez-se necessária então uma nova entrevista. No dia nove de maio de 2018 voltamos a entrevistar Clara, em sua casa. Nesse dia, a conversa fluiu mais natural e com mais intimidade. Percebemos que já não havia tantas ressalvas ao conversar e expor os argumentos. Na mesa, uma forma de bolo de cenoura com cobertura de chocolate e um chimarrão nos esperavam após a entrevista. O doce pôde, depois, contrastar com o amargo do relato.

Primeiramente, Clara contou como foi sua infância, a que se refere como tranquila, normal, dizendo que as responsabilidades começaram quando nasceu sua irmã, de qualquer forma, nada que fugisse muito da vida a que era acostumada.

foi uma infância, eu tenho ora mim, que, normal. Tranquila daquela época, eu acho que foi tranquila, com a família, com os irmãos, acho que foi tranquila. Foi estudar, brincar, até os 10 anos né, porque depois tinha responsabilidade, a minha mãe teve a Mari, né, eu cuidei da minha irmã, mas acho que foi tranquila né, trabalhei uns meses como professora, substituta, quando eu tinha quatorze anos naquela época podia, né, não precisava ter segundo grau nem o magistério, nem nada né, como hoje, lecionei, substitui três professoras, três maternidades, na época que se falava, mas foi normal

²³¹ Idem, p. 4.

²³² CLARA, 2018a, *op. cit.*, p. 1.

minha infância, minha adolescência acho que foi tranquila, não tive problemas, nem nada.²³³

Sabendo do tema da entrevista e do nosso interesse ao estar realizando a entrevista (o uso de psicofármacos), passou rapidamente a falar de quando seus problemas haviam começado: “Acho que meus problemas na verdade começaram na gravidez né, acho que como o povo fala que é depressão pós-parto, acho que de repente poderia ser por aí que começou”²³⁴. Observamos aqui, dezessete anos depois, como Clara significa seu problema e deduz que estava doente naquela época. Essa constatação por parte da entrevistada só é possível por causa das experiências que ela passou no decorrer desses dezessete anos, isto é, as condições que a possibilitaram pensar a respeito.

No decorrer da entrevista, Clara se emociona contando como sua vida passou a ser depois que engravidou, há dezessete anos. Fala das dificuldades que encontrou ao engravidar ainda quando namorava, como foi difícil a relação com sua mãe, e que, ao que pudemos perceber pela sua fala, ainda há muito sentimento a respeito.

[...] sempre teve uma amizade muito grande, ela sabia de tudo que passava comigo, eu nunca escondi nada, tanto que quando eu fiquei grávida, primeiro dia que eu percebi que estava grávida primeira pessoa que soube foi ela e ela ficou revoltada, calculo que qualquer mãe ficaria e não foi ver o bebê nem nada, doeu bastante, mas depois nos acertamos, acho que não ficou nem quinze dias ela já foi, não teve briga, nem discussão, nada, tudo normal, só quando falei que estava grávida, ela me xingou bastante, mas depois passou tudo.²³⁵

Embora estivesse casada, percebemos que o apoio que ela considerava importante durante a gravidez, era o da mãe. Na segunda entrevista, Clara contou que passou a tomar o medicamento na segunda gravidez. Ela relatou que ficava muito tempo sozinha, e isso fez com que as coisas piorassem. Porém, na entrevista anterior, nos contara que começou a tomar na primeira gravidez. Pode ser uma confusão ao falar, mas o fato é que quando questionada novamente, confirmou a primeira versão, que iniciou o medicamento há dezessete anos. Importante observar também o relato dela nesse trecho ao falar da depressão. Exemplifica o que procuramos discutir e analisar no primeiro capítulo, a popularização não só do uso dos medicamentos para depressão, mas também do próprio termo em si, não só a depressão, mas também ansiedade: “Eu sempre fui nervosa, preocupada, assim, que hoje você fala em ansiedade, eu falava que era nervosismo.”²³⁶ Podemos observar nesse trecho a apropriação de

²³³ CLARA. Entrevista: [09 de maio de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdzimirski. Virmond, PR, 2018b, p. 1.

²³⁴ Idem, p.1.

²³⁵ Idem, p. 1.

²³⁶ CLARA, 2018a, *op. cit.*, p. 3.

saberes médicos, dos termos médicos pelas pessoas em geral, que, de acordo com Conrad, é um dos sintomas da medicalização da sociedade.

Eduardo, nosso terceiro entrevistado, foi direto em suas respostas frente aos questionamentos. Pedimos que contasse a sua rotina e sua vida familiar. Focou a falar de quando morava com seus pais, dizendo que não se dava muito bem com sua família: “Eu nunca me dei bem com ninguém de dentro de minha casa. Eu era meio que o saco de pancada de todo mundo, então eu me defendia sendo agressivo também”²³⁷. Segundo ele, é o irmão do meio, tendo uma irmã mais velha e um irmão mais novo. Disse que hoje, no momento da entrevista, se dá bem com sua esposa, mesmo tendo alguns episódios explosivos de raiva, vive melhor do que vivia antes, quando morava com seus pais, pois, de acordo com ele, hoje tem o apoio de sua esposa. De acordo com ele, casaram-se quando sua esposa, na época namorada, engravidou:

A gente se juntou, porque ela engravidou e a gente era muito novo, a gente veio pra cá e foi morar primeiro na casa da mãe dela, daí depois de um tempo a gente se mudou, fomos para uma casa sozinhos e daí que melhorou bem a nossa relação, a gente foi se conhecendo intimamente de verdade, foi começando a se conhecer, porque na adolescência a gente namorou, mas a gente não se conhecia, a gente começou a se conhecer depois que foi morar junto e descobrindo problema um do outro e se ajudando.²³⁸

Contou ainda que quando teve que assumir essas novas responsabilidades não sentiu estranhamento, porque já pensava em sair da casa de seus pais. De acordo com ele, quem sentiu mais dificuldade em se acostumar foi sua companheira, mas com o tempo “se conformou” com a nova vida. Em sua rotina diária, Eduardo não falou de problemas ou dificuldades. Não falou detalhadamente desses episódios explosivos que descreveu como sendo seu maior problema. Hoje diz não entender porque essas explosões vêm à tona. Nesse sentido, tão significativo quanto as palavras é o silenciamento de Eduardo, que se limitou a falar pontualmente a partir das perguntas do roteiro. Eduardo, como já apresentado no capítulo 2, diz sofrer de “mudança de humor muito brusca e agressividade em momentos que não cabia. Explosões de raiva repentinas”²³⁹. Contou que talvez isto possa estar relacionado à sua infância conturbada, mas diz não saber exatamente por que tem essas crises.

A quarta entrevistada, Ana, professora, mãe de três filhos, atualmente casada, contou também de sua relação com os psicofármacos. O que mais chamou a atenção na fala de Ana foi o fato de ela relatar que já tomou psicofármacos em diversos momentos da sua vida, mas que, de acordo com ela, o período em que julgou mais precisar do uso, não usou. De acordo com a entrevistada, que ficou viúva quando tinha vinte e sete anos, em 2003, ela procurou amenizar

²³⁷ EDUARDO, 2018a, *op. cit.*, p. 2.

²³⁸ Idem, p. 3.

²³⁹ Idem, p. 2.

seu sofrimento de outra forma: “Por mais de um ano só consegui dormir tomando muito vinho... Hoje percebo que poderia ter me tornado alcoólatra. Quando o efeito do álcool passava chorava o resto da noite”²⁴⁰. Podemos relacionar o sentido que Ana dá à sua experiência de vida com a experiência de Olga, que ao passar por um período difícil da vida, isto é, para amenizar o sofrimento, disse também que fez o uso de bebida alcoólica.

Quando perguntamos para Olga se na época da sua primeira gravidez ela chegou a tomar algum medicamento para a tristeza e a angústia que relatou sentir, ela disse: “Naquela época eu bebia cachaça mesmo (risos). Naquela época eu era bem cachaceira, bem no fundo vai ver já tinha um princípio de depressão, mas com álcool você levava tudo na brincadeira e tal”²⁴¹. Olga relatou que só começou a tomar medicamentos controlados mesmo quando já estava casada, e quando já tinha o seu segundo filho: “Na verdade a medicação eu comecei a tomar faz pouco tempo, foi depois do E, e comecei a tomar porque por qualquer coisa eu ficava estressada, um pingão d’água eu fazia uma tempestade”²⁴². Observamos aqui que diferentemente de anos atrás, o papel social de Olga mudou, isto é, o lugar que ela ocupava na sociedade mudou. Ela já não era mais uma mãe “solteira”. Agora, na segunda vez em que ela sentiu essa tristeza, esse nervosismo, como relata, ela era mãe “casada”. São muitos os fatores, com certeza, que a levaram fazer o uso de psicofármacos, em vez de ingerir bebidas alcoólicas, como antes, mas, será que o fato de ela ocupar uma posição de mãe, esposa, pode ter influenciado no modo como lidou com os problemas dessa vez?

Pensando e analisando a epistemologia do gênero, percebe-se que as subjetividades de gênero são construções sociais e culturais, que dependem de condições de possibilidades para fazer-se. Com isso, é possível balizar o quanto as noções de masculino e feminino foram primeiramente construídas e depois naturalizadas, como se fossem biológicas. Esse ponto cruza-se com as fontes. Quando Ana relatou em entrevista que percebeu que precisaria parar de ingerir bebidas alcoólicas e retomar sua vida, cuidar dos seus filhos, não se pode deixar de pensar a respeito da naturalização do que cabia a ela, qual era seu papel enquanto mãe, viúva.

Nesse sentido, as relações que podem ser feitas são duas. Primeiramente, a diferença ao se lidar com a tristeza nesse intervalo de quase vinte anos, em que ambas as entrevistas (Olga e Ana) relatam semelhanças: antes, o uso do álcool, hoje, o uso de psicofármacos. Durante esse tempo as coisas não permaneceram imóveis. Os pensamentos, as ideias, os modos de viver. Não há como não relacionar essa mudança com o que foi discutido no primeiro capítulo a respeito da depressão e o uso de psicofármacos: as mudanças por meio do tempo e dos espaços para que

²⁴⁰ ANA, 2019, *op. cit.*, p. 4.

²⁴¹ OLGA, 2019, *op. cit.*, p. 4.

²⁴² Idem, p. 4.

se criassem condições de possibilidades para o uso de psicofármacos em vez de bebidas alcoólicas, por exemplo.

Em segundo lugar, o cuidado de si mesma que Ana diz ter percebido que precisava retomar. Ao relatar que percebeu que não poderia continuar ingerindo bebidas alcoólicas para amenizar seu sofrimento, analisa-se o sentido que a Ana coloca para seu problema, reflexo de uma construção social de quem uma mãe de dois filhos e viúva deve ser, assim como em relação à Olga, para quem uma mãe de família deve ser, e o que pode ou não fazer. Nesse caso, a ingestão de bebida alcoólica deixou de ser uma opção. Esse ponto relaciona-se com a construção social dos papéis de gênero. De acordo com Scott,

O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais”: a criação inteiramente social das idéias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens.²⁴³

É nesse sentido, segundo a autora, que os homens e as mulheres são socializados em papéis diferentes. Isso explica o porquê, de perceber na fala das entrevistadas a naturalização do que uma mulher pode ou deve fazer.

No tocante a esse aspecto, foi possível verificar também nas falas dos médicos. Ao questionar se o médico percebe mais assiduidade em determinado tipo de pessoa, ele respondeu: “Há mais frequência de mulheres. As mulheres são mais cuidadosas com a sua saúde”²⁴⁴. Percebe-se a naturalização da ideia de que as mulheres são mais cuidadosas com a saúde, aliás, que as mulheres são mais cuidadosas com a saúde, com a casa, com os filhos, estruturando um pensamento e silenciando outros jeitos de ser.

Ou seja, essas ideias são reafirmadas naturalmente, corroborando para continuar estabelecendo o modelo de ordem social e cultural hierarquizada, no qual mulheres que não se preocupam com a saúde e homens que vão ao posto de saúde acabam ficando invisíveis. O modelo de ordem social é que a mulher se preocupe com a saúde, que a mulher cuide da casa, dos filhos, marido e trabalho, afinal, na visão de diferentes saberes: a mulher consegue fazer várias coisas ao mesmo tempo, diferentemente do homem.

Essa ideia leva a mais um ponto: as responsabilidades naturalizadas. Os médicos têm representações de gênero em que romantizam a mulher com tripla jornada de trabalho. Por

²⁴³ SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990, p. 04

²⁴⁴ LUIS, 2018 *op. cit.*, p. 02.

exemplo, ao questionar o possível motivo para haver mais mulheres que usam psicofármacos, Luis, um dos médicos entrevistados, comenta:

Talvez por elas, por que as mulheres já são, tem menos resistência de procurar uma ajuda, primeiro fator aí, em todos os sentidos, não só nesse caso, em todos os sentidos elas procuram mais ajuda, você pode ver se você vier no posto, a quantidade de mulheres é maior que de homens, então elas procuram ajuda e muitas vezes a doença, a má informação sobre a doença, ou até mesmo um certo machismo entre os cônjuges levam até certas vezes a dizer que aquilo é frescura, que aquilo não existe e tal, e isso vai machucando ainda mais as mulheres, vai jogando elas cada vez mais pra baixo, isso é frescura, isso não existe e tal. Talvez os homens não consigam entender esse mecanismo e as mulheres são mais ávidas nisso e sobrecaí sobre as mulheres, grande responsabilidade na família, elas procuram ajuda e elas estão certas, quem está errado são os homens que não procuram ajuda, o machismo ainda predomina e não sabem entender a mulher, não conseguem entender a mulher.²⁴⁵

Quando o médico fala que “não conseguem entender a mulher”, ele fala no sentido de que os homens não conseguem entender a mulher que se sente sobrecarregada e triste pelo acúmulo de responsabilidade. Isso dá uma conotação de que se os homens “entendessem melhor” o sofrimento das mulheres e talvez não dissessem que isso não passa de “frescura”, resolveria o problema do machismo. Em ambas as percepções, os entrevistados constroem uma ideia de homem e mulher idealizados e dicotômicos, a partir de noções do masculino e do feminino naturalizadas e que excluem a pluralidade.

Pode-se entender também que não somente por meio da medicalização o controle dos corpos se efetiva. Na entrevista com Carlos, o médico disse que embora os manuais acerca do uso de psicofármacos apresentem que para cada três mulheres há um homem que faz o uso de medicamentos, ele acredita que não é bem assim. Acredita que, na verdade, as mulheres procuram mais o medicamento, não necessariamente que estão mais doentes, mas que procuram mais cuidar de seu corpo.

Assim, a gente, dizer na forma, no dia a dia são mais mulheres, mulheres sempre procuram mais o serviço de saúde, né, porque elas acabam tendo uma rede social assim maior, e elas acabam conversando né, você dificilmente vai ver um homem falando assim, ah, principalmente aqui que tem uma formação mais rígida, ah eu tô triste, eu tô chorando por qualquer coisa, eu... sabe, não... homem tem uma dificuldade muito grande, são mais fechados, e eles, você nunca assim, eu não consigo, não consegui até hoje ver nenhum homem falando com o amigo dele assim, ó fulano, acho que eu to com depressão porque eu to assim, triste, e tal, to sabe, pra baixo, eles geralmente não, você vê mulher falando, e daí mulher fala assim uma pra outra, geralmente, acho que você tá com depressão, vá lá no médico, homem não, homem não vem²⁴⁶.

Observam-se nessa fala três pontos importantes. O primeiro se enquadra em como as noções do masculino são construídas na sociedade, isto é, o que é ser homem em nossa

²⁴⁵ LUIS, 2018, *op. cit.*, p. 05.

²⁴⁶ CARLOS, 2016, *op. cit.*, p. 5.

sociedade? Ser homem, de acordo com o que se pode analisar na fala, é não se deixar levar pelas emoções, é não demonstrar fragilidade. E de acordo com Carlos, necessitar de atendimento médico, não só em questões psicológicas, mas em todas as áreas, é percebido como fragilidade. Quando o médico diz: “principalmente aqui que tem uma formação mais rígida”, fica claro a análise que Carlos faz a respeito de seus pacientes, o que leva também a entender melhor um segundo ponto: por que conseguimos entrevistar apenas um homem, entre os usuários de psicofármacos, o qual não abriu muitos detalhes da sua vida particular, mantendo-se pontual nas respostas.

Realmente, há menos homens dispostos a falar de sua saúde, e como apresentado nas fontes, tanto nas quantitativas com nos gráficos e nas entrevistas, com os médicos, por outro lado são as mulheres que fazem o uso de medicamentos, afinal, “[...] quem vem mais tem mais diagnóstico [...]”²⁴⁷. Tais pressupostos levam ao terceiro ponto: os gráficos anteriores de Virmond e Laranjeiras do Sul apresentam as mulheres enquanto sendo as que mais procuram os serviços de saúde e, conseqüentemente, mais fazem o uso de psicofármacos, dentre outros medicamentos, como mostra também a revisão apresentada neste trabalho.

Ainda de acordo com Carlos, “[...] não dá pra dizer assim, que são mais mulheres, geralmente a gente tem assim, nos livros falam de três mulheres para um homem, então, mas é meio, acho que falta os homens se engajarem mais na área da saúde”²⁴⁸. Iara também fala dessa dificuldade de os homens procurarem os serviços de saúde: “[...] os homens têm mais vergonha de pedir medicação ou ir falar com a doutora sobre os problemas que têm em casa, do que as mulheres. [...]”²⁴⁹ Iara ainda faz uma análise do contexto geral da população, e se pergunta por que são as mulheres que usam mais medicamentos. Observa-se também que a médica, frente a uma pessoa gravando suas falas, tenta significar o uso de medicamentos:

As mulheres ficam mais deprimidas, o eu acontece, as mulheres deste povo, sobretudo ficam muito dependentes dos homens, entende o que estou falando? Os homens são os que a sustentam economicamente as mulheres, e ao sustentá-las, ao dar dinheiro a elas, elas ficam dependentes deles, e ao não ter independência elas ficam muito deprimidas.

Nesse trecho, a médica fala da dependência econômica das mulheres em relação aos maridos, e, por isso, de acordo com ela, podem ficar deprimidas. De acordo com Ribas-Prado, “na literatura é consenso que a situação socioeconômica de baixa renda é fator de risco para desenvolvimento de piores condições de saúde mental²⁵⁰”. Em todo caso, a fala da médica se fez um pouco confusa, já que se contradiz na sequência: “Aqui no Virmond, por exemplo, tem

²⁴⁷ Idem, p. 5.

²⁴⁸ Idem, p. 5.

²⁴⁹ IARA, 2016, *op. cit.*, p. 9.

²⁵⁰ RIBAS-PRADO *et al.* Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda. In: **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2016.

mulheres que fazem de tudo, fazem crochê, fazem bolachas em casa, plantam na horta, fazem de tudo e depois atendem no lar, com tudo perfeito, são mulheres muito limpas, muito... é, é, eu diria que perfeitas”²⁵¹. Em sua fala, a médica exemplifica várias ocupações entre as mulheres, colocando em xeque a ideia de que as mulheres são economicamente dependentes dos maridos.

A médica constrói em sua fala a ideia de que a mulher é “coitada” e que sofre com o marido, construção totalmente generificada, em que coloca o homem como “o malvado que bebe e não presta atenção na mulher”, e a mulher, enquanto dependente não só econômica, mas emocionalmente, precisa que o homem preste atenção nela, como se observa na fala a seguir:

as mulheres em geral são as que ficam deprimidas, o marido chega em casa bêbado, ou o marido chega em casa muito tarde e não presta atenção nela, ou não dá importância no que elas fazem em casa, os trabalhos domésticos, então ficam deprimidas, muito tristes, com a autoestima muito baixas, e isso é o mesmo que acontece com os adolescentes, tem a auto estima muito baixa, então entram em depressão e pensam que tomando fluoxetina, por exemplo, o mundo vai mudar, e não, o quem tem que trocar é o mundo, e não a fluoxetina...

As mulheres, que acumulam várias funções, isto é, uma tripla jornada de trabalho, contribuindo para a renda da família, têm seus trabalhos desconsiderados, quando a médica os absorve na explicação de que “as mulheres são dependentes economicamente dos seus maridos”. Quando a médica diz que “aqui as mulheres fazem de tudo”, é possível lembrar dos relatos das mulheres, sobretudo das entrevistadas que são agricultoras, desdobrando-se no seu dia a dia e assumindo muitas funções. De acordo com Clara, sua rotina de trabalho é a seguinte:

Levantar de manhã, correr atrás das vacas, né, que minha rotina é leite, nós lidamos com leite, e horta, a grande parte é horta e leite, né, então de manhã tirar o leite, molhar a horta, cozinhar para os filhos e para o marido, aprontar pra ir pra escola, aí volta pra horta, sempre tem o que limpar, o que fazer, novamente leite e acaba o dia assim, né, é uma correria, horta, leite, chega a tarde os filhos chegam, é lanche, é janta, é assim, o dia inteiro.²⁵²

As representações de gênero escondem a criatividade e a pluralidade cotidiana que não se enquadram nessas representações. A realidade é mais uma vez a condição socioeconômica ruim que contribui para o acúmulo de funções, em que o marido também trabalha muito. Afirmar que o marido é bêbado e que não presta atenção na mulher, e por isso ela pode se deprimir é uma construção generificada do marido também. A rotina de Clara tem semelhança com a rotina de Olga, como se observa no seguinte trecho:

[...] levanto às cinco horas da manhã, não todo dia, mas de segunda à sexta eu levanto às cinco da manhã, tiro leite, aí eu acordo o filho pra ir pra escola, levo ele no ponto, volto, tomo café e saio pra trabalhar, sou agente de saúde, faço visita praticamente

²⁵¹ IARA, 2016, *op. cit.*, p. 9.

²⁵² CLARA, 2018, *op. cit.*, p. 1.

todas as manhãs, até meio dia, meio dia e pouco, retorno pra casa faço as minhas coisas e vou pro galpão de fumo, vou ajudar na lavoura, porque meu marido planta fumo, aí agora estamos embonecando o fumo.²⁵³

Ambas fazem muitos tipos de trabalho, desdobram-se em várias funções diariamente, colocando em dúvida a ideia generalizada, inibida de visões hierarquizadas de masculinidade e feminilidade de que essas mulheres dependem economicamente dos maridos. Por essa razão, volta-se um pouco para a discussão de como essas mulheres significam suas vidas, como foram criadas, e como lidam com questões que fazem parte da realidade em que vivem. Olga, quando teve seu primeiro filho, não teve apoio de seu companheiro, arcando sozinha com todas as responsabilidades. Olga se adaptou às mudanças de costumes e de como foi criada para ser. Clara, por sua vez, engravidou antes do casamento, e mesmo assumindo o compromisso do casamento em decorrência dessa gravidez, sofreu também com as mudanças em sua vida e aprendeu a se adaptar, mesmo que ainda seja difícil e que isso tenha deixado marcas, como se verifica ao longo de toda a entrevista:

Tanto que eu sempre dou risada aqui em casa que eu falo que desde que eu casei, já fez 17 anos, eu pintei a minha unha uma vez, uma vez eu pintei a minha unha, nunca tive tempo, passar um creme, pintar uma unha, nada, sempre foi correndo, leite, casa, filho, leite casa filho, agora horta, as vezes para pra pensar, quando você vê você está, as vezes eu to falando sozinha e chorando, porque é uma vida completamente diferente da que eu tinha, sábado a tarde era aquela rotina de fazer a unha, arrumar um cabelo, fazer a unha, sentar passear, tomar um chimarrão, hoje não, as vezes tem sábado que vem lá debaixo oito horas, não limpei a casa, não lavei a louça de meio dia, porque não dá tempo, porque eu tenho que molhar a horta, eu tenho que tirar leite, e tem que fazer né, então as vezes você olha pra trás, não sei, era bom, hoje é bom ter a família, ter os filhos, mas a gente deixa de cuidar da gente, e vai dando uma agonia, até no falar eu choro, por que... *(nesse momento a entrevistada se emocionou ao falar)*, me dá agonia, sabe, Jéssica, por que é muito diferente, muito, coisa que a gente nunca imaginou que a gente fosse passar.²⁵⁴

Clara descreve detalhes de sua vida até aquele momento, e fala de tudo com muito sentimento. A cada palavra dita entende-se um pouco mais das angústias, dos medos e temores que permeiam a vida cotidiana. Quando se opta por reduzir a escala e investigar histórias de vidas, procura-se exatamente esses detalhes, que não são capazes de responder a todos os questionamentos, mas que possibilitam interpretar, analisar e pensar um pouco a respeito dos vários significados que as pessoas dão às suas próprias histórias com o passar do tempo. De acordo com Clara, os traumas que ela julga ter passado ainda se fazem presentes, e a medicação é uma forma de se autocontrolar.

²⁵³ OLGA, 2018, *op. cit.*, p. 1.

²⁵⁴ CLARA, 2018b, *op. cit.*, p. 1.

Foucault ajuda a explicitar as relações de poder e os dispositivos de controle dos corpos, como o dispositivo da sexualidade. De acordo com o autor, há “conjuntos estratégicos, que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo”. Um desses conjuntos diz respeito à histerização do corpo da mulher, ainda no século XIX, que seria

tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado, - qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, por meio de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível da histerização.²⁵⁵

No tocante a esse aspecto, entendem-se os jogos de poderes que envolveram e envolvem o corpo e mais precisamente o corpo da mulher. É por esse motivo que não se nasce mulher, torna-se mulher²⁵⁶, assim como se aprende como ser um homem. Torna-se mulher porque o social espera uma postura específica do sujeito mulher, que não deve fugir às regras.

Por meio do dispositivo da sexualidade o corpo foi controlado e condenado não só religiosamente pela igreja, mas também judicialmente, em que a infidelidade e a homossexualidade eram condenáveis. Os problemas enfrentados, tanto por Clara como por Olga, refletem nesta análise de como deve uma mulher ser e se comportar. Quando não se tem o resultado esperado de acordo com o padrão socialmente estabelecido, há dor, há angústias, há sofrimentos, que são, por sua vez, passíveis da medicalização. Esses conflitos podem ser comprovados no seguinte trecho:

Desde o início tive o medo de ficar sozinha, do M. não aceitar, pensar que não fosse dele, depois casar, o filho nascer vão dizer que não é, sempre tem esse medo, não sei se todas as mulheres tem, mas acredito que sim. Depois que eu engravidei, apesar de que minha cabeça eu já tinha 26 anos quando eu engravidei, mas na verdade eu não queria que isso acontecesse, não queria que nada tivesse acontecido, porque a cabeça da gente é outro plano, toda vida foi casar virgem, não deu, sabe, já começou ali, não deu, aconteceu depois não adianta e daí gravidez e tudo, casei com medo, foi muito medo, medo de longe da mãe, não tinha com quem conversar²⁵⁷.

Essa solidão que a entrevistada sentiu logo que viu toda a sua vida se modificar, todos os seus planos mudarem, unida ao fato de que sua mãe a rejeitou e também por causa de suas péssimas condições socioeconômicas resultaram na “depressão pós-parto”, como ela mesma se

²⁵⁵ FOUCAULT, 1988. *op. cit.*, p. 113.

²⁵⁶ BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. p. 09. v. I-II.

²⁵⁷ Idem, p. 4.

autodiagnosticou. Nesse sentido, retoma-se a discussão do início deste trabalho: a confusão entre a tristeza patológica (sem motivos) e a tristeza com motivos.

3.3 Depressão ou tristeza com motivo?

Como explicitado anteriormente, a classificação de depressão teve algumas alterações nas revisitações dos DSM's ao longo dos anos. Uma dessas alterações diz respeito ao modelo de diagnóstico que, como alegam Horwitz e Wakefield, contribuiu para a confusão entre tristeza com motivo e tristeza patológica. Retomando a discussão, de acordo com esses autores, a partir do DSM-III, começou a se excluir o contexto de vida dos indivíduos e a focar em uma lista de nove sintomas para o diagnóstico. A tese dos autores corrobora a ideia de que dessa maneira excluíram-se aspectos cotidianos da vida das pessoas, que justificariam a tristeza, contribuindo para a medicalização de uma tristeza normal. É importante ressaltar também que no DSM-5 (última versão) há uma observação para que se volte a analisar o contexto de vida das pessoas antes do diagnóstico.

O que se pretende defender é que frente a esse apelo em relação ao modelo de diagnóstico e pensando o contexto de vida dos entrevistados aqui apresentados, constata-se que há motivos no dia a dia deles para a tristeza. Por sua vez, as soluções para esses problemas que acarretam em tristezas, que em algumas vezes são problemas sociais, isto é, coletivos, são dadas de maneiras individualizadas. Essa individualização faz com que o problema em si não seja solucionado. Para melhor entender, será apresentado um exemplo prático encontrado na fala de Clara, quando contou como foi a vida após ter seu primeiro filho:

Não tinha como conversar aquela época não tinha telefone, não tinha nada, não tinha com quem você conversar, não tinha com quem tirar uma dúvida, um nada, que não tinha aonde, hoje você pega o celular e você liga e resolve tudo em questão de minutos e eu não tinha, não tinha nada, eu ficava sozinha, ficava com o bebê sozinha, se chorasse se ficasse doente, não tinha pra onde ir, tinha que esperar o M. chegar dez horas da noite pra ver o que você ia fazer, ele chegava e não, não tem carro, não tem combustível, tinha que esperar o outro dia amanhecer pra você pegar o ônibus. Passava a noite em claro, o dia tentando cuidar da forma que você achava que era certo, não tinha nem no que sair de lá.²⁵⁸

Nessa narração sobre sua vida há dezessete anos atrás, Clara e sua família se encontrava em uma péssima condição socioeconômica, a qual fez com que Clara tivesse que lidar sozinha com os problemas relacionados ao primeiro filho, já que seu esposo tinha que trabalhar muito, não podendo acompanhar os cuidados com o filho recém-nascido. Clara, que tampouco tinha

²⁵⁸ Idem, p. 4.

experiência, se viu sozinha, o que fez com que ficasse mais “nervosa”, como descreveu, agravando um quadro de “depressão pós-parto”, como concluiu, no momento da entrevista.

Esse quadro depressivo, decorrente de situações cotidianas, fora tratado com medicamentos controlados, como relatou. Pode-se estender a análise para o que Bauman descreve como problemas sociais sendo tratados com soluções individuais, isto é, o individualismo, um dos sintomas da modernidade líquida²⁵⁹.

Nesse sentido, a sociedade aborda os problemas sociais por meio da invenção de soluções individualizadas. Em nenhum momento os entrevistados apresentam soluções coletivas para os problemas do seu cotidiano, não é falado a respeito da necessidade de políticas públicas voltadas ao apoio das famílias de pequenos agricultores, por exemplo. A saída encontrada é o uso individualizado de medicamentos para controlar a tristeza.

Clara teve que se adaptar, mesmo que ainda hoje sua fala seja carregada de sentimentos, emocionando-se ao relatar. Em sua primeira gravidez teve problemas com sua mãe, pessoa que descreveu como muito amiga antes desta acontecer. Depois, em sua segunda gravidez, quando, de acordo com ela, pensou que teria o apoio de sua mãe e enfim tudo seria como ela havia planejado da primeira, sua mãe adoeceu e acabou falecendo:

Quando eu engravidei, eu perdi a mãe, tinha dado um mês que a mãe faleceu eu engravidei da minha segunda gravidez, eu estava ali com a mãe, que eu não me conformava de ter perdido a minha mãe, [...] eu achava assim, se ela tivesse nessa segunda gravidez ela ia estar presente o tempo todo né, daí nós já estava casados, ela não estava emburrada, [...] eu achava que eu ia ter ela o tempo inteiro comigo do lado. Quando eu fui pro hospital, lá mesmo, eu tive... (pausa) eu senti ela junto comigo, porque eu achava que ela ia estar, tanto que diz o M. que eu pegava na mão dele e na mão da vó (sogra) e chamava: mãe [...] quando eu voltei da anestesia, eu não sei se é da anestesia mas eu, eu via minha mãe ali, o tempo todo cuidando de mim e do meu filho, se era que eu queria ela, eu achava que ela ia estar nessa né, foi bem complicado né, perder ela, outra gravidez ela não estar junto de novo, eu acho que tudo foi acumulando, (nesse momento a entrevistada se emocionou novamente)²⁶⁰.

Mesmo a mãe não estando presente como ela havia imaginado, observam-se mudanças, pois nessa época a entrevistada já era casada, o que muda como ela se sentiu ao descobrir sua gravidez. Mais experiente e segura, ao que pareceu, Clara lidou melhor com a situação, mas não deixou de lado os medicamentos. Olga se mostrou mais segura em sua segunda gravidez, já que dessa vez teve com quem dividir as responsabilidades. De acordo com Olga,

... foi uma gravidez bem tranquila, não tive enjôo nada, na do L. também não, mas nessa eu tinha apoio, na desse daqui eu tinha condições e paguei o parto. Quando o L.

²⁵⁹Modernidade líquida é o termo cunhado pelo filósofo polonês Zygmunt Bauman para definir a atual sociedade. Ele analisa e define as relações e comportamentos rápidos e fluidos do mundo contemporâneo, impactados pelo capitalismo globalizado. SOUSA, Stella. Significado de Modernidade Líquida. Significados. 2019. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/modernidade-liquida/>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

²⁶⁰ Idem, p. 6.

nasceu ele nasceu bem pretinho, levou dois dias pra voltar ao normal, eu tinha dor, mas ele não nascia, aí eu fui pra cesárea, eu agradeço a Deus pelo médico que chegou e disse que era pra fazer, porque eles queriam botar soro e eu não aguentava mais, eu sentia ele subindo na minha costela, mas não nascia, aí ele nasceu e eu fui pra casa da minha tia, aí fui pra Laranjeiras em outra tia minha. Mas do L. foi bem tranquilo, eu queria engravidar. [...] Tinha mais uma pessoa pra dividir e nossa, quando eu falei que tava grávida o I. não queria que eu fizesse mais nada que eu ficasse só sentada, quando o E. nasceu eu não fiz nada na minha dieta inteira, a minha cunhada ia lá e fazia as coisas²⁶¹.

Essa diferença na gravidez de Olga é percebida também em relação à gravidez de Clara, isto é, sua terceira gravidez. Informações, experiências de vida, melhores condições financeiras, maturidade. Todos esses pontos podem explicar o motivo das entrevistadas descreverem a sua última gravidez da maneira que descreveram:

Essa aqui, (referindo-se à sua filha de cinco anos) depois, essa aqui longe (longe referindo-se ao primeiro sítio em que moraram), o M. o tempo todo junto, não sai de casa né, se você está com o pai do seu filho junto, então, atitude né, diferente, vamos, vamos, e assim não, você fica sem saber o que você faz, por isso que eu falo que, eu acho assim, que pelo menos a dieta, um tempo ali, tinha que estar junto o pai e a mãe junto pra cuidar dos filhos, para todas as mães, né, para todas as famílias, começa os dois juntos ali cuidando, não simplesmente a mãe sozinha, que a mãe tem que ficar, não,... falo demais as vezes né?!?²⁶²

O fato de o companheiro poder estar junto em sua terceira gravidez, e também com a recém-nascida, fez com que a entrevistada, de acordo com ela, tivesse mais segurança e tranquilidade, fazendo com que inclusive parasse de ingerir medicamentos, como relata. Percebe-se uma melhora na condição socioeconômica, já que Clara conta que o pai pôde participar mais de todo o processo, e também nos momentos em que precisava ir para a cidade, não relatou maiores problemas.

O grau de formação também pode ser um diferencial, um marcador social importante ao analisar as entrevistas. Por exemplo, a última pessoa que concordou em conceder uma entrevista, Letícia, é professora, viúva, mãe de dois filhos, que atualmente se encontra casada. Já sabíamos previamente de alguns pontos de sua vida, e, por esse motivo, decidimos perguntar se ela se importaria em falar disso em uma conversa que seria gravada, para ser usada para fins acadêmicos. A história de Letícia, embora tivesse muitos pontos em comum com Ana, delineou-se diferente, isto é, Letícia relatou sua entrevista de forma mais superficial e impessoal.

Ana e Letícia tiveram suas vidas marcadas por acontecimentos semelhantes como a viuvez. O motivo para que tenham relatado de forma diferente depende de muitos fatores, mas o que permeia todos eles é a subjetividade, a memória e suas experiências. Por exemplo, diferentemente de Clara e Olga, Ana e Letícia não deram ênfase à sua gravidez. Ambas falaram

²⁶¹ OLGA, 2019, *op. cit.*, p. 2-3.

²⁶² CLARA, 2019, *op. cit.*, p. 6.

desses períodos com naturalidade, até mesmo Letícia, que engravidou de seu namorado, ainda no último ano de sua faculdade.

Embora Ana tenha relatado um longo período de sua vida, o período mais cheio de detalhes e descritivo, isto é, o período que ela mais significou e decidiu focar foi o de seu casamento, seu convívio com o falecido esposo, destacando que o período mais difícil da sua viuvez foram três próximos anos. Já Letícia atentou-se em responder de forma mais sucinta às questões perguntadas, focando mais em seu trabalho e formação. Ao perguntar a Letícia antes da entrevista se não seria um problema, já levando em consideração a entrevista de Ana que fora muito difícil, Letícia disse que lidava muito bem com a situação hoje, e que não seria um problema.

O ponto de encontro de Ana e Letícia seria a viuvez, uma vez que, de acordo com elas, estavam começando suas vidas, trabalhando e construindo um futuro, com dificuldades, mas com ânimo e sonhos:

Vivemos um “conto de fadas”, poderíamos ter dificuldades financeiras, pois estávamos começando a nossa vida, construímos nossa casa, que era linda e apaixonante em cada detalhe, nessa época já tínhamos vendido e comprado outra em Laranjeiras do Sul, uma casa que amei desde que entrei [...] trabalhávamos muito, mas estávamos evoluindo, independente disso tínhamos muitos sonhos, especialmente em relação aos nossos filhos, e principalmente, éramos muito felizes. Éramos muito próximos, não fazíamos nada sozinhos, mesmo para ir à padaria estávamos juntos, aproveitando para conversar.²⁶³

Ana contou detalhes de sua vida ao lado de seu falecido marido, quando ele ficou doente, quando descobriram que estava com câncer já em estado avançado e como foi tudo a partir dali, como lidou com a situação.

Do hospital fomos direto ao velório e enterro que aconteceu na cidade de P. De lá fomos direto para casa da minha mãe. Não voltei mais para casa. Meus irmãos cuidaram de tudo. Fizeram a mudança, se desfizeram do que era necessário... demorei muito para voltar pra casa... Morei por um tempo, talvez uns dois meses, com a minha mãe em V., e de lá, fui para casa da minha irmã, ao lado de minha mãe, onde fiquei por quase dois anos, morando na parte de baixo da casa dela. Não tinha condições de voltar pra casa e cuidar de um bebê e uma criança de 5 anos sozinha. Meu mundo desmoronou. Só queria morrer também. Minha família, pais, irmãos e irmãs, cada um de forma diferente, foram essenciais para que eu continuasse. Ainda alguns amigos me ajudaram muito. Até tentava brincar com as crianças, mas não conseguia, não achava justo... [...]²⁶⁴.

Nesse ponto, Ana foi mais detalhista do que Letícia. Decidir não falar de determinado assunto quer dizer muito a respeito do acontecimento em si, e dos jogos táticos de cada um no dia a dia. O discurso não é apenas um jogo de palavras e frases com um sentido lógico, mas os

²⁶³ ANA, 2019, *op. cit.*, p. 4.

²⁶⁴ ANA, 2019, *op. cit.*, p. 4.

vários modos de significação, de organização do imaginário social,²⁶⁵ e que é peculiar em cada sujeito. Ao questionar Letícia de como era a sua relação com seu falecido marido, ela contou o seguinte:

Sabe, nós vivíamos super bem, sabe, eu acho que o A. era uma pessoa muito boa, assim, de lidar com ele, ele era aquele homem que foi criado só com a mãe, porque o pai dele era alcoólatra [...] a mãe dele abandonou o pai dele e veio sozinha com os quatro filhos, teve que trabalhar pra criar eles, e os grandes que ficavam em casa tinham que cuidar dos pequenos [...] então ele era aquele homem que ajudava tudo em casa, era mais faxineiro do que eu (risos) [...] eu lembro quando éramos recém casados, que o sábado era o dia da faxina. [...] Com o F. ele era muito bom também, acho que o F. ia gostar de conhecer ele [...]²⁶⁶.

Verificou-se a diferença de significado que cada uma deu à sua história, isto é, o que foi que cada uma decidiu focar na hora de retratar o acontecimento. Para essa decisão do que contar e como contar, são levados em consideração pontos como a subjetividade e também a memória, sabendo que esta, por sua vez, é seletiva. A memória não é estática a ações do tempo, o que também pode explicar por que Ana deu mais detalhes de sua relação com seu falecido esposo do que Letícia. Ana ficou viúva em 2003, Letícia em 2008. Letícia não contou como seu esposo faleceu, falou superficialmente, não deu ênfase a esses detalhes, focando mais em outros aspectos de sua vida, como seu trabalho e o período de faculdade. De qualquer forma, se a memória é seletiva, escolhe-se o que lembrar e em que concentrar as interpretações, sendo por motivos traumáticos ou por grau de relevância.

Letícia não disse muito da morte de seu esposo. Procuramos não perguntar a respeito, tentando voltar ao assunto naturalmente prosseguindo com a conversa. Contou das dificuldades que ela e seu falecido marido enfrentaram no início de suas vidas juntos, e como foram superando os obstáculos, até chegar ao período da sua vida em que ficou viúva. Falou que a única dificuldade que encontrou nesse período foi para dormir, passando a fazer o uso de psicofármacos um ano depois do ocorrido. Não deu detalhes do seu dia a dia, apenas que focou em seu trabalho; como seu falecido marido era motorista, sempre fazia de conta que ele estava viajando. Reconhece que talvez precisaria ter feito o uso do medicamento antes, logo após o ocorrido. Quando questionado se achava que seria melhor ter feito o uso, ela disse: “Eu acho que sim, né, porque eu acho que se eu não tivesse fugido da realidade, talvez tomado quando eu caí em si, talvez eu não tivesse tido aquelas insônias, aquele desequilíbrio que eu tive né, teria sido melhor se eu tivesse começado antes, não tivesse fugido deles”²⁶⁷. Quando, na época, por orientação de familiares, foi ao psicólogo, ele receitou psicofármacos, porém, Letícia diz não ter aceitado que precisava desse tipo de ajuda: “Logo que o meu primeiro marido morreu,

²⁶⁵ FOUCAULT, 2012, *op. cit.*

²⁶⁶ LETÍCIA, 2019, *op. cit.*

²⁶⁷ LETÍCIA, 2019, *op. cit.*

ele (psicólogo) receitou como se fosse um tratamento para o luto, mas eu não aceitei que eu precisava do medicamento e não tomava”²⁶⁸.

Embora não de imediato, Ana e Letícia fizeram o uso de medicamentos controlados. As duas foram diagnosticadas com depressão. Como comentado anteriormente, o luto só seria passível de medicação caso ultrapassasse dois meses. Mas a depressão em decorrência de luto é um estado de tristeza com um motivo, diferentemente da patológica, tristeza que vem sem motivo aparente. A crítica que Horwitz e Wakefield fazem é que “a psiquiatria contemporânea tem ignorado em grande parte tal distinção”²⁶⁹, contribuindo para o aumento do diagnóstico e o tratamento com medicamentos, causando dependência nas pessoas e dificuldades de parar com os medicamentos. Essa característica é da depressão patológica, que não tem um motivo aparente, tornando-se muito difícil de fazer um tratamento psicológico, sendo esse duradouro e recorrente.

Outro ponto interessante de se analisar é o que foi tratado no primeiro capítulo: a popularização do conceito de depressão, o que pôde ser observado nas entrevistas de Ana e Letícia, que acreditam que precisariam ter feito o uso do medicamento realmente para superar o luto:

Hoje percebo que se tivesse procurado ajuda médica teria me sentido melhor. Não precisamos esgotar todas as nossas forças, especialmente porque tem outras pessoas que dependem de nós. Consegui continuar com o apoio recebido de todos os lados (família, amigos, igreja, F.), mas nem todos tem esse apoio e muitos não “levantam” dos problemas²⁷⁰.

Como já mencionado, Clara fala que acha que teve depressão pós-parto há dezessete anos, isto é, não foi diagnosticada, mas com o passar do tempo, com suas experiências sociais, hoje ela fala que pode ser que tenha sido isso que teve quando seu primeiro filho nasceu:

Acho que meus problemas na verdade começaram na gravidez né, acho que como o povo fala que é depressão pós parto, acho que de repente poderia ser por aí que começou, porque eu nunca tomei remédio, nunca senti nada, e depois então na segunda gravidez eu comecei a tomar, até hoje não parei, continuo tomando, agora tem mais um comprimido ainda pra ansiedade, comecei tomar faz 30 dias, era só fluoxetina né, na outra entrevista tinha fluoxetina, agora tem mais um que é controlado também, pra controlar a ansiedade, está ajudando, achei que esse ajudou mais ainda, mas eu acho que foi na gravidez mesmo, na segunda gravidez.²⁷¹

Essa autopercepção tanto da doença, como no caso de Clara, depois de quase vinte anos, como da necessidade de ter feito o uso de medicamento, o que não aconteceu na época, como

²⁶⁸ Idem.

²⁶⁹ HORWITZ, WAKEFIELD, 2010, *op. cit.*, p. 18.

²⁷⁰ Idem, p. 4.

²⁷¹ CLARA, 2018b, *op. cit.*, p. 1.

no caso de Ana, também de Letícia passa mais uma vez pelo viés da memória, subjetividade e experiências. A memória passando pelo tempo está sujeita a mudanças e interpretações diferentes, pois, de acordo com Pollak, embora a memória pareça “ser um fenômeno individual, algo relativamente íntimo, próprio da pessoa”²⁷², na verdade, “deve ser entendida também, ou sobretudo, como um fenômeno coletivo e social, ou seja, como um fenômeno construído coletivamente e submetido a flutuações, transformações, mudanças constantes”²⁷³. Essas transformações e mudanças, estudos e informações a respeito da depressão fazem com que essas pessoas adicionem essas percepções a respeito de si mesmas às suas experiências.

Eduardo, como dissemos anteriormente, disse, em primeiro momento, não saber o motivo para o uso de medicamentos, mas, na sequência disse achar ser por coisas que sofreu na infância, falando que a vida conturbada que tinha com sua família pode ter feito com que tenha esses problemas hoje. Percebemos então uma tentativa de justificar o motivo de sua doença, ainda que hoje, aparentemente, em seu cotidiano, em seu contexto de vida, nada o faça estar doente.

A passagem do tempo muda como os sujeitos falam de si e decidem a respeito de si. O ganho de experiências, combinado com as mudanças ocorridas na sociedade, o processo de medicalização, tudo faz com que as pessoas tenham outras interpretações a respeito daquela realidade vivida, como se observa na fala de Ana a respeito de seu problema:

Penso que medicamento é uma válvula de escape, mas precisa ser orientado, e não ser a única opção, e buscando-se deixá-lo de lado se possível. Se não tomei foi por falta de experiência mesmo. Mas a dor que senti por muitos anos no peito, é uma dor física que não tem como explicar, parece que tem um buraco, falta um pedaço, que você aperta com a mão e tenta comprimir para doer menos... é dor e tristeza tudo ao mesmo tempo. Quando meu pai faleceu, fiquei muito triste, e não percebi que meu filho, já na universidade e morando em outra cidade com amigos, tinha tido uma recaída e estava doente. Ele mesmo não percebeu. Foi somente meses depois com o resultado das notas que fui cobrar o resultado e percebi. Busquei ajudar, levei ao psicólogo, mas não gostou... Somente quando levamos ao psiquiatra foi atestado uma depressão moderada, ligando possivelmente os fatores de perda do pai e do avô [...] A morte não foi bem trabalhada talvez... mas o que quero dizer é que perceber a necessidade e buscar ajuda médica, além do apoio – embora normalmente não saibamos como agir – foi essencial. O mesmo fez uso de medicação por cerca de 18 meses e obteve alta, evoluindo ainda. Atualmente muitos jovens perdem suas vidas sem explicação, talvez a percepção da doença possa ajudá-los, como aconteceu com meu filho.²⁷⁴

Fazendo um paralelo dessa entrevista com um trecho da entrevista do médico Carlos, ainda no segundo capítulo, ressalta-se nessa entrevista um entendimento maior do assunto de depressão, não tão presente nas outras entrevistas, já que a entrevistada fala do medicamento ser uma válvula de escape, mas que precisa ser orientado. Pode-se aqui levar em consideração

²⁷² POLLAK, Michael. “Memória e identidade social. In: **Estudos Históricos**, 5 (10). Rio de Janeiro, 1992.

²⁷³ Idem.

²⁷⁴ ANA, 2019, *op. cit.*, p. 5.

o marcador social referente à formação acadêmica da entrevistada, que é diferente, por exemplo, das duas agricultoras, que apenas terminaram o ensino médio. São várias as hipóteses que influenciam no resultado das entrevistas, desde o perfil das pessoas entrevistadas, até o amadurecimento da pesquisa em si, no ano de 2019, já bem mais completa e com suas problemáticas mais definidas do que no ano anterior. Mesmo assim, a cada nova palavra dita, a cada nova fonte analisada, surgem pontos a serem discutidos.

Considera-se que, de acordo com os manuais de doença mental, as classificações para o Transtorno Depressivo são duas, a considerada patológica e a que seria com um motivo aparente. Nos casos até aqui analisados, quatro dos cinco se mostram com motivos bem aparentes. Porém, os meios de tratamento entre os cinco casos são semelhantes. A busca por um médico e conseqüentemente o uso de medicamentos, sem recorrer a muitas terapias não medicamentosas.

Outro ponto norteador neste capítulo foi a variação de escala, em se tratando da construção de gênero frente a esse tema depressão. As fontes e bibliografia propõem considerar que construções de gênero estão intrincadas na sociedade quando o assunto é medicalização. Pode-se concluir que há um estereótipo de que as mulheres sofrem mais de depressão e consomem mais medicamentos, quando, na verdade, deve-se considerar antes disso a condição socioeconômica das pessoas e também entender que, conseqüentemente, usa mais medicamentos quem procura mais ajuda e isso, mais uma vez, também está relacionado com as construções de gênero presentes nas fontes e bibliografia consultada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutimos então, os processos para a medicalização da sociedade, bem como os apontamentos e debates contemporâneos a respeito do tema. Versamos sobre os Manuais Médicos, os chamados DSM's, que tiveram inúmeras versões ao longo de sessenta anos e que a cada nova publicação inseriram novas doenças a serem diagnosticadas.

Nesse sentido, a depressão passou a ser diagnosticada por uma lista de nove sintomas, a mesma lista que o DSM-5 ainda traz. Desse modo, essa nova versão simbolizou uma ruptura com os modelos até então utilizados.

Baseando-se apenas nos sintomas, os manuais contribuíram para uma padronização nos diagnósticos, e uma maior eficiência, porém, não previram que essa padronização poderia confundir dois problemas similares: a depressão normal com a depressão patológica, isto é, o Transtorno Depressivo Maior, até então com sintomas parecidos, porém tratados de modo diferentes.

Segundo as críticas ao manual, o método utilizado para diagnóstico não é confiável. O DSM apresenta várias falhas. Mesmo não sendo considerado confiável, não se vislumbra o seu abandono, assim como o CID-10, antes de haver outra alternativa, já que ainda é o que se tem de mais científico ao se classificar doenças mentais.

O modo como a depressão é tratada mudou ao longo dos tempos, seja em busca da melhor forma de se tratar do problema, de aperfeiçoar técnicas, ou, seja por questões econômicas. Temos nesse sentido, o uso de medicamentos sem o acompanhamento de outras formas de terapias.

O fato é que os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas do sofrimento psíquico, sem investigar a raiz do problema, o que é mais cômodo, rápido e barato. Os efeitos colaterais são, entre outros, aspectos normais da vida sendo medicalizados, transformados em patologias, diminuindo assim a gama de comportamentos aceitáveis em nossa sociedade

Como citamos Conrad em nosso primeiro capítulo, o número de problemas de vida que são definidos como médicos aumentou enormemente. Então, problemas que há trinta anos não eram medicados, hoje são problemas médicos. A expansão da jurisdição médica foi um grande aliado da medicalização e do controle social. Não estamos aqui desconsiderando os benefícios da medicalização, apenas fazendo alguns apontamentos que achamos pertinentes ao falar sobre o tema e destacar que a definição de comportamentos que são considerados normais, a constante busca de encaixar todos em uma sociedade cada vez mais perfeita com organização exemplar, na qual nada é suficientemente bom, faz com que se criem soluções em forma de medicamentos,

intervenções médicas idealizadas por padrões médicos, em termos médicos, que só médicos sabem. Isso gera um efeito de poder na sociedade.

Consideramos então baseados em abordagens e debates sobre o tema que as condições de possibilidade para que a depressão viesse a ser uma tendência social significativa foi uma junção de vários elementos: o advento da internet, os meios de comunicação, propagandas, o interesse econômico de indústrias farmacêuticas e por fim as mudanças nas definições de depressão nos DSM's.

Discutimos também como a medicalização ocorreu na região escolhida para esta pesquisa. Por meio de dados quantitativos e qualitativos, procuramos dar forma a uma narrativa de como a vida cotidiana se medicaliza, quais foram suas facetas e seus meios táticos para tal situação acontecer. Procuramos variar a escala ao analisarmos entrevistas de médicos e usuários de psicofármacos a fim de observar as relações de poder que os médicos sofrem e exercem, seja com os pacientes, medicamentos e tratamentos.

Percebemos então que, de acordo com as fontes aliou-se à confusão pela falha de diagnóstico a particularidade da região selecionada para análise. Entendemos que o Sistema Único de Saúde, mesmo em constante processo de aperfeiçoamento, negligencia cuidados com saúde mental, uma vez que os profissionais especialistas são escassos, sendo esse um problema estrutural muito mais profundo na realidade brasileira, que começa na formação dos médicos, que não nos cabe discutir. Ao observar a região em análise medicalizada, constata-se, de acordo com as fontes, que há falta de profissionais especialistas, pois é difícil uma consulta com um psiquiatra, por exemplo. Une-se a esse problema, na formação de profissionais, a falta de programas de residência, que fazem com que nem todos os recém-formados possam fazê-la, diminuindo ainda mais a oportunidade de mais profissionais especialistas.

Por fim, as nossas fontes levaram a uma nova discussão, da qual procuramos falar no terceiro capítulo. Como observamos, a fala mais detalhada nas entrevistas são das mulheres, juntamente com o número de mulheres entrevistadas, que é maior, bem como o tempo de duração das entrevistas. Pudemos então relacionar isso com a construção dos papéis de feminilidades em nossa sociedade.

Então, a questão de gênero que atravessou todas as linhas da presente pesquisa. Constatou-se que a naturalização da construção do papel das mulheres e dos homens na sociedade se faz presente em todas as fontes. Por um lado, há dados quantitativos que apontam um maior uso de psicofármacos por parte das mulheres, e, de outro, os dados qualitativos que mostram detalhadamente como os corpos são lidos por questões de gênero, e como essas construções escondem a criatividade e a realidade cotidiana, definem e limitam o que não pode ser definido e limitado. Isto é, se forem retiradas essas noções generificadas percebe-se por

meio das entrevistas, que tanto os homens como as mulheres trabalham muito, porque a condição socioeconômica exige isso, e não porque a mulher é “multifuncional”, e consegue fazer muitas coisas ao mesmo tempo, ou porque o homem é o “provedor do lar”. Nesse sentido há motivos para o uso de medicamentos controlados.

Quando foram feitas as entrevistas com pessoas que fazem ou fizeram o uso de medicamentos, percebeu-se que pelo menos quatro das cinco pessoas apresentaram motivos para a tristeza, que por sua vez foi tratada com medicamentos. Motivos esses socioeconômicos ou de perda, mas que se fez necessário o uso de psicofármacos, o que não é necessariamente o problema central. O problema, como bem apontaram os médicos entrevistados e também pesquisas, é a dependência do medicamento, medicamento esse que alivia os sintomas, mas que não resolve o problema. O uso indiscriminado de medicamentos para amenizar sintomas de depressão, mesmo quando o contexto de vida da pessoa é que faz com que se use o medicamento, pode trazer problemas como a iatrogenia, problemas de saúde em decorrência do uso indevido de medicamentos, pois o medicamento não deve ser usado por um longo período de tempo, mas por uma fase apenas. Das quatro pessoas que conseguimos identificar um motivo de tristeza, três delas continuam a fazer o uso de medicamentos controlados.

Nota-se, então, em relação à condição socioeconômica uma adequação, isto é, uma ilusão de solução individualizada para problemas que deveriam ser considerados coletivos, sendo necessária a intervenção por parte do estado, que custaria mais caro do que apenas comprimidos para acalmar ânimos descontentes, mas que teria uma melhora significativa na qualidade de vida das pessoas.

O que se apresentou nesta dissertação foi a desconstrução dessa visão estruturada a respeito de relações cotidianas entre homens e mulheres, isto é, a medicalização que foi generificada para se explicar, mudando o foco e silenciando a falta de uma alternativa mais eficaz em cuidado e tratamento de saúde mental; a falta de mais atenção por parte do estado que pense em ações para aumentar meios alternativos de tratamentos, como mais profissionais acessíveis, a melhoria de condições sociais dignas às pessoas, respeitando minimamente o que apregoa a Constituição Federal.

FONTES

ANA, Entrevista: [14 de maio de 2019]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Paraná, 2019.

CLARA. Entrevista: [01 de março de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Paraná, 2018a.

CLARA. Entrevista: [09 de maio de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Virmond, PR, 2018b.

CARLOS. Entrevista: [21 de setembro de 2016]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Virmond, PR, 2016, p. 3.

EDUARDO. Entrevista: [19 de novembro de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Virmond, PR, 2018.

IARA. Entrevista: Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Virmond, PR, 2016, p. 4

LETICIA, Entrevista: [maio de 2019]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Paraná, 2019.

LUIS. Entrevista: [18 de abril de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Virmond, PR, 2018.

OLGA. Entrevista: [26 de março de 2018]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Paraná, 2018a.

OLGA. Entrevista: [25 de abril de 2019]. Entrevistadora: Jéssica Fernanda Pszdimirski. Paraná, 2019.

RELATÓRIO de saída de medicamentos. Secretaria de Saúde. Laranjeiras Do Sul-Pr. 2017.

RELATÓRIO de saída de medicamentos. Secretaria de Saúde. Marquinho-Pr. 2017.

RELATÓRIO de saída de medicamentos. Secretaria de Saúde. Virmond-Pr. 2016.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. Fontes Oraís: Histórias dentro da História. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2005.

ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004. p. 165.

ALBUQUERQUE JR., Durval M. de. O objeto em fuga: algumas reflexões em torno do conceito de região. **Revista Fronteiras**, Dourados: UFGD, v. 10, n. 17, p. 55-67, jan./jun. 2008b, p. 55.

ALBUQUERQUE, Durval Muniz de. **Receitas Regionais: a noção de região como um ingrediente da historiografia brasileira ou o regionalismo como modo de preparo historiográfico**. XIII Encontro de História Anpuh-Rio. Rio de Janeiro, 2008a.

AMADO, Janaína. O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral. **História**: São Paulo, 14, p. 125 – 136, 1995.

AMARAL, J. G. P. D. **Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo D. C. (org.). **Psiquiatria Social E Reforma Psiquiátrica**. [livro eletrônico] Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

ANSIOLÍTICOS são destaque em Boletim da Anvisa Portal Anvisa. 2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=/asset_publisher/view_content&_101_assetEntryId=2668732&_101_type=content&_101_g. Acesso em: 28 mar. 2019.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* vol.16 no.1 São Paulo abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007>. Acesso em: 17 mar. 2019.

ASSISCOP. Assiscop. 2018. Disponível em: < <http://www.assiscop.com.br/>> Acesso em 21 nov. 2018.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. V. I e II.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BERTOLDI A.D., da Silva Dal Pizzol T., Ramos L.R., Mengue S.S, Luiza V.L., Tavares N.U.L., *et al.* **Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014.** Rev Saude Publica. 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151192/001009560.pdf?sequenc=1>> Acesso em: 1 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAUDEL, F. **Civilização Material, Economia e Capitalismo: O Tempo do Mundo.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.3v.

CAPONI, Sandra; SOARES, Giovana Bacirieli. Depressão em Pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface – Comunic. Saúde.**, v.15, n.37, p.437-46, abr./jun. 2011.

CARVALHO, Jakeline Santos. **Caminhos para a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia Adauto Botelho.** (1980 – 2002). Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Marechal Cândido Rondon, Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras. Programa de Pós-graduação em História, 2018.

CONCEITO DE PSICOFÁRMACO. Conceito de. 2015. Disponível em: <<https://conceito.de/psicofarmaco>>. Acesso em 17 jul. 2019.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSUMO de antidepressivo cresce 74% em seis anos no Brasil. Site Saúde. 2017. <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/consumo-de-antidepressivos-cresce-74-em-seis-anos-no-brasil/>>. Acesso em: 8 mar. 2019.

CONSUMO de antidepressivo dispara pelo mundo. Setor Saúde. 2013. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/consumo-de-antidepressivos-dispara-pelo-mundo/> Acesso em: 8 mar. 2019.

CONSUMO de antidepressivos dispara no Brasil. Hospital Med. 2017. Disponível em: <https://hospitalmed.com.br/portal/2017/07/consumo-de-antidepressivos-dispara-no-brasil/>. Acesso em: 23 mar. 2019.

CORBIN, Alain. Bastidores. *In: História da vida privada 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra.* Direção de Michelle Perrot. São Paulo: Cia das Letras, 2007.

CORRÊA, Roberto Lobato. Região: Um Conceito Complexo. *In: Região e Organização Espacial.* 7. ed. São Paulo: Ática, 2007. p. 22-36

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano.** Petrópolis: Vozes, 2007.

DELEUZE, Gilles. **Conversações, 1972 – 1990.** Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DEL PRIORE, Mary; RASPANTI, Márcia Pina. A descida ao inferno: depressão feminina. **Revista História Hoje**, Abril/2014. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/a-descida-ao-inferno-depressao-feminina>>. Acesso em: 21 jul.2006.

DEMOGRAFIA Médica no Brasil 2018 / Coordenação de Mário Scheffer; equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aline Gil Alves Guilloux, Aureliano Biancarelli, Bruno Alonso Miotto e Giulia Marcelino Mainardi. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2019.

DEPRESSÃO Cresce No Mundo, Segundo OMS; Brasil Tem Maior Prevalência Da América Latina. G1.Globo. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>>. Acesso em: 18 maio 2019.

DEPRESSÃO e ansiedade custam us1 trilhão por ano, diz OMS. Nações Unidas. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/depressao-e-ansiedade-custam-us1-tri-por-ano-a-economia-global-diz-oms>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

DEZ Medicamentos Mais Vendidos do País. O Globo. 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/confira-lista-dos-10-medicamentos-mais-vendidos-do-pais-7338894>. Acesso em: 23 mar. 2019.

DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Duarte LFD; Russo J; Venâncio ATA (organizadores). **A psicologização no Brasil: atores e autores**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005. p. 184

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. Prefácio; Considerações sobre o método; A formação das relações de vizinhança. *In: Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 57/9.

FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaina; (org.). “Apresentação” in Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. XIV.

FERREIRA, Silvana A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *In: Revista Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences*, v. 10, n. 2, abr/jun – 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=117> . Acesso em: 17 mar. 2019.

FONSECA, Anelise Coelho da. O cuidado integrado no sistema de saúde suplementar no Brasil: um modelo de atenção à saúde para o idoso portador de doenças crônicas. 2015. p. 10.

FOOD and Drug Administration. WIKIPÉDIA. 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Food_and_Drug_Administration>. Acesso em: 5 dez. 2018.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. p. 09-10.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade 1: vontade de saber**. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 6. ed.- Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2017 ou 1988. p. 96.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as coisas**. Sao Paulo: Martins Fontes, 1995.

FOUCAULT, M. Conferência 1 *In: A Verdade e as Formas Jurídicas*. Trad. Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.p 80.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANCO, Cassiano Mendes *et al.* **A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro**, Brasil. Cad. Saúde Pública 2018; 34(9). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00102917.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

GALERA, Inês. Rio Bonito Do Iguaçu: Um Rio De Histórias. Editora Xagu. 126 p. Rio Bonito do Iguaçu PR. 2009. Disponível em: <<http://inesgalera.blogspot.com/2010/11/assentamentos-ireno-alves-dos-santos-e.html?m=1>>. Acesso em: 9 dez. 2019.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. **The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization**. Interface (Botucatu) [online]. 2012, v.16, n.40, p.21-34. Epub Apr 26, 2012.. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>. Acesso em: 1 maio 2019.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

GINZBURG, Carlo. **Latitudes, escravos e a Bíblia**: um experimento em micro-história. Tradução: Henrique Espada Lima. Uberlândia: ArtCultura, v. 9, n. 15, p. 85 – 89, jul. –fev. 2007, p. 86.

GOMES, Vanessa Pereira *et al.* Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde colet. 22 (8) Ago 2017 Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n8/2615-2626/#>>. Acesso em: 1 maio 2019.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (doutorado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande

do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Doutorado em serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2007.

HORWITZ Allan; WAKEFIELD, Jerome. **A Tristeza Perdida**: Como a psiquiatria transformou a depressão em moda. Rio de Janeiro: Summus Editorial, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Laranjeiras do Sul, v4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/laranjeiras-do-sul/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Marquinho, v4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/marquinho/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Porto Barreirópolis, v4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/porto-barreiro/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Bonito do Iguaçu, v4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/rio-bonito-do-iguacu/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Virmond, v4.3.26, 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/virmond/panorama>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde**: Nêmesis da Medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JUNIOR, José Coutinho. Brasileiros formados em Cuba destacam rompimento com a "ditadura do dinheiro Pragmatismo Político. 2013. Disponível em: <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/08/brasileiros-formados-em-cuba-destacam-rompimento-com-a-ditadura-do-dinheiro.html>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. Tradução Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papirus, 2003.

LEFEBVRE, Henri. **A produção do espaço**. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4. éd. Paris: Editions Anthropos, 2000). Primeira Versão: início – fev/2006. p. 56.

LIMA, Aluisio Ferreira de *et al.* O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais. *In: Revista FSA*, Teresina, v. 12, n. 1, art. 12, p. 182-199, jan./fev. 2015.

LISTA CID-10. Medicinanet. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>> Acesso em: 18 jul. 2019.

MAYER, Tufi Neder. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, 32 (116): 24-30, 2007.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Públ.**, v. 38, p. 804-810, 2004.

NAÇÃO Rivotril. Super Abril. 2016. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/nacao-rivotril/>. Acesso em: 23 mar. 2019.

O Lobby e a Indústria Farmacêutica no Brasil. Carta Capital, 2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/o-lobby-e-a-industria-farmaceutica-no-brasil>> Acesso em: 18 mar. 2019.

OS cinco princípios ativos em formulações industrializadas mais consumidos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 nas Unidades da Federação (UF) em 2009, 2010 e 2011. Brasil, 2012. Portal Anvisa. 2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/3412134/Tabela_PR_6_1_2012.pdf/ab892c4b-0be8-46a2-a8e3-762477bc2c14>. Acesso em: 19 mar. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014,

PEDRO, Maria Joana. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo, v.24, N.1, P.77-98, 2005.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. *In: Estudos Históricos*, 5 (10). Rio de Janeiro, 1992.

POPULAÇÃO x Médicos. Portal Médico. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm>. Acesso em: 25 jul. 2019.

PORTO, José Alberto Del. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.21 s.1 São Paulo May 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003> Acesso em: 17 mar. 2019.

RAZZOUSK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da saúde? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(4):845-848, out-dez 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00845.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção social. *In: REVEL, Jacques (org.). Jogos de escalas: a experiência da micro-análise*. Trad. Dora Rocha. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 19.

REVEL, Judith. **Dicionário Foucault/Judith Revel**. Trad. de Anderson Alexandre da Silva; revisão técnica Michel Jean Maurice Vincent. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

RIBAS-PRADO *et al.* Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda. *In: Interação Psicol.*, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2016.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SEPARAVICH, Marco Antonio ; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde soc.* V.22 no.2 São Paulo Apr./June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero e história**. Trad. De Consol Vilà I. Boadas. México: FCE, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2008.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990.

SILVA, Sérgio Gomes da. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. **Psicol. cienc. prof.** v.20, n.3, Brasília set. 2000.

SOCUDO, Andréa Maria Carneiro Lobo. **Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991**, Curitiba, 2015.

SOUSA, Stella. Significado de Modernidade Líquida. *Significados*. 2019. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/modernidade-liquida/>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

SOUZA, Thaís Rabanea de; LACERDA, Acioly Ruiz Tavares de. Depressão ao longo da história. Quevedo & Silva (org.). 2010.

TARANTINO, Monica. **Isto é**. Edição nº 1968. 20017. Disponível em: <https://istoe.com.br/329_A+MEDICINA+NAO+PODE+SER+UM+NEGOCIO+/>. Acesso em: 24 jul. 2019.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistemia do sujeito depressivo** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura acadêmica, 2010.

TEIXEIRA, Angélica. **A Indústria Farmacêutica no Brasil: um estudo do impacto socioeconômico dos medicamentos genéricos**. MONOGRAFIA Curso de Ciências Econômicas. ARARAQUARA – SP 2014.

TEIXEIRA, Pedro M. DSM-I, II, III, IV E 5 (1952 – 2013). *Rev Port Med Geral Fam* vol.31 no.3 Lisboa jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000300003>. Acesso em: 17 mar. 2019.

VARGAS, Eduardo Viana. Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. *In: DUARTE, Luiz Fernando Dias (Org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 122 – 123.

VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1629-1638/>>. Acesso em: 1 maio 2019.

WADI, Yonissa Marmitt. **A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura**. Uberlândia: EDUFU, 2009.

WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1354.

WADI, Y. M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

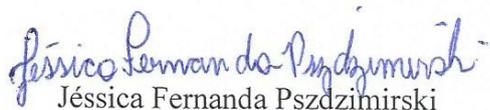
W. H. Auden. WIKIPÉDIA. 2018. Disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/W._H._Auden>. Acesso em: 5 dez. 2018.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 22.

WOODWARD, Katryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. *In: Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 40.

- Autorizo a divulgação integral deste trabalho no banco de dados do PPGH/UNICENTRO.
- Autorizo apenas a divulgação do resumo e do *abstract* no banco de dados do PPGH/UNICENTRO.

Irati(PR), 11 de novembro de 2019.


Jéssica Fernanda Pszdimirski