

## SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM DEPRESSÃO: Revisão da literatura dando ênfase na fisiopatologia e tratamento farmacológico no sistema carcerário”

### RESUMO

A depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), será a segunda maior de incapacitação ao trabalho no ano de 2020, sendo considerada também fator de risco para outras doenças. Em prisões, existem fatores que prejudicam a saúde mental do detento antes, durante e após a sua estadia em cárcere. O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão da literatura relacionada à depressão, causas, fisiopatologia e tratamento, analisando condições de saúde mental e dispensação de psicotrópicos em sistema carcerário. O conceito de depressão engloba distúrbios psicopatológicos que podem permear a vida da pessoa, alterando a sua existência cotidiana e seu tratamento visa sempre a remissão completa de sintomas, sendo realizado considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em prisões, o uso de psicotrópicos em alguns casos é abusivo e desordenado, podendo ser utilizado tanto pelo próprio indivíduo, para o desligamento do mundo, ou apontado também como estratégia de se induzir o torpor nos detentos. Depressão é uma doença que atinge muitas pessoas e seu tratamento evoluiu muito para possibilitar a saúde mental para as pessoas, porém, o uso de medicamentos também pode ser utilizado como estratégia de controle, o que pode impactar na vida de milhares de presidiários, quando feito o seu uso abusivo.

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O século XXI é tido como “o século dos deprimidos”<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão será a segunda maior causa de incapacitação ao trabalho no ano de 2020<sup>1</sup>.

Além disso, a depressão é considerada como fator de risco para outras doenças, sendo descrito que cerca de 45% das pessoas que tiveram infarto já vivenciaram um episódio depressivo, e tem atingido cada vez mais pessoas em plena juventude. O conceito de depressão engloba distúrbios psicopatológicos que diferem quanto a sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico<sup>1</sup>, e o estado depressivo clínico caracterizado geralmente por alterações nos processos psíquicos, humor depressivo ou irritável, redução de energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer (anedonia), desinteresse, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, entre outras manifestações. O transtorno depressivo maior é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores por pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais da depressão<sup>1</sup>. O tratamento deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, sendo que o perfil de efeitos colaterais, preço, risco de suicídio e tolerabilidade variam de medicamento para medicamento (embora a eficácia seja praticamente similar em todos), e a meta deve ser a remissão completa de sintomas<sup>4</sup>.

Entre pessoas encarceradas, sintomas depressivos é um tema frequentemente investigado. Um estudo mostrou que 22,9% dos homens e 33,1% das mulheres presas na Paraíba, utilizando escala de rastreamento, apresentam depressão de moderada a grave, enquanto em estágio grave estão 10,5% dos homens e 17,2% das mulheres, sendo um número mais elevado entre em novos<sup>7</sup>. O perfil demográfico da população prisional brasileira reflete a marginalização histórica da relação cidadão versus Estado, da falta de políticas públicas inclusivas, baixa escolaridade, pouca perspectiva de futuro e cultura da violência<sup>5</sup>. O ambiente prisional se apresenta, em maioria, altamente precário e insalubre, em que o uso generalizado de drogas e falta de higiene criam condições propícias à proliferação de patologias e psicopatologias<sup>5</sup>.

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão da literatura relacionada à depressão, causas, fisiopatologia e tratamento, e analisar condições gerais de saúde mental e dispensação de psicotrópicos em sistema carcerário e, se possível, determinar se os objetivos desta estavam associados com a remissão dos sintomas depressivos ou se também eram utilizados com outra finalidade.

## OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão sobre os principais medicamentos utilizados para o tratamento da depressão, dando ênfase na fisiopatologia e seu tratamento farmacológico.

### Objetivos específicos

- 1- Descrever as principais causas, fisiopatologia e tratamento da depressão;
- 2- Apresentar os dados da saúde mental e assistência farmacêutica no sistema carcerário brasileiro e internacional, relacionando com o conceito de vulnerabilidade dos indivíduos encarcerados e situações prejudiciais à saúde mental dentro e fora de presídios;
- 3- Analisar dados relacionados ao uso de medicamentos psicotrópicos e a incidência de transtornos depressivos dentro do sistema carcerário, se há outros motivos pelos quais eles são prescritos ou utilizados sem prescrição.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo utilizou as bases científicas de dados do MEDLINE, COCHRANE Library, SciElo® e outras fontes para pesquisa de artigos científicos disponíveis em texto completo, sendo selecionados a partir dos resumos disponibilizados. Na busca destes, foram empregadas palavras-chave, como: “depressão”, “sistema carcerário”, “prisões”, “assistência farmacêutica”, “psicotrópicos”, “antidepressivos”, entre outras, sendo pesquisadas individualmente ou combinadas entre si, em português e em inglês, caso fosse necessário.

Também foram consultados sites oficiais do governo para a obtenção de informações importantes ao desenvolvimento do estudo e relacionados à Saúde e à Legislação pertinente, como, por exemplo, políticas públicas relacionadas a

sistema carcerário, e outras bibliotecas também foram utilizados, como artigos jornalísticos e documentários acerca de sistema carcerário. O período definido para busca de artigos na literatura relacionados às políticas de saúde será de 2001 até os dias atuais, de 1995 para aspectos fisiopatológicos e farmacológicos da depressão. Artigos que não preencheram os critérios de busca foram excluídos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram organizados da seguinte maneira: a primeira parte é uma explanação sobre fisiopatologia e quadro clínico de depressão, seguido pelo tratamento farmacológico da patologia.

Após o conceito e tratamento de depressão, se fala sobre saúde mental em presídios, iniciando com conceitos de vulnerabilidade, perfil demográfico de presídios e incidência da patologia nessa população, seguido do tratamento antidepressivo em relações de trabalho, indo, por fim, em tratamento antidepressivo dentro de presídios, fazendo-se uma análise crítica da dispensação dos medicamentos.

### **Depressão e Transtorno Depressivo Maior: fisiopatologia, quadro clínico e tratamento**

O conceito de depressão engloba distúrbios psicopatológicos que diferem quanto a sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico, sendo que é tida hoje como uma profunda impotência funcional perante a vida. Abrange alterações

normais do humor diante de problemas de natureza emocional ou manifestação de doenças físicas, primárias ou secundárias (ex: efeito colateral de medicações), ou também pode ser manifestação de alterações neuroquímicas cerebrais em pessoas geneticamente predispostas. Em casos mais graves, ela permeia a vida da pessoa, alterando a sua existência cotidiana, podendo levar até mesmo ao suicídio.<sup>1</sup>

O estado depressivo clínico é caracterizado por atraso nos processos psíquicos, humor depressivo ou irritável, redução de energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer (anedonia), desinteresse, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, sendo que as manifestações variam de pessoa para pessoa. Pode-se citar também diferenças no comportamento e aparência, sendo frequentes pensamentos de morte, rendimento intelectual diminuído, retraimento social e mudanças no sono e apetite, que podem ser medidas pela falta ou excesso. O transtorno depressivo maior é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, pelo menos por um período duas semanas seguidamente de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais da depressão, podendo ser leve, moderado ou grave, dependendo do número de sintomas, grau de sofrimento e prejuízo das atividades.<sup>1</sup>

As causas da depressão são divididas em biológicas, genéticas e psicossociais, fatores que estão relacionados entre si: causas psicossociais, por exemplo, interferem diretamente na concentração de neurotransmissores, levando o que era, a princípio, apenas uma causa psicossocial, tornar-se, também, uma causa biológica. <sup>1</sup>

A genética tem sua importância no desenvolvimento de um quadro depressivo, porém ainda tem-se a dificuldade na caracterização precisa do fenótipo do indivíduo. Estudos com famílias, gêmeos e indivíduos adotados indicam existência de componente para depressão, porém, o modo de transmissão genética permanece não definido. Acredita-se que a depressão tem etiologia multifatorial. Não foi identificado um locus gênico específico para a depressão, devido a sua heterogeneidade etiológica (ou seja, diversas causas e origens diferentes),<sup>2</sup> porém, vários genes têm sido investigados para associação na depressão, sendo focados principalmente os relacionados ao sistema serotoninérgico. Houve relatos de uma associação entre um número variável de repetições em série (VNTR) no segundo íntron do gene que codifica o transportador de serotonina e depressão.<sup>15</sup> Outro estudo aponta a deleção de 44 pares de bases, na região do promotor do gene de serotonina que determina menor atividade transcricional no gene, associada a maior risco de depressão frente a eventos da vida numa grande amostra populacional neozelandesa.<sup>3</sup> Outros estudos relacionam, também, a associação de transtornos afetivos com variantes em outros genes não pertencentes aos sistemas de neurotransmissão monoaminérgicos, dentre eles, associações com polimorfismos gênicos do sistema GABAérgicos; com variantes em genes do sistema renina-angiotensina; com loci contendo repetições trinucleotídicas e genes relacionados ao metabolismo de fosfolípidos.<sup>3</sup> O fato é que, em decorrência do vasto número de genes candidatos, a possibilidade de que um dado gene seja de fato relevante na determinação de depressão é muito baixa, o que sugere a tentativa de uma investigação sistemática de todos eles.<sup>3</sup>

Dentre os fatores psicossociais, pode-se citar fatores de personalidade, em que, em teoria, todos os seres humanos podem tornar-se deprimidos, porém, pessoas obsessivas, dogmáticas, rígidas e que escondem os sentimentos possuem um risco maior, em como as de mudanças de humor frequentes e continuadas. A presença de estressores externos também pode ser um desencadeador, como por exemplo o funcionamento da família, que está envolvida com o Transtorno Depressivo.<sup>1</sup>

### **Alterações Fisiopatológicas**

Em indivíduos com depressão, são encontradas diversas alterações nas regiões encefálicas que podem mediar a expressão da doença, como no córtex pré-frontal, a amígdala cerebral, o córtex anterior do cíngulo e o hipocampo (local que apresenta alterações inclusive na sua forma), sendo que outros também apresentam diferenças na atividade e volume.<sup>4</sup>

O eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal encontra-se hiperativo em metade dos doentes, e o estresse também pode influenciar nas expressões neurais da depressão. Há associação também entre citocinas inflamatórias e humor depressivo, e há indicações de que a imunidade celular pode ser modificada no sentido de prevenir efeitos deletérios do estresse. A hipótese monoaminérgica ainda é, a base dos tratamentos recomendados; esta sugere que há diminuição da densidade de receptores de serotonina (5-HT) e noradrenalina (NA) no córtex pré-frontal e em estruturas límbicas, níveis aumentados de monoamina oxidase (MAO) em encéfalos de doentes deprimidos, diminuição do número de neurônios no cerúleo e no núcleo dorsal da rafe e aumento do turnover de 5-HT em

deprimidos, em comparação com o controle. Porém, algumas questões colocam em xeque essa hipótese, por exemplo: a farmacodinâmica dessas medicações é exercida em minutos, aumentando a neurotransmissão. Sabendo-se disso, porque o efeito clínico demora no mínimo duas semanas para acontecer? Também tem sido discutido sobre os níveis de monoaminas no cérebro, como as que agem nas membranas pós-sinápticas e em segundos mensageiros e cascatas intra-celulares, tendo, por fim, a discussão mais aceita sobre neuroplasticidade, em que alterações volumétricas no hipocampo e em outras regiões levam à suspeita de envolvimento de fatores neurotróficos e da diminuição da neurogênese na patogênese da depressão. A teoria da neuroplasticidade sustenta que uma insuficiente sinalização neurotrófica contribui para as alterações evidenciadas no hipocampo, e que a inversão dessa por antidepressivos eficazes contribui para a remissão do quadro depressivo.<sup>4</sup>

### **Quadro clínico**

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado. Para o diagnóstico levam-se em conta: sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais.<sup>5</sup>

## Sintomas psíquicos

**Humor depressivo:** sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa. Pacientes aludem ao sentimento de que tudo lhes parece fútil, ou sem real importância. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Alguns mostram-se apáticos, referindo-se ao “sentimento da falta de sentimento”. Muitas vezes julga-se um peso para os familiares e amigos, invocando a morte para aliviar os que o assistem na doença, sendo frequentes e temíveis as ideias de suicídio, sendo motivadas por distorções cognitivas (perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos e intransponíveis, tendência a superestimar as perdas sofridas) e ainda o intenso desejo de colocar fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável sendo que, em alguns casos, há a busca da morte como forma de expiar suas supostas culpas.<sup>5</sup>

**Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades:** relato de que não se interessam pelos seus passatempos prediletos, sendo que as atividades sociais são frequentemente negligenciadas, tudo parecendo ter o peso de “obrigações”.<sup>5</sup>

**Fadiga ou sensação de perda de energia:** a pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial, executando tarefas mais lentamente que o habitual.<sup>5</sup>

**Diminuição da capacidade de pensar, se concentrar ou tomar decisões:** decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços intransponíveis. Um paciente pode se demorar infundavelmente para terminar um simples relatório, pela incapacidade em escolher as palavras adequadas, sendo que o curso do pensamento pode estar notavelmente lentificado.<sup>5</sup>

## Sintomas fisiopatológicos

**Alterações do sono:** a insônia é, mais tipicamente, intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldade para voltar a dormir), ou terminal (acordar mais precocemente pela manhã), podendo ocorrer também inicial. Com menor frequência, indivíduos também podem se queixar de sonolência excessiva, mesmo durante o dia.<sup>5</sup>

**Alterações do apetite:** A pessoa precisa esforçar-se para comer, ou ser ajudada por terceiros a se alimentar. As crianças podem não ter, devido a inapetência, o esperado ganho de peso no tempo correspondente. Algumas formas específicas de depressão são acompanhadas por aumento do apetite, que se mostra caracteristicamente aguçado por carboidratos e doces.<sup>5</sup>

**Retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora:** os pacientes referem-se à sensação de peso nos m/embros, ou ao “manto de chumbo” que parecem estar carregando. No diagnóstico das depressões, algumas vezes o quadro mais típico pode ser mascarado por queixas proeminentes de dor crônica (cefaleia, dores vagas no tórax), abdome, ombros, região lombar, etc. A ansiedade está frequentemente associada e em idosos, as queixas de caráter hipocondríaco costumam ser comuns.<sup>5</sup>

**Alterações dos ritmos circadianos:** muitas funções encontram-se alteradas, a exemplo da regulação da temperatura e do ritmo de produção do cortisol, sendo as alterações mais frequentes as relacionadas ao ritmo do sono. Cerca de dois terços dos pacientes têm diminuição da latência para o início do sono REM. As formas ditas “melancólicas” da depressão caracterizam-se, entre outros aspectos, pela piora matinal e pelo despertar precoce pela manhã.<sup>5</sup>

**Características melancólicas:** o termo “melancolia” tem sido empregado, nas atuais classificações (como o DSM IV) para designar o subtipo anteriormente chamado de “endógeno”, “vital”, “biológico”, “somático” ou “endogenomorfo” de depressão. Considerado como o “protótipo” ou síndrome nuclear das depressões, a melancolia constitui-se em um grupo que responde melhor a tratamentos biológicos e para o qual os fatores genéticos seriam os principais determinantes.<sup>5</sup>

**Características psicóticas:** o termo “psicótico”, em psiquiatria, tem três significados distintos: o primeiro é o meramente *descritivo*, quando designa quadros psiquiátricos onde ocorrem alucinações e delírios; significado *etiológico*, quando designa quadros endógenos determinados por tendências constitucionais do indivíduo, em contraposição àqueles determinados por fatores psicogênicos; e significado que alude à *gravidade* (ou intensidade) do quadro. As atuais classificações utilizam o termo psicótico apenas em sentido *descritivo*, utilizando aquelas formas de depressões onde ocorrem delírios e alucinações, admitindo-se que essas formas cheguem a 15% dos quadros depressivos.<sup>5</sup>

**Outros sintomas aparentes:** pode-se citar, também, a redução do interesse sexual e outras evidências comportamentais, como o retraimento social, as crises de choro e comportamentos suicidas.<sup>5</sup>

Os delírios depressivos considerados congruentes com o humor incluem delírios de culpa, punição merecida, delírios de ruína e nihilistas. Na depressão delirante as pessoas podem interpretar eventos triviais do cotidiano como evidências de defeitos pessoais, ao tempo em que se culpam de forma indevida

e francamente inapropriada. Mais comumente o paciente recua no tempo, com a finalidade de se acusar por supostos delitos ou atos culposos do passado, remoendo escrúpulos indevidos. Os de ruína, quando delirantes, apresentam-se como ruína do corpo (delírio hipocondríaco, exemplo: a pessoa acredita estar com o fígado “apodrecido”), ruína espiritual (delírios de culpa, com acusações por faltas ou pecados cometidos) ou ruína financeira (delírios que envolvem temas de pobreza e miséria), sendo que a “escolha” do tema faz-se, certamente, em consonância com as características da personalidade do paciente, embora haja temas delirantes aparentemente sem relação com o humor depressivo, neste caso temas de perseguição e delírios de estar sendo controlado, sendo associados a um pior prognóstico, avizinhandose dos estados dito “esquizoafetivos”.<sup>5</sup>

As alucinações que acompanham os estados depressivos, quando presentes, são em geral transitórias e não elaboradas. Costumam ser, mais comumente, coerentes com o humor depressivo: vozes que condenam o paciente, imprecações do demônio, choro de defuntos, etc. Mais raramente, ocorrem alucinações não congruentes com o humor. As formas mais graves de depressão psicótica foram descritas como “melancolia fantástica”. Nessa forma aparecem intensos delírios e alucinações, alternando-se estados de violenta excitação com estados estuporosos, a par de leve obnubilação da consciência.<sup>5</sup>

As depressões catatônicas caracterizam por um quadro clínico de intensas alterações da psicomotricidade, entre as quais: imobilidade quase completa, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, estereotípias, ecolalia ou ecopraxia, obediência ou imitação automática. A imobilidade motora pode se apresentar como estupor ou ainda por catalepsia. As

facilidades de diagnóstico e tratamento quase sempre impedem a progressão a essas formas mais graves, que ainda em passado recente ameaçavam a vida dos pacientes. Em pessoas jovens, o aparecimento de acentuada lentificação psicomotora e formas sutis de estupor é quase sempre indicativo de transtorno bipolar, que frequentemente se manifestará mais tarde através de fases maníacas.<sup>5</sup>

### **Tratamento antidepressivo**

Tendo por base os fatores, o tratamento antidepressivo deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Na média, não há diferenças significativas em termos de eficácia entre os diferentes antidepressivos mas o perfil de efeitos colaterais, preço, risco de suicídio e tolerabilidade variam muito entre os medicamentos utilizados, o que implica em diferença na efetividade das medicações para cada paciente, devendo ter uma conduta individualizada. A meta de qualquer tratamento deve ser sempre a remissão completa de sintomas<sup>6</sup>, sendo que a permanência de sintomas residuais estão associados a pior qualidade de vida, pior funcionalidade, maior risco de suicídio, maior risco de recaída e aumento de consumo de serviços de saúde. Além disso, evidências sugerem eficácia semelhante entre antidepressivos e psicoterapias cognitivo-comportamental, comportamental e interpessoal para depressões leves e moderadas, maior eficácia de tratamentos combinados (antidepressivos e psicoterapias) em depressões moderadas a graves, porém ausência de evidência de tratamentos psicológicos específicos para depressões muito graves.<sup>6</sup>

Para o tratamento, a resposta com antidepressivos é observada entre duas e quatro semanas após o início do uso, porém o início de ação já ocorre na

primeira semana, sendo que a melhora nas primeiras duas semanas de tratamento estão associadas com maior chance de resposta e ausência de resposta diminui a chance de haver resposta posterior com o mesmo tratamento. Quando não há resposta, a recomendação é revisar os fatores relacionados à não resposta, como o diagnóstico correto, avaliando inclusive doenças concorrentes; adesão ao tratamento, longa duração da doença, dificuldades sociais crônicas, episódios graves ou transtornos graves de personalidade grave. Após essa revisão, pode-se aumentar a dose, realizar a troca ou associação de antidepressivos, potencialização com lítio ou tri-iodotironina, associação com psicoterapias ou, em pacientes deprimidos resistentes, eletroconvulsoterapia (ECT), porém, a chance de sucesso de um próximo tratamento antidepressivo funciona decresce a cada nova tentativa falha.<sup>6</sup>

O planejamento de um tratamento antidepressivo envolve três fases:

Fase aguda: dois a três meses, que tem como objetivo a diminuição dos sintomas depressivos (resposta) ou idealmente ao esbatimento completo com o nível de funcionamento pré-mórbido (remissão);<sup>6</sup>

Fase de continuação: corresponde aos quatro a seis meses que seguem ao tratamento agudo e tem como objetivo manter a melhoria obtida, evitando recaídas dentro de um mesmo episódio, nessa fase, estimula-se a continuar com a mesma dose do tratamento agudo quando comparado a reduzir a dose;<sup>6</sup>

Fase de manutenção: evitar que novos episódios ocorram (recorrência), sendo recomendada em pacientes com probabilidade de recorrência (um terço dos pacientes com episódios depressivos com remissão inicial recaem no primeiro ano).<sup>6</sup>

Em qualquer das fases, a suspensão abrupta de medicações antidepressivas pode levar a sintomas de descontinuação que ocorrem entre os primeiros dias até três semanas, sendo sempre recomendada a consulta ao psiquiatra para se realizar a descontinuação do tratamento.<sup>6</sup>

Os antidepressivos podem ser classificados de acordo com a sua estrutura química ou as suas propriedades farmacológicas, sendo a segunda a preferencial, sendo mais útil na prática clínica, visto que os antidepressivos de nova geração não compartilham estruturas comuns. São classificados de acordo com o mecanismo de ação proposto, aumentando a eficiência sináptica da transmissão monoaminérgica (particularmente de neurônios noradrenérgicos e/ou serotoninérgicos). Produzem aumento na concentração de neurotransmissores na fenda sináptica através da inibição do metabolismo, bloqueio de recaptura neuronal ou atuação em autorreceptores pré-sinápticos.<sup>7</sup>

Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs): o mecanismo de ação dos IMAOs foi pouco estudado e ainda não está totalmente esclarecido, sabendo-se que a atividade da monoaminoxidase (MAO) está inibida. Os subtipos dela (A e B) estão envolvidos no metabolismo de serotonina, noradrenalina e dopamina. Algumas medicações (ex: isocarboxazida, fenelzina e tranilcipromina) são IMAOs não seletivos que se ligam a ambos subtipos, reduzindo a sua atividade, aumentando a concentração desses neurotransmissores nos locais de armazenamento no sistema nervoso central (SNC) e no sistema nervoso simpático, relacionando-se aí a sua ação antidepressiva. desenvolvidos IMAOs seletivos da MAO-A e MAO-B, além de compostos reversíveis, que contornam principalmente o efeito colateral das crises hipertensivas recorrentes da inibição irreversível da enzima. A moclobemida é um antidepressivo inibidor seletivo da

MAO-A e reversível, que desamina 5-HT e noradrenalina, ao passo que inibidores seletivos da MAO-B (exemplo: selegilina) não possuem ação antidepressiva significativa).<sup>7</sup>

Antidepressivos Tricíclicos (ADTs): o mecanismo de ação comum aos antidepressivos tricíclicos em nível pré-sináptico é o bloqueio de recaptura de monoaminas, principalmente noradrenalina e serotonina, em menor proporção dopamina. Aminas terciárias inibem preferencialmente a recaptura de 5-HT e secundariamente a de NA. Atualmente se considera não haver diferenças significativas quanto à seletividade do bloqueio de recaptura pré-sináptico. A atividade pós-sináptica varia de acordo com o sistema neurotransmissor envolvido e geralmente é responsável pelos efeitos colaterais. Os ADTs bloqueiam receptores muscarínicos (colinérgicos), histaminérgicos de tipo 1,  $\alpha_2$  e  $\beta$ -adrenérgicos, serotoninérgicos diversos e mais raramente dopaminérgicos, ações que não se correlacionam necessariamente com efeito antidepressivo, mas sim com efeitos colaterais (o bloqueio do receptor 5-HT<sub>1</sub> contribui para o efeito terapêutico). Embora o mecanismo de ação não tenha sido totalmente elucidado, sabe-se que os ADTs promovem agudamente aumento na eficiência da transmissão monoaminérgica (e possivelmente GABAérgica), envolvendo os sistemas noradrenérgico e serotoninérgico através do aumento na concentração sináptica de norepinefrina e serotonina por bloqueio de recaptura. Há diversas comprovações de alterações para diferentes enfermidades (como, por exemplo, transtorno do pânico e bulimia), que não necessariamente envolve melhora na depressão. Há efeito sedativo pela forte afinidade de ligação por receptores histamínicos H<sub>1</sub> e hipotensão ortostática devido a bloqueio alfa-adrenérgico. Além disso, são antiarrítmicos da classe 1A que, em doses terapêuticas, diminuem

moderadamente a condução intraventricular e em doses elevadas podem causar bloqueio grave de condução e arritmias ventriculares. Possuem uma série de efeitos colaterais possíveis, dentre eles anticolinérgicos (boca seca, visão turva, etc), cardiovasculares (aumento da frequência cardíaca - FC, achatamento da onda T), neurológicos (tremores de mãos, sedação), metabólicos e endócrinos (aumento da secreção de prolactina), reações cutâneas, entre outras. Caso haja descontinuação abrupta, é acompanhada de uma síndrome de abstinência nas primeiras 48 horas que pode estar relacionada a um efeito rebote de hiperatividade colinérgica, se caracterizando por sintomas de mal-estar geral, alterações gastrintestinais, ansiedade, irritabilidade, insônia, etc.<sup>7</sup>

Inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRSs): são o resultado de pesquisa racional para encontrar medicamentos tão eficazes quanto os ADTs, com menores problemas de tolerabilidade e segurança. Inibem de forma potente e seletiva a receptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. Embora compartilhem o principal mecanismo de ação, os ISRS são estruturalmente distintos com marcadas diferenças no perfil farmacodinâmico e farmacocinética, sendo a potência da inibição da receptação da serotonina variada, assim como a seletividade por noradrenalina e dopamina. Sertralina e paroxetina são os mais potentes inibidores de receptação, sendo a potência relativa da primeira em inibir a recaptção de dopamina a sua diferença farmacológica dos outros ISRS. Fluoxetina possui metabólito de ação prolongada e farmacologicamente ativo. ISRSs possuem também perfis farmacocinéticos variados, que incluem meia vida, farmacocinética linear versus não linear, efeito da idade na depuração e no potencial de inibir isoenzimas metabolizadoras de medicamentos do citocromo p450 (CYP). Essas diferenças sustentam as

diferenças clínicas cada vez mais importante dos ISRSs. Em função da ação seletiva, apresentam perfil mais tolerável de efeitos colaterais, existindo diferenças também entre os principais efeitos colaterais dos diferentes ISRSs. De forma geral, os efeitos colaterais mais relatados são gastrintestinais (náuseas, vômitos), psiquiátricos (agitação, ansiedade), alterações do sono, fadiga, efeitos neurológicos (tremores, efeitos extrapiramidais), perda ou ganho de peso, disfunções sexuais e reações dermatológicas. Os sintomas que aparecem na retirada dos ISRSs são clinicamente benignos e podem aparecer dentro de 1 a 10 dias após a retirada, e persistir até três semanas, também devido ao efeito rebote correlacionado com a queda nos níveis plasmáticos dos ISRSs.<sup>7</sup>

Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/noradrenalina: são considerados duais, com ação sob a receptação de serotonina e noradrenalina. Também são estruturalmente distintos com marcadas diferenças no perfil farmacodinâmico e farmacocinético, com seletividades por noradrenalina e serotoninas diferentes. Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados com o uso da classe são as náuseas, tonturas e sonolência, e, em casos como a venlafaxina ou a desvenlafaxina, com doses acima de 225mg/dia pode aparecer sintomas como hipertensão, sudorese e tremores.<sup>7</sup>

Inibidores de recaptura de serotonina e antagonista alfa 2 (IRSA): são a nefazodona e a trazodona. A primeira age por meio da inibição da captação neuronal de serotonina e noradrenalina, sendo antagonista de receptores 5-HT e de receptores alfa-1 adrenérgicos, sendo que seus efeitos colaterais de relevância clínica mais frequente são a cefaleia, boca seca, sonolência, náuseas, obstipação intestinal e ataxia. A trazodona envolve a inibição da receptação de serotonina e noradrenalina, apresentando atividade antagonista de receptores alfa-1

adrenérgicos e anti-histamínicos, que é mais relacionada aos seus efeitos colaterais. Seu metabólito ativo mCPP também apresenta algum grau de atividade serotoninérgica pós-sináptica. Seus efeitos colaterais mais frequentes são a sedação, hipotensão ortostática, tonturas, cefaleia, náuseas e boca seca.<sup>7</sup>

Inibidor seletivo de receptação de noradrenalina (ISRN): representado pela reboxetina, que apresenta atividade seletiva sobre a receptação de noradrenalina, com atividade antagonista alfa-2, não possuindo efeitos significativos sobre receptores colinérgicos, histamínicos, alfa-1 adrenérgicos ou na inibição da monoaminoxidase. Seus efeitos colaterais mais comuns são taquicardia, impotência, hesitação ou retenção urinária, insônia, sudorese excessiva, obstipação intestinal e boca seca. É indicado para casos graves ou muito graves de depressão.<sup>7</sup>

Inibidor seletivo de receptação de norepinefrina e dopamina (ISRD): representado pela bupropiona, em que seu mecanismo de ação se dá através de sua atividade noradrenérgica e dopaminérgica, aumentando a liberação de noradrenalina corpórea e, mesmo sendo fraco na captação neuronal dos dois neurotransmissores, possui relevância farmacológica. Possui pouca afinidade por sistema serotoninérgico e também não interage com receptores histamínicos e colinérgicos, levando a uma maior tolerabilidade, sendo os efeitos colaterais mais observados a agitação, ansiedade, rash cutâneo, diminuição do apetite, boca seca e obstipação intestinal.<sup>7</sup>

Antidepressivo noradrenérgico e específico serotoninérgico (ANES): classe representada pela mirtazapina, cujo mecanismo de ação está associado ao aumento da atividade noradrenérgica e serotoninérgica central. É um antagonista de auto e hetero-receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos e

antagonista 5-HT<sub>2</sub> e 5-HT<sub>3</sub> pós-sináptico. Apresenta fraca afinidade pelos receptores 5-HT<sub>1a</sub> e 5-HT<sub>1b</sub> pós-sinápticos. Sua afinidade pelos receptores histamínicos H<sub>1</sub> explica o efeito sedativo. Apresenta fraca atividade por receptores muscarínicos e dopaminérgicos. Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados são a sedação excessiva, o ganho de peso, boca seca, edema, obstipação intestinal e dispneia.<sup>7</sup>

## **Saúde mental e depressão em presídios: vulnerabilidade social, controle social, aspectos gerais da população carcerária e uso de psicotrópicos na população**

Quando se fala em saúde mental em presídios, devem-se analisar vários fatores tais como: , conceitos de vulnerabilidade social, mecanismos de controle social atuais e situação demográfica dentro deles.

A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precaridade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos.

A legislação, em 1990, já concebia que as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde envolvem fatores como alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação, tendo-se, portanto, a concepção de determinantes sociais de saúde, relacionada à vulnerabilidade ao buscar se contrapor ao paradigma estritamente biológico para a caracterização do processo saúde-doença. O conceito de vulnerabilidade como

condição inerente ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, diz do estado de ser/estar em perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à existência individual enquanto o ser humano vulnerável, por outro lado, é aquele que, conforme conceito compartilhado pelas áreas da saúde e assistência social, não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada.<sup>8</sup>

Quando se reflete sobre justiça social não é possível desconsiderar o contexto de vida dos indivíduos e como esses contextos podem contornar suas formas de expressividade, exercendo influências sobre as maneiras como se posicionam na sociedade e como se enxergam. A omissão e/ou o recuo do poder público em seu papel de proteção social cria ciclos de reprodução de situações de opressão, não só no sentido da desigualdade no acesso a políticas e serviços, mas de cerceamento da livre expressão e lutas dos sujeitos, que esconde a dimensão coletiva da vivência das populações em contextos de produção de vulnerabilidade.<sup>8</sup>

### **Uso abusivo de psicotrópicos em relações de trabalho**

Quando se fala sobre regimes de trabalho, fora de presídios, define-se “estado de torpor” como uma decorrência das relações de trabalho, em que essas relações formam pessoas incapazes de implicar com seu desejo e assim lutar por melhorias nas relações de trabalho, entregando-se como vítimas ao modelo vigente, podendo causar adoecimento físico e mental dos trabalhadores

decorrentes dessa lógica exploratória, sendo que o estado de entorpecimento está alinhado a um efeito psicológico de evitar qualquer tipo de oscilação de humor ou mudanças sociais e políticas. As relações de trabalho geram angústias e sofrimento e o torpor é a forma de reação, nesse sentido, a sociedade oferece medicamentos, para completar o efeito do entorpecimento. Ou seja, o trabalhador é levado a um processo de alienação e adoecimento, fazendo uso, obrigatoriamente, de medicamentos como aporte e aceitação desta situação, criando-se um problema de saúde coletiva, bem como um enfraquecimento das lutas sociais por direitos: os debates políticos vão enfraquecendo, pois os sujeitos pouco conseguem reagir ao *status quo operandi*, ficando presos à lógica de controle social.<sup>9</sup>

Psicotrópicos são, hoje, os medicamentos que atuam diretamente no sistema nervoso central para “tranquilizar” os sujeitos das angústias que a vida apresenta, sendo utilizados por um a cada cinco brasileiros. Hoje, para justificar comportamentos, é mais legítimo assumir-se “deprimido” do que engendrar reflexões sobre o modo de vida contemporâneo, falta/excesso de felicidade que a sociedade exige de seus membros, no imperativo da necessidade do “gozar a qualquer preço”. Os antidepressivos, apesar de seu uso controlado, estão entre os medicamentos mais consumidos no país nos últimos anos, sendo mais utilizados do que muitos medicamentos que não exigem receitas médicas, tendo um crescimento alarmante.<sup>9</sup>

Um estudo com mais de 100 professores, no qual se identifica um consumo de antidepressivos por 34,9% dos professores, relata uma prevalência de fármacos antidepressivos no sexo feminino, constatando que o consumo nesse sexo é mais expressivo pois os médicos prescrevem psicotrópicos para regular

e/ou minimizar efeitos hormonais até para aplacar a ansiedade e angústia provocadas por situações cotidianas. O cotidiano de professores é marcado por uma excessiva carga de trabalho que necessita esforço, dedicação devido a grande pressão social, falta de reconhecimento, demanda de pais, alunos e do estado, trazendo como consequência o prejuízo à saúde física e mental, transformando o trabalho que deveria gerar prazer em sofrimento (em 1990, uma pesquisa revelou que 26% dos professores estudados apresentavam exaustão emocional). Poderia ser o uso de antidepressivos a causa da falta de mobilização da classe, se comparado com outras, como bancários, metalúrgicos etc. Que conseguem materializar suas reivindicações?<sup>9</sup>

O estado de torpor provocado pelo medicamento potencializa e prolonga as sensações de prazer, objetivando o esquecimento da “falta”, um suposto “modo” de se enfrentar as dificuldades e frustrações da vida. O que predomina é tomar a vida apenas pelo lado bom, ressaltar tudo que é teoricamente positivo, um culto ao bem estar. Por outro lado, para que a sensação de felicidade não se dilua, a indústria farmacêutica consegue atualizar novas doenças e os respectivos medicamentos, levando as pessoas à medicalização constante, objetivando-se livrar da sensação de sofrimento a que estão submetida e lançando-se a um ordenamento em que o gozo e a satisfação imediata estão na primazia das necessidades pessoais e com isso ficam presas a uma relação de consumo. O consumo excessivo de psicotrópicos, ao invés de oferecer novas possibilidades para a vida em sociedade, deixa a sensação de que não há saídas para o sofrimento do sujeito, passando a não distinguir qualquer ameaça (exploração, assédio, etc), ficando em um estado “médio”: não se aborrece, mas também não se rebela. Com isso, perde-se a capacidade ou a sabedoria para lidar com

situações de conflito e indignar-se com elas, ficando anestesiado. Com o consumo excessivo de psicotrópicos, politicamente o indivíduo é aprisionado antes de sua ação rebelde se tornar pública, porque uma vez entorpecido fica inibido o sentimento que seria a origem que o impulsionaria a lutar socialmente.<sup>9</sup>

### **População prisional brasileira: perfil demográfico e situações de vulnerabilidade social**

O perfil demográfico da população prisional brasileira reflete a marginalização histórica da relação cidadão versus Estado, da falta de políticas públicas inclusivas, baixa escolaridade, pouca perspectiva de futuro e cultura da violência.<sup>7</sup>

O Brasil é o terceiro país com maior número de pessoas presas, ficando atrás dos Estados Unidos e da China.<sup>12</sup> A desigualdade ao acesso às políticas públicas potencializa as vulnerabilidades que ressalta a relação de poder do Estado na dominação dos corpos dos apenados que estão sob a sua responsabilidade. As instituições passam a ser verdadeiros “depósito de humanos” de pessoas estigmatizadas e segregadas dos bens, serviços públicos e convívio social, ampliando a punição para além da pena aplicada pelo poder judiciário.<sup>10</sup>

A população encarcerada brasileira vive abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a ela garantidos seus direitos primordiais pelo vácuo legislativo, dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne a existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade.<sup>10</sup> O ambiente prisional se

apresenta, em maioria, altamente precário e insalubre, em que o uso generalizado de drogas ilícitas e falta de higiene criam condições propícias à proliferação de patologias e psicopatologias.<sup>10</sup>

Nos países latino-americanos com sérios problemas econômicos e sociopolíticos, a prisão torna-se objeto de urgente e indispensável intervenção. Isto porque a seletividade do sistema penal se exerce, majoritariamente, sobre as populações menos favorecidas econômica e socialmente, bastando conferir com os dados do Censo Penitenciário Nacional: 95% da clientela do sistema são de presos pobres.<sup>9</sup> A partir daí, somam-se os problemas decorrentes da superpopulação carcerária (causada principalmente pela inoperância tolerada do Estado) com os fenômenos da institucionalização e estigmatização do preso e do ex-presos (quando retorna à comunidade livre) em que temos em nosso atual sistema penitenciário, centrado na pena de prisão em regime fechado, causando uma das mais cruéis violências praticadas com aval institucional.<sup>10</sup>

Muito se tem escrito sobre a crise do sistema penitenciário e a falência da pena de prisão. Na visão de Foucault, o sistema apenas segrega temporariamente o condenado pela ótica exclusiva da repressão, e as metas conflitantes de punir, prevenir e regenerar não alcançam os fins a que se propõem, e o fenômeno do aprisionamento acabaria por tornar-se não mais do que uma mera instância periférica de controle no quadro de uma forma disciplinar, difusa, dispersa na sociedade.<sup>9</sup> No Brasil, os números de encarceramento tendem a crescer: em 24 anos a população privada de liberdade cresceu 575%, saltando de aproximadamente 90 mil presos no início da década de 90 para mais de 607.731 presos em 2014. A superlotação é comprovada em todos os estados brasileiros

e, ao se analisar o número de pessoas privadas de liberdade sem condenação (presos provisórios), o número chega a 41% em todo o país.<sup>10</sup>

O sistema prisional e o sistema de justiça criminal se retroalimentam: enquanto os juízes tem contribuído para o encarceramento em massa, o poder executivo, por meio das unidades prisionais, não tem sequer condições de manter física e financeiramente o mínimo disposto nas leis vigentes, violando os direitos humanos, resultando em um grande déficit de vagas, cuja superlotação inviabiliza grande parte das ações das políticas públicas existentes, gerando iniquidades e vulnerabilizando ainda mais a população prisional.<sup>9</sup> A reincidência criminal, fenômeno ligado à falta de política pública voltada para o egresso do sistema prisional e ao estigma social sobre o “ex-presidiário”, é outro fator que contribui para a superlotação do sistema prisional, atingindo a cifra média de 70% no país. Além disso, a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad também contribuiu para o aumento da população prisional – desde 2005, a população saltou de 11% para 27% do total de presos relacionados ao tráfico, enquanto que no universo feminino o número chega a 60%.<sup>10</sup>

O perfil do preso se mantém há anos entre jovens, negros e de baixa escolaridade: 75% têm entre 18 a 34 anos de idade; 67% possuem ensino fundamental completo; 67% são compostos por negros (número maior que o apontado pelo Censo do IBGE de 2010, cuja população autodeclarada negra representava 51% da população <sup>10</sup>). Isso também demonstra claramente a falência do sistema prisional brasileiro e a necessidade de mudança de paradigma compondo esforços intersetoriais e investimentos em alternativas penais e em estratégias políticas voltadas para o egresso do sistema, reduzindo-se, assim, os

gastos públicos com novas edificações e contratações de novos recursos humanos e ampliando a possibilidade de integrar esses sujeitos na sociedade.<sup>10</sup>

### **Ações de saúde no sistema prisional e saúde mental**

As ações de saúde no sistema prisional começaram com as entidades religiosas. Com o aparecimento da AIDS no Brasil, na década de 80, alguns profissionais de saúde iniciaram ações de prevenção da saúde e tratamento do agravo em cárcere. Em 9 de setembro de 2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça. O plano foi responsável por tornar mais congruentes a legislação e o SUS, dando alguma visibilidade à população custodiada no âmbito da política nacional de saúde. Todos os estados e o Distrito Federal do Brasil encontram-se qualificados no PNSSP (ou seja, os estados se interessaram politicamente pela estratégia do plano e assinaram acordo ao ministério da saúde), porém, suas equipes de saúde podem garantir acesso a aproximadamente 30% do total de pessoas sob custódia no Brasil nos dias de hoje. Com o redesenho do PNSSP que ocorreu de 2011 a 2014, foi publicada uma nova Portaria Interministerial de nº 01, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de Saúde. Com isso, toda unidade prisional habilitada pelo SUS passará a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade em todo o itinerário carcerário.<sup>10</sup>

As equipes de saúde no sistema prisional hoje ocupam pouco mais de 37% das unidades com módulos de saúde, porém, ainda há espaços de saúde sem módulo de saúde, contemplando salas de atendimento médico, odontológico, psicossocial, todos espalhados por onde houver espaço disponível na unidade prisional. Nos espaços de saúde atuam profissionais de diversas formações com diversos vínculos trabalhistas. Os profissionais não utilizam os sistemas de informação do SUS, encaminhando as notificações compulsórias para os municípios, o que pode causar perda de informação, e não há prontuário eletrônico do SUS (e-SUS) ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fazendo com que a Rede de Atenção à Saúde desconheça os atendimentos e procedimentos realizados pelas equipes de atenção básica prisional.<sup>10</sup>

Em relação à saúde mental, tem-se fatores que agravam a saúde mental do detento antes do período de encarceramento, em que se pode citar o histórico familiar de doença psiquiátrica e a dependência do uso de álcool e drogas ilícitas, em muitos casos também a violência física, sexual e psicológica. Em relação a violência na prisão, as possibilidades de conviverem com episódios relacionados à violência tanto física como psicológica são inúmeras, que vão de brigas desde com outros detentos, até mesmo com agentes penitenciários. Tristeza, dor, solidão, abandono, revolta e ansiedade são agentes estressores intensamente presentes que contribuem para o comprometimento da saúde mental da população. O ambiente institucionalizado tumultua as relações, amedronta e suscita o isolamento e, a partir disso, sintomas depressivos tendem a ser naturalizados diante do estresse cotidiano existente no encarceramento, e se

tornam psicopatológicos quando apresentados de forma desproporcional ao evento causador e persistem por um grande período de tempo.<sup>11</sup>

Contudo, a situação de privação imposta pelo ambiente carcerário não necessariamente atua da mesma forma em todos os apenados, sendo que a vivência de situações adversas desencadeia, em cada indivíduo, diferentes respostas, reações variadas, algumas adaptativas e outras que os expõem a riscos maiores, e tudo isso irá depender de sua vulnerabilidade, que é definida como uma predisposição para o desenvolvimento de disfunções psicológicas ou de respostas pouco adequadas à ocasião, entre elas, possíveis respostas deprimidas ou ansiosas. Porém, fatores considerados de risco desencadeador de depressão, como estresse crônico (exemplo: dificuldades nas relações interpessoais e ameaças permanentes à segurança do indivíduo) e suporte social (exemplo: falta de cônjuge e isolamento social) encontram-se presentes no ambiente carcerário, reforçando a hipótese de que o índice de depressão pode ser alta, não pelo sistema carcerário em si, mas o vendo como um “vetor desencadeante”.<sup>11</sup> No Brasil, uma pesquisa realizada com a população prisional do estado de São Paulo, com X indivíduos, apresentou prevalências de de depressão maior de 5,3% para homens e 18,8% para mulheres.<sup>11</sup>

### **Uso de psicotrópicos em sistema carcerário**

O uso racional de psicotrópicos no sistema carcerário demonstra dificuldades, através de um hábito abusivo e desordenado que pode ocorrer por conta própria, já que nem sempre o uso ocorre com orientação médica, e pode ter outras intencionalidades também, como o desligamento do mundo, o que reflete

uma maneira de fugir ou se adaptar à dura realidade. Entretanto, o uso de medicamentos psicotrópicos, na maioria das vezes, está relacionado à necessidade de manter o padrão de sono e minimizar conflitos existentes no cotidiano da prisão. Esse uso desordenado é responsável, também, pelo aumento da taxa de comorbidades de doenças mentais.<sup>13</sup>

A lei de Execução Penal – Lei nº 7.210, de 1984, enquanto referência, já reconhecia que a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreende o atendimento médico, o farmacêutico e o odontológico. O PNSSP prevê como uma de suas ações o fornecimento de medicamentos, por meio do planejamento quanto à necessidade e a dispensação dos mesmos. Porém, o ambiente prisional ainda não relata a presença constante de profissionais de saúde, e nem se a quantidade de medicamentos estão sendo suficientes para o número de apenados doentes, impedindo o acesso e uso racional dos medicamentos.<sup>12</sup>

Desde a separação, no final do século XVIII, entre prisões e manicômios, as formas especializadas de trabalhar com cada uma de sua clientela (em que o alienado deveria ser o objeto de uma “terapêutica” e o criminoso, de uma “correção”), porém, baseiam-se no fato de que ambas seguem o mesmo princípio, ainda que sustentadas por diferentes motivos. Os manicômios propõem a recuperação da razão com auxílio dos rigores de um meio estritamente regrado, para permitir a introjeção de normas para o controle eficiente das paixões que a desregravam, enquanto as prisões buscam recompor a noção de ordem, que o delito revelava rompida, por meio da imposição de uma disciplina forte o suficiente para restabelecê-la como um hábito. Ambos procurarão alcançar seus objetivos de sujeição por meios idênticos: a sequestração e o isolamento, a autoridade e a

hierarquia, a disciplina e, sobretudo, o trabalho compulsório, obrigação universal dos não proprietários, cujo descumprimento denunciava o louco e fazia o criminoso, portanto, ambos os casos curvavam-se ou corrigiam-se pela sujeição ao trabalho.<sup>14</sup>

No que toca ao sistema prisional tem-se a junção dos propósitos e *modus operandi* relatados entre prisões e manicômios: o paciente passa a ser alvo de uma “terapêutica”, ao mesmo tempo em que se faz necessária uma “correção” e, ao passo em que estão abaixo da linha da dignidade humana, o controle social é exercido de maneira mais intensa, sendo as medicações mais utilizadas para controlar as revoltas do que para se tratar as doenças de fato. Relatos registrados por presos à pastoral carcerária (PCr) indicam administração excessiva de psicotrópicos a presos e presas de forma indiscriminada. A dependência de medicações para dormir em presídios é comum, e muitas vezes, sem nenhuma avaliação médica ou laudo psiquiátrico, sendo que em muitos casos o detendo não sabe a medicação que está tomando.<sup>15</sup>

A hipermedicalização é crescente em mecanismos sociais, porém, no sistema carcerário, é claramente uma estratégia de controle social, sendo que desenvolvimentos de quadros de sofrimento mental após a vivência no sistema prisional é comum. Antidepressivos e ansiolíticos são as medicações mais frequentemente disponibilizadas conforme relatos de presos, sendo que o uso de psicofármacos deve ser compreendido a partir de diferentes ângulos dentro da prisão, contemplados a superlotação, espancamentos, indefinição processual, ausência das atividades de estudo e trabalho, produzindo efeitos como insônia e ansiedade, que são geridos por meio de substâncias psiquiátricas. O acesso dos presos às medicações dentro de presídios também é fácil.<sup>15</sup>

Em manicômios judiciários o número também é alarmante: cerca de 21% da população em medida de segurança no país encontram-se internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios, sendo que 15% dessa população estava internada há mais tempo que a pena máxima para a infração cometida. Além disso, pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado, e para um terço deles não foi confirmada a justificativa da internação. Para 47% a internações em escreva o nome por extenso (HCTPs) não era fundamentada por critérios legais e psiquiátricos.<sup>15</sup>

### **Conclusão**

Depressão é uma doença que considera os aspectos biológicos, psicossociais e genéticos. Aceita-se hoje a teoria da neuroplasticidade como a mais provável para a fisiopatologia da doença, embora não se nenhum mecanismo certo elucidado atualmente. O tratamento visa a remissão completa de sintomas e deve considerar aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em sistema carcerário a condição é de extrema vulnerabilidade social, e se questiona, inclusive com denúncias feitas por instituições sociais de que psicotrópicos são utilizados como medida de controle da população, já que o uso abusivo é recorrente, e muitas vezes sem orientação médica.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. PERON, A.P.; NEVES, G.Y.S.; BRANDÃO, M.; VICENTINI. V.E.P. Aspectos Biológicos E Sociais Da Depressão. Arq.Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 8(1), jan./abr. p.45-48, 2004.

2. LAFER, B; FILHO, H. P. V. Genética e Fisiopatologia dos transtornos depressivos. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol. 21 s.1 São Paulo Maio 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500004>> (Acesso em 10/02/2019).

3. LIMA, I. V. M; SOUGEY, E. B.; FILHO, H. B. V. Genética dos transtornos afetivos, Rev. Psiquiatr. Clín. Vol.31 no. 1, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000100006>> (acesso em 23/04/2019)

4. LAGE, J. T. Neurobiologia da Depressão. 2010, Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de medicina, Universidade do Porto. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53466/2/Neurobiologia%20da%20Depresso.pdf>> (Acesso em 10/02/2019).

5. PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria, volume 21, s.1 São Paulo Maio 1999. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>> (Acesso em 10/02/2019).

6. FLECK, M. P.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S7-17. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>> (Acesso em 10/02/2019).

7. MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M., Psicofarmacologia de antidepressivos. Revista Brasileira de Psiquiatria, volume

21, si 24, Maio 1999. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a06.pdf>> (Acesso em 10/02/2019).

8. CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L., O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública 34 (3), 26 de março de 2018. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>> (Acesso em 10/02/2019).

9. APPIO, A. J.; JUNIOR, N. L., O entorpecimento do trabalhador como estratégia de controle social no Brasil. Revista PSI Unisc, v.1 n.1, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9887>> (Acesso em 10/02/2019).

10. FILHO, M. M. S.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciênc. Saúde coletiva vol. 21 no.7 Rio de Janeiro jul. 2016. Disponível em :  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=pt&tlng=pt)> (Acesso em 10/02/2019).

11. Santos, M.V.; Alvez, V.H.; Pereira, A.V.; Rodrigues, D.P.; Marchiori, G.R.S.; Guerra, J.V.V. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Rio de Janeiro. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(2):e5980015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005980015>> (acesso 10/02/2019).

12. DE ARAÚJO, F. A. F. M.; NAKANO, T. C.; GOUVEIA, M. L. A. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM DETENTOS. Avaliação Psicológica, 2009, 8(3), pp. 381-390. Disponível em:  
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a10.pdf>> (acesso 10/02/2019).

13. CARDINS, K. K. B.; JESUS, A. A. F.; SILVA, P. B. A.; BARBOSA, M. L.; COSTA, G. M. C., A Assistência Farmacêutica no Âmbito Prisional: Revisão Integrativa da Literatura. 3º Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão,

