

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS
ICICT/ FIOCRUZ

PÂMELLA CAROLINE VIEIRA SANTOS

**Análise do paradigma dominante nas questões de Saúde
Mental dos Inquéritos Nacionais de Saúde no Brasil**

ORIENTADORA

Dr^a Dalia Elena Romero Montilla

2º ORIENTADOR

Dr. Fernando Ferreira Pinto de Freitas

Rio de Janeiro

Abril 2018

PÂMELLA CAROLINE VIEIRA SANTOS

**Análise do paradigma dominante nas questões de
Saúde Mental dos Inquéritos Nacionais de Saúde
no Brasil**

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado do
Programa de Pós-graduação
em Informação e Comunicação
em Saúde da Fundação
Oswaldo Cruz como requisito
parcial para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dalia
Elena Romero Montilla
Coorientador: Prof. Dr.
Fernando Ferreira Pinto de
Freitas

Rio de Janeiro
2018

Santos , Pâmella Caroline Vieira .

Análise do paradigma dominante nas questões de Saúde Mental dos Inquéritos Nacionais de Saúde no Brasil / Pâmella Caroline Vieira Santos . - Rio de Janeiro, 2018.

90 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2018.

Orientadora: Dalia Elena Romero Montilla.

Co-orientadora: Fernando Ferreira Pinto Freitas.

Bibliografia: f. 80-84

1. Saúde Mental. 2. Inquéritos Nacionais de Saúde. 3. Sociologia das Estatísticas . 4. Pesquisa Nacional de Saúde . 5. Depressão. I. Título.

PÂMELLA CAROLINE VIEIRA SANTOS

**Análise do paradigma dominante nas questões de
Saúde Mental dos Inquéritos Nacionais de Saúde
no Brasil**

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª. Dalia Elena Romero Montilla

Prof. Dr. Fernando Ferreira Pinto de Freitas

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior

Prof. Dra. Gisele Nogueira Damacena

Prof. Dr. Wilson Couto Borges

*Dedico esta dissertação a minha Mãe, Janete, meu suporte na vida.
E ao meu irmão Thiago (in memoriam).
Consegui.*

AGRADECIMENTOS

Pode parecer um exagero, mas fui Quixote. E a dissertação meus moinhos de vento. Se vocês viam um trabalho a ser concluído, eu vi gigantes e batalhei com eles, numa Batalha que ainda não se encerrou enquanto escrevo esses comentários, que provavelmente ninguém vai ler. Fui Ulisses, e na minha odisseia, muitos foram os personagens, alguns antigos e outros novos, a quem eu gostaria de agradecer, e mais do que isso, dizer que fazem parte para sempre de um pedaço de mim.

Agradeço a minha mãe, Janete, que foi meu suporte. Ela suportou junto comigo toda a dor, toda a angústia, todo o choro. Ela suportou a dor de perder um filho e ainda teve forças para me amparar, me apoiar, me levantar quando caí. E, nossa, eu caí muitas vezes. Mãe, eu sei que você está sofrendo muito mais do que posso imaginar, mas agradeço por estar comigo, me dando suporte até o fim. Obrigada mãe.

Minha vovó, por todas as orações que sei que ela fez para o pai eterno para que eu fosse bem nesse mestrado.

Agradeço também ao Acofá, meu parceiro, que me conheceu quando esse mestrado começou e como consequência viveu todo esse estresse comigo. Com uma paciência de Jó, um carinho infinito, e uma disponibilidade incrível, esse meu miau me empurrou, e escutou. Obrigada pelas broncas, nas horas que eu precisava ouvir. Não tem problema, porque eu sempre ganhava um abraço depois. Acofá, como sugere seu próprio nome, você tem a astúcia de um caçador e a paciência de um pescador, como Gil diz. Obrigada.

Ao meu amigo Thiago, que guardo do lado esquerdo e direito do peito. Seus conselhos sábios, sua boa vontade em me escutar, escutar coisas que não são agradáveis de ouvir, que a gente diz por puro egoísmo, sem se preocupar porque acha que a pessoa é forte o suficiente para ouvir. Eu sei que não é... Mas nos momentos que eu precisei, bom, ele estava lá. Arigatou gozaimashita Thiago-Chan!

A minha prima e amiga Verônica. Por tudo que ela fez por mim esse ano. Por estar sempre disponível para mim...Por fazer um esforço para me levar a passeios, onde eu me distrair e pude ser eu mesma de novo. Por respeitar minhas ausências. Obrigada prima, e desculpe

pelas ausências.

A amigue Eri...pela companhia de vida, primeiro na faculdade, depois na especialização e no mestrado. O destino nos uniu nessas aventuras todas. E foi ótimo ter você por perto sempre, melhor ainda é ter você por perto no cotidiano, na vida, nos passeios. Sempre conversas intensas, reflexivas e divertidas, porque gostamos dessas conversas. Valeu por você existir amigue.

Obrigada Rodolfo, por me inspirar. Adorei a oportunidade de assistir você apresentando seus trabalhos, acho que ainda vou ver muitos e muitos deles. Você, meu amigo, tem alma de professor (não sei se você vai gostar disso), mas obrigada por me ajudar todas as vezes que tudo parecia muito embolado, e você me ajudou a organizar meus pensamento e no fim, pensar que não sou tão ruim assim. E principalmente, muito obrigado pelos momentos pra lá de divertidos, pelas conversas leves e descontraídas, pela leveza do seu ser.

As minhas amigas Monique, Amanda, Andreza e Mariana, por serem minhas amigas. E ao Alexandre e a Andressa, pelos papos cabeça pelos incentivo e torcidas mútuas, pela disponibilidade em me ajudar sempre. Estamos num bom caminho tenho certeza.

A Patrícia, que disponibilizou seu tempo para além do setting terapêutico para me manter em pé, me ensinar que é assim mesmo, a gente cai no mesmo buraco muitas vezes antes de aprender a contorna-lo.

Aos amigos que conquistei no mestrado, quero agradecer a Cynthia, pela companhia nesses dois anos, pela doçura, pelos conselhos, pelas trocas (dentro e fora da Fiocruz) por ser uma pessoa que me deixava feliz toda vez que eu entrava na sala 213 e encontrava sentada no cantinho perto da mesa. Presença que passa carinho. Obrigada, Cindy. Vou me esforça para ter você para além do mestrado.

A cada coisa que essas pessoas me doaram: a Mariana, o apoio nesses últimos meses, ao Jesus, um verdadeiro aventureiro, que me faz ter vontade de me aventurar e em mil coisas também o, a Dani, pela intensidade dos sentimentos, alegria contagiante, um dia serei intensa assim. A Lucilene, pela tranquilidade que me passava, por ser uma companhia

agradável. Ao Allan, por me encantar com sua inteligência e com o carinho com que se dispôs a me ajudar quando eu estava morrendo de medo. A Renatinha!! Pura energia! Energia boa, vivacidade, alegria, diversão, bons conselhos, coração aberto, me acolheu tantas e tantas vezes. Aliás, foi um prazer pertencer a essa turma de diferentes planetas. Obrigada, obrigada a todos vocês.

Aos professores, todos eles, Inesita, Cícera, Wilson, Paulo, Adriana, Cristina, professor Noronha e o professor Nilson. Foi tão gratificante ouvir vocês! São vocês que alimentam a sementinha da vontade de conhecer e conhecer e conhecer. Obrigada!

Por fim, mas não menos importante, a Dalia, minha orientadora, pela paciência.

E ao meu coorientador Fernando, pela paciência, bons conselhos, e pelos saberes passados.

Obrigados a todos que contribuíram nessa Odisseia. Enfim...acabou. Ou não.

*Cicatriz risonha e corrosiva.
Marcada a frio, ferro e fogo, em
carne viva.
Tatuagem – Chico Buarque e Ruy
Guerra*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig.1 Diferença entre dado e informação.....	22
Fig.2 Fluxo da construção de conhecimento.....	23
Fig.3 Representação da teoria do desequilíbrio químico nas sinapses dos neurônios.....	56

LISTA DE TABELAS

Tab.1 Temáticas abordadas nos Suplementos de Saúde da PNAD entre os anos de 1981 e 2008.....	42
Tab.2 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação.....	63
Tab.3 Problemas de saúde que impediram a realização de tarefas nas últimas duas semanas. Comparação entre a PNAD e a PNS.....	67
Tab. 4 Questões epidemiológicas relacionada ao diagnóstico de depressão na PNAD e na PNS.....	69
Tab.5 Questões do Módulo N da Pesquisa Nacional de Saúde relacionados a problemas que incomodaram nas duas últimas semanas.....	70
Tab.6 Uso de serviços de Saúde para atendimento de depressão.....	74

RESUMO

A preocupação com os casos de depressão, em paralelo com o uso de drogas psiquiátricas tem crescido vertiginosamente nas últimas décadas, tornando a depressão uma das principais preocupações dos Sistemas de Saúde. O termo epidemia de depressão é cada vez mais utilizado para designar esse fenômeno. Entretanto, pesquisas robustas sugerem que esse fenômeno possa ser uma consequência do modelo dominante de abordagem em Saúde Mental, o modelo biomédico em psiquiatria, que converte experiências de sofrimento comuns a vida em transtornos, sem o aprofundamento nas causas que levaram a esse sofrimento, inflacionando a demanda por assistência e o uso de drogas psiquiátricas. Esse modelo é reproduzido por diferentes fontes de informação, e os Inquéritos Nacionais é um deles. Sabe-se que a produção de informações atende a demandas e necessidades construídas, que irão reproduzir e sustentar o paradigma dominante como conhecimento. Constitui-se assim um círculo fechado de produção de dados, conhecimento, evidências científicas que demandam outros dados, que demandam intervenções e assim sucessivamente. Diante disso, cabe questionar que tipo de dados, informações e conhecimentos são produzidos em Saúde Mental nos Inquéritos de Saúde e qual o paradigma orienta a construção desses Inquéritos. Esta pesquisa trata de analisar uma das fontes de informação mais relevantes para o estudo de questões epidemiológicas e seus determinantes: Os Inquéritos Populacionais em Saúde. Especificamente, analisa-se o tipo de modelo de abordagem presente nos Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacional de Amostra por Domicílio e na Pesquisa Nacional de Saúde. Estuda-se a Política Nacional em Saúde mental, sua demanda de dados e presença/ausência nos Inquéritos em Saúde. O estudo é de base qualitativa já que seu objetivo é analisar as perguntas desde a perspectiva da Sociologia das Estatísticas.

Palavras chave: Sociologia das Estatísticas; Inquéritos Nacionais de Saúde; Pesquisa Nacional de Saúde; Depressão; Saúde Mental.

ABSTRACT

Concern about cases of depression in parallel with psychiatric drug use has skyrocketed in recent decades, making depression one of the major concerns of health systems. The term epidemic of depression is increasingly used to designate this phenomenon. However, robust research suggests that this phenomenon may be a consequence of the dominant model of approach in Mental Health, the biomedical model, that converts common suffering experiences to life in disorders, without deepening the causes that lead to this suffering, inflating the demand for assistance and the use of psychiatric drugs. This model is reproduced by different sources of information, and the National Surveys is one of them. It is known that the production of information meets the demands and needs built, which will reproduce and sustain the dominant paradigm as knowledge. It is thus a closed circle of data production, knowledge, scientific evidence that requires other data, which require interventions and so on. Given this, it is necessary to question what type of data, information and knowledge are produced in Mental Health in Health Surveys and what the paradigm guides the construction of these Inquiries. This research seeks to analyze one of the most relevant sources of information for the study of epidemiological issues and their determinants: Population Health Surveys. Specifically, the type of approach model presented in the Health Supplements of the National Sample Surveys by Domicile and in the National Health Survey. The National Policy on Mental Health, its data demand and presence / absence in Health Surveys is studied. The study is qualitative since its objective is to analyze the questions from the perspective of Sociology of Statistics.

Keywords: Sociology of Statistics; National Health Surveys; National Health Survey; depression; Mental health

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivo Geral	18
2.2. Objetivos Específicos	18
3. METODOLOGIA	18
4. CAPÍTULO I – A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: DADOS, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO.	20
5. CAPÍTULO II – DOS CENSOS AOS INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE – A SOCIOLOGIA DAS ESTATÍSTICAS E O USO DA PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA.....	24
5.1. As Estatísticas na formação dos Estados Nacionais.....	25
5.2. A Sociologia das estatísticas	32
6. CAPÍTULO III – OS INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL	37
6.1. Bases para a Pesquisa Nacional de Saúde: Os Inquéritos populacionais no Brasil	40
6.2. A Pesquisa Nacional de Saúde.....	45
7. CAPÍTULO IV - O MODELO BIOMÉDICO E SEU IMPACTO NA INTERPRETAÇÃO DA DEPRESSÃO	47
7.1. Estruturas da psiquiatria atual: construção dos DSM's, descoberta das drogas psiquiátricas e a teoria do desequilíbrio químico no cérebro.....	52
7.2. Conceituações Depressão antes e depois do DSM.....	59
7.3. A depressão nas edições do DSM: esvaziamento de significado.....	62
8. CAPÍTULO V - ANÁLISE DO MODELO DOMINANTE DA ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NAS QUESTÕES DOS INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL: DOS DADOS À CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO?.....	65
8.1. As questões de Saúde Mental na PNAD e na PNS: identificação do modelo biomédico.	66
8.2. A depressão e o processo de medicalização: consequências da hegemonia do discurso biomédico	77
9. CONCLUSÃO	78
10. REFERÊNCIAS	84
11. ANEXO I.....	85

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com os Transtornos Mentais vem crescendo vertiginosamente nas últimas décadas paralelamente com o crescimento do consumo de drogas psiquiátricas. Alguns afirmam que se trata de uma epidemia contemporânea Pignarre (2012). Entretanto, pesquisas científicas sugerem que esse fenômeno, tipicamente contemporâneo, seria consequência do modelo dominante de abordagem da saúde mental. Com efeito, o modelo biomédico em psiquiatria leva a converter experiências de sofrimento relacionadas a questões da vida em “transtornos mentais”, inflacionando a demanda por assistência, e o aumento sistemático e incontrolável do número de pessoas que passam a depender de tratamento psicofarmacológico (MACHADO & FERREIRA; 2014).

Um dos aspectos mais criticados é o modo como os diagnósticos são realizados. Manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) funcionam como guia diagnóstico na prática clínica de muitos profissionais de Saúde Mental, principalmente os psiquiatras. Tais manuais se baseiam em listas e na quantidade de sintomas apresentados pelo sujeito num período de tempo. Geralmente, o período de tempo para considerar um sofrimento psíquico como uma doença ou “transtorno mental” é geralmente curto, e o diagnóstico dado em consultas rápidas (MACHADO, 2014).

No caso da depressão, segundo os critérios oficiais do DSM-5, o sujeito que está há, pelo menos, **duas semanas** sentindo-se triste, tendo suas atividades de vida diária comprometidas pelo sentimento de tristeza – seja pela perda de um ente querido, término de relacionamento, perda de emprego – já pode ser diagnosticada com um quadro de “depressão maior” e ter o tratamento psicofarmacológico iniciado (LIMA et al., 2014). Allen Frances, psiquiatra americano que fez parte da elaboração do DSM-4, que nos últimos anos se tornou um crítico ao processo de medicalização da vida pela psiquiatria, relata em entrevista que tal processo de transformação de problemas comuns em transtornos mentais converte pessoas “saudáveis” em doentes ao mesmo tempo que ignora os sofrimentos psíquicos realmente graves (CISCATI, 2016).

O modelo biomédico em psiquiatria, dominante na interpretação da depressão, se reproduz a partir de diversas fontes de informação como: publicações de Organizações Internacionais, periódicos e revistas científicas, a partir da clínica, e na grande mídia (Anexo 1). Além disso,

uma fonte informação sobre depressão é a produção de conhecimento através de dados de Inquéritos Populacionais de Saúde.

Em diferentes ocasiões a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde tem sido responsável por trazer a preocupação com a Saúde Mental das populações e o aumento dos “transtornos mentais”, principalmente a depressão, para debate. Em tais ocasiões, que geralmente resultam em relatórios, são apresentados dados sobre a prevalência dos transtornos, os impactos sociais e econômicos dos “transtornos mentais”, indicações sobre alguns aspectos considerados pela organização como fundamentais para o desenvolvimento e a consolidação de Políticas de Saúde Mental de diferentes países, como: criação de sistemas de Saúde Mental, construção de redes sólidas de cuidado, difusão de informação e capacitação de profissionais para lidar com questões de Saúde Mental, tipos de pesquisa que seriam interessantes para o avanço das Políticas de Saúde Mental, como pesquisas epidemiológicas longitudinais, e a realização de Inquéritos Populacionais de Saúde. Além disso, procuram incentivar as pessoas em sofrimento a buscar tratamento e sensibilizar a comunidade a transformar sua relação com os “transtornos mentais”, diminuindo o preconceito e o estigma e ajudando pessoas em sofrimento a buscar assistência (OPAS/OMS; 2001;2017).

Dois eventos são interessantes para ilustrar como a OMS traz a temática da Saúde Mental: o primeiro acontece em 2001 e o segundo em 2017.

Em 2001 o Dia Mundial da Saúde foi dedicado a temática da Saúde Mental, direcionada aos “transtornos mentais” sob o slogan de “Cuidar sim. Excluir não.”, e resulta na publicação do Relatório intitulado “Nova Conceção, Nova Esperança”. Em 2017, novamente o tema escolhido para o Dia Mundial da Saúde foi dedicado a Saúde Mental, especificamente sobre a Depressão, com o slogan: “Depressão: vamos conversar”, cujos dados contabilizados apresentam um cenário preocupante: cerca de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo, com o Brasil abrigando cerca de 11 milhões dos casos, indiferentemente de faixa etária. Além disso, a OPAS/OMS enfatiza os impactos da depressão como uma das principais doenças incapacitantes, cuja a previsão é de alcançar o primeiro lugar da lista em 2030 (OPAS/OMS; 2017).

A OMS é um órgão internacional legitimado na sociedade e de grande prestígio no campo da saúde e da produção de conhecimento. Suas diretrizes e publicações são responsáveis por fomentar que seus países membros realizem ações em saúde, melhorias em seus sistemas de saúde e pesquisas para a obtenção de Informações em Saúde, tendo os Inquéritos Populacionais de Saúde, como uma das fontes de informação sobre o estado de saúde da população. Entretanto, cabe questionar que paradigma orienta o discurso da OMS,

principalmente no que diz respeito a Saúde Mental, para assim, compreender e avaliar a qualidade da informação que essa organização apresenta e demanda. Os dados fornecidos pela OMS reforçam a ideia de uma “epidemia global de depressão”, ligada ao paradigma hegemônico da psiquiatria atual, cuja a ideia de “epidemia” é questionada por diferentes pesquisadores, tanto internacionais como nacionais como: Thomas Szasz, Robert Whitaker, Peter Conrad, Allen Frances, Fernando Freitas, Paulo Amarante e Sandra Caponi. Além de pesquisadores, existem movimentos de ex usuários dos métodos tradicionais de tratamento psiquiátrico, que tecem uma crítica aos métodos da psiquiatria baseada nas suas vivências. O que pretende-se destacar é que existe um movimento que contradiz o discurso hegemônico da psiquiatria biomédica. No entanto, esse não é o discurso adotado por órgãos como a OMS em grande parte de suas iniciativas.

Com isso destacamos que a produção de dados em Saúde Mental não é neutra. Ela está relacionada e corresponde a um paradigma dominante, que demandam a produção de informações que irão, na maioria dos casos, reproduzir e sustentar o “conhecimento” do paradigma dominante (JANUZZI, 2009). Por isso, cabe questionar qual é o tipo de dados, informação e conhecimento que produz, qual paradigma orienta a elaboração dos dados, das informações e do conhecimento repassado, assim como saber que a interpretação da OPAS/OMS tem da depressão, quais os critérios teóricos utilizados para o diagnóstico da depressão e qual a interpretação do que é o tratamento ideal para a depressão preconizado por essas instituições.

No Brasil, o questionamento é semelhante. Cabe problematizar a produção de informação em Saúde Mental, principalmente nos Inquéritos Nacionais de Saúde, identificando o modelo teórico que orienta a produção de informação, e sua relação com a Política de Saúde Mental no Brasil.

Assim sendo, esta pesquisa trata de analisar uma das fontes de informação mais relevantes para o estudo de questões epidemiológicas e seus determinantes: Os Inquéritos Populacionais em Saúde. Especificamente, analisa-se o tipo de modelo de abordagem presente nos Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacional de Amostra por Domicílio dos anos de 1998, 2003 e 2008 e as questões de Saúde Mental da Pesquisa Nacional de Saúde. Essa pesquisa tem base qualitativa uma vez que seu objetivo é analisar as perguntas a partir da perspectiva da Sociologia das Estatísticas.

Diante do apresentado elaborou-se os objetivos que essa pesquisa pretende alcançar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a produção de informação e o modelo de abordagem nas questões de Saúde Mental dos Inquéritos Populacionais no Brasil.

2.2. Objetivos Específicos

1. Analisar da construção de dados e informação para a sustentação do paradigma dominante.
2. Identificar os principais Inquéritos Populacionais em Saúde realizados no Brasil e conhecer as questões de Saúde Mental presente em cada um.
3. Analisar o modelo dominante de abordagem da saúde mental nas questões dos Inquéritos Populacionais de Saúde.

3. METODOLOGIA

A principal estratégia metodológica para a construção desse trabalho foi a pesquisa bibliográfica. O processo de busca esteve relacionado com os objetivos e com os capítulos escritos. Portanto, explicaremos as estratégias abordadas seguindo a ordem dos mesmos. As pesquisas foram realizadas nas seguintes plataformas: Portal Capes, Scielo e Bireme.

Para o primeiro objetivo, que consistia em analisar a construção de Dados, informações e conhecimento, além de abordar a questão do paradigma foi investigado:

- A conceituação de dado, informação e conhecimento, a partir de uma busca bibliográfica com os termos.
- O conceito de Paradigma de Thomas Khun.

O segundo objetivo consistia em analisar os principais os Inquéritos de Saúde, verificar a existência de Inquéritos voltados especificamente para a Saúde Mental, e identificar os Inquéritos de Saúde de âmbito nacional que abordavam temas relacionados a Saúde Mental. Essa busca incluía investigar os primeiros inquéritos mundiais, qual sua relevância para o campo da saúde, os principais inquéritos de saúde brasileiros. A construção desse objetivo seguiu as seguintes etapas:

- 1º etapa: Realização de busca bibliográfica com as seguintes palavras chave: inquéritos nacionais de saúde; inquéritos; Saúde Mental.

Nessa etapa os artigos foram selecionados a partir da leitura dos resumos, buscando identificar os artigos que abordassem as origens dos inquéritos em saúde em escala mundial e nacional, as vantagens e as os desafios da utilização desses inquéritos para a área da saúde, os principais tipos de inquéritos.

- 2º etapa: Seleção dos Inquéritos de Saúde Nacionais com abordagem em Saúde Mental, a partir de buscas nos questionários da PNAD e da PNS.

- 3º etapa: Análise dos questionários, separando as questões relacionadas a saúde mental na PNS e nos suplementos da PNAD que possuíam questões relacionadas a Saúde Mental, identificadas nos suplementos do ano de 1998, 2003 e 2008.

O terceiro objetivo, que buscava de identificar a abordagem das questões de Saúde mental nos inquéritos de Saúde, PNS e PNAD, foi realizada em três etapas de buscas bibliográficas.

- 1º etapa: busca bibliográfica que utilizou os termos: depressão; PNS; depressão e PNAD; depressão e PNS.

- 2º etapa: tinha como objetivo encontrar artigos para embasar a discussão com relação ao modelo biomédico na psiquiatria e os impactos da hegemonia desse modelo na produção de informação e na vida da população. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando os termos: modelo biomédico; depressão e modelo biomédico; medicalização da vida; medicalização; DSM.

- 3º etapa: objetivava encontrar artigos que falassem da relação entre o processo de medicalização e a mídia. Para tal, utilizamos os termos: “depressão e mídia” e “medicalização e mídia”.

Por fim, para a construção dos capítulos que fundamentaram a pesquisa, cuja intenção era abordar a relação entre as estatísticas, a saúde e o poder da informação estatística realizamos a pesquisa bibliográfica utilizando os seguintes termos: “estatísticas em saúde”, “origem das estatísticas”; “origem das estatísticas em saúde” e “estatísticas”. Os artigos foram selecionados a partir da leitura dos resumos, que deveriam abordar a origem das estatísticas ao longo da história, a relação entre a estatística e a construção dos Estados Nacionais, a importância da estatística no campo da saúde, e a importância da saúde para o surgimento das estatísticas.

Essa pesquisa nos levou ao encontro da Sociologia das estatísticas, cujo principal autor brasileiro é Nelson Senra, autor do livro “O saber e o poder das estatísticas: uma história das relações das estatísticas com os estados Nacionais e com as ciências”. Porém, buscamos por

outros autores que também tratassem da Sociologia das Estatísticas, a partir da palavra chave: “sociologia das estatísticas”.

Para a Sociologia das Estatísticas o critério de seleção para os artigos foram: conter a conceituação do campo da sociologia das estatísticas, a abordagem da sociologia das estatísticas por parte da informação e da comunicação, o papel da sociologia das estatísticas na formação de discursos de verdade.

4. CAPÍTULO I – A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: DADOS, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO.

O conceito de dados, informação e conhecimento e as suas diferenças é uma discussão complexa, tanto pela proximidade conceitual entre os três termos, quanto pela diversidade de significados que adquirem, principalmente quando utilizados de forma interdisciplinar ou pelo senso comum. Muitos autores compreendem que dados, informações e conhecimentos são sinônimos, no entanto, para este trabalho sustenta-se que os três termos têm conceitos distintos e diferenças entre si, embora estejam estreitamente associados.

Se optarmos pelo significado de dados oferecido pelos dicionários teremos as seguintes conceituações: os dados podem ser a base, o princípio em que se assenta uma discussão, ou ainda o elemento básico para a formação de uma opinião (Ferreira et al, 1999). Outro significado para o termo é que ele é o ponto inicial para o desenvolvimento ou para a solução de um problema (Houaiss, 2001). Ambas as definições têm em comum a natureza do dado como fator inicial que pode adquirir diferentes sentidos a partir da interpretação dada a ele. Ou seja, um dado, como a porcentagem de casos de depressão publicado pela PNS, 7,6% é o ponto de partida para diferentes questionamentos e discussões, tais quais: Qual a forma utilizada para obter esse dado? Quais foram as fontes utilizadas? O que esse número significa exatamente? São muitos ou poucos casos?

Shedoroff (1999), trabalhando com a definição de dado a partir da perspectiva da informática, diz que a principal característica do dado é ser o fruto de um processo de coleta, de pesquisa, de descoberta. Para Correia, sua principal potencialidade do dado seria sua capacidade de ser:

Uma unidade manifestante de valor semântico básico que possui, portanto, pouca significação quando tomada de forma isolada. Porém, quando um dado é combinado a outros dados seus valores interagem e dão origem a significações mais complexas (CORREIA; 2009, p. 40).

O autor reafirma o dado como fator inicial, e o aponta como unidade elementar da informação, por isso ele seria o primeiro ponto da cadeia de produção de conhecimento.

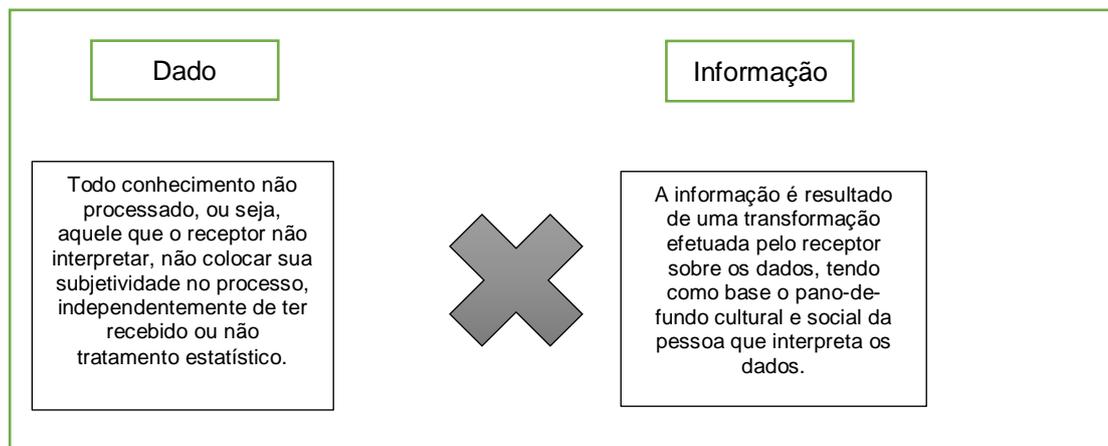
Com relação a informação, tomando o dicionário como referência inicial para conceituar informação encontraremos uma designação simples e ampla do termo, como: “Ato ou efeito de informar-se (FERREIRA, 2000, p. 388)”. O dicionário também fornece um significado relacionado diretamente ao campo da informação, compreendendo-a como: “conhecimentos extraídos dos dados”¹. No âmbito acadêmico o conceito de informação é extremamente amplo e interdisciplinar, o sentido de informação para a Ciência da Informação é diferente do sentido de informação no contexto das teorias de comunicação, e do sentido de informação atribuído ao senso comum.

Capurro (2007, p. 149) inicia sua revisão sobre esse conceito sugerindo que a informação é “o conhecimento comunicado” e mostrando que o significado de informação vai ser diferente de acordo com a ciência que a discute, assim, o conceito de informação estaria sempre associado a outros conceitos, ligado à determinada teoria que configura determinada ciência. Dentre os conceitos de informação apresentado pelo autor, interessa a que apresenta a informação como um “fenômeno social” (p. 96). Nesse conceito a informação é entendida como uma construção, erguida no coletivo, na relação de diferentes sujeitos, nas disputas pelo poder, variando de acordo com os diferentes contextos, e com diferentes práticas.

A informação também pode ser conceituada como produto do processamento dos dados realizados pelos diferentes sujeitos que interpretam, correlacionam e os avaliam de acordo com sua fonte de conhecimento. Nessa definição de informação percebe-se uma continuidade do pensamento de Capurro (2007) sobre a informação como parte da construção social, pois aqui considera-se que a informação é influenciada pela subjetividade de quem interpreta os dados (LIS/ICICT, 2014).

¹ (FERREIRA, 2000, p. 388)

Figura 1. Diferença entre dado e informação. Fonte: Curso online de Informação e Indicadores para a gestão de saúde do idoso no Rio de Janeiro (LIS/ICICT, 2014).



A definição de conhecimento é igualmente complexa e se mistura com o conceito de informação. O conhecimento é definido nos dicionários como informação, como aprendizado, o ato de compreender algo, de absorver uma informação, evidenciando a semelhança conceitual e a complexidade em separar esses dois conceitos (FERREIRA, 2000). De acordo com o Houaiss et al. (2001, p. 802) conhecimento é:

Procedimento compreensivo por meio do qual o pensamento captura representativamente um objeto qualquer, utilizando recursos investigativos dessemelhantes – intuição, contemplação, classificação, mensuração, analogia, experimentação, observação empírica etc.

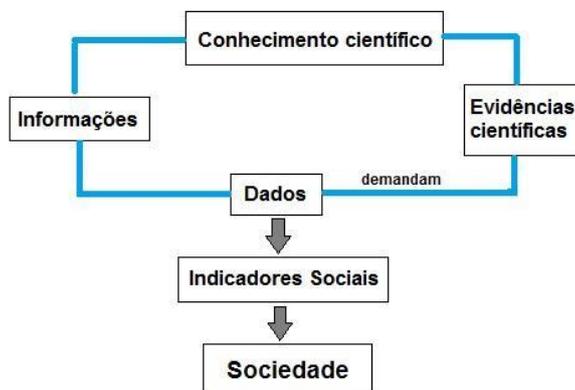
Tal definição engloba diferentes formas de se adquirir conhecimento, que não necessariamente a forma científica de produção de conhecimento. Na definição do Houaiss (2001) o conhecimento é tudo que se compreende da realidade do mundo a partir do pensamento, mesmo a realidade sendo o resultado do que se nomeia como realidade, do que se construiu socialmente como realidade. Xavier & Costa (2010) afirmam que confusão causada pela proximidade entre os conceitos é comum, uma vez que informação e conhecimento se retroalimentam, ou seja: informação gera conhecimento e conhecimento gera informação. Por isso, há um esforço para conceituar conhecimento de forma clara e específica, proveniente de vários campos de estudo. Correia (2009, p. 47) apresenta diferentes formas de se definir conhecimento e mostra que no âmbito científico, o conhecimento seria a uma “uma forma de crença justificada”, isto é, tudo aquilo que um indivíduo acredita ser verdadeiro. Uma

interpretação acadêmica para essa definição de conhecimento citada por Correia seria a noção de paradigma, explorada por diferentes autores, mas principalmente por Thomas Khun.

Uma das definições mais simples de paradigma dada por Thomas Kuhn é que o paradigma é um conjunto de saberes, uma teoria, construídos por uma comunidade científica para explicar algum aspecto da natureza, que foi por eles esquematizado, experimentado, e apresentado, e que de algum modo conseguiu alcançar a aprovação e a concordância entre outras escolas científicas. A partir disso um paradigma passa a ser um exemplo a ser seguido, um ponto de partida para o estudo de pesquisadores futuros, consolidado como verdade universal, que dificilmente será contestada, uma forma justificada de crença que interfere diretamente produção de conhecimento. No entanto, paradigmas não são eternos. Uma vez que surge outro conjunto de ideais que explicam melhor determinada situação ou uma teoria que consegue afirmar ser mais “verdadeira” que a anterior, ocorre o que Kuhn chama de transição paradigmática (KUHN, 1998). Assim, podemos interpretar o conhecimento científico como um conjunto de informações que foi legitimada pelo discurso científico, sendo ele próprio parte de um paradigma, o da validade do discurso científico diante de outros discursos.

A partir disso, conclui-se que dados, informações e conhecimento se relacionam num fluxo contínuo de geração de conhecimento, que por sua vez encontra-se sob a perspectiva de um paradigma dominante, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2: Fluxo da construção de conhecimento. Fonte: Elaboração própria seguindo como referência Januzzi (2009).



Para essa dissertação é fundamental compreender essa dinâmica, pois a produção de informações em saúde mental, como em outras temáticas da saúde, depende e está associada com a “estratégia” de produção de conhecimento, ou seja, com a relação entre dados,

informação, conhecimento e paradigmas. Esse mecanismo de retroalimentação entre esses três fatores, por sua vez, é realizado por seres humanos, com crenças, interesses sociais e políticos e econômicos, o que influenciam a construção de dados, conseqüentemente influenciando na produção de conhecimento e nos modos de agir e pensar na sociedade.

5. CAPÍTULO II – DOS CENSOS AOS INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE – A SOCIOLOGIA DAS ESTATÍSTICAS E O USO DA PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA.

Desde as grandes civilizações da antiguidade, existia o interesse pôr obter informações sobre os seus domínios. Essas informações eram adquiridas a partir de censos e de listas de contagem (IBGE, 1996). Pesquisas arqueológicas sugeriram que sociedades como a China antiga, o Egito, Gregos, Romanos, Sumérios e civilizações latino-americanas, como Maias, Incas e Astecas utilizaram de informações estatísticas para conhecer e administrar seu território e população, principalmente para contabilizar riquezas e tributos. Em estados em constante guerra e expansão territorial os censos se focavam no poderio militar². Na idade moderna, os censos populacionais adquirem ainda mais importância na administração dos reinos que prosperavam. Além dos censos populacionais e o uso das estatísticas para o controle do mercado, elas assumiram também um papel descritivo³. Segundo Memória (2004) experiência da estatística descritiva emergiu na Itália durante o renascimento, embora outros países também utilizassem dessas abordagens, como na França.

Para Martin (2001), na França a forma descritiva que a estatística assume é fundamental para que soberano fosse educado sobre seu território, através de descrições detalhadas da geografia, dos súditos, dos bens e propriedades, assim como a opinião dos habitantes, os ofícios dos súdito, enfim, todas as informações possíveis para que o soberano, à distância, pudesse ter controle do seu reino, tradição chamada de “espelhos do príncipe”. Essas investigações não tinham pretensões científicas, mas eram consideradas importantes técnicas de governo (MARTIN, 2001, p. 18).

Cabe ressaltar que essas pesquisas não foram recebidas pela população sem conflito. Havia a oposição da Igreja, que considerava que os censos eram formas de questionar o

² (IBGE, 1996; CAMARGO, 2009)

³ Ibid

“segredo da vida e da criação” (MARTIN, 2001, p. 15) e que somente Deus poderia ordenar a que censos fossem realizados. Além disso, havia o temor da população, que se sentia ameaçada pela exposição, temendo que os censos resultassem em aumento nos impostos ou em obrigações militares.

Senra (2008) mostra que no Brasil ocorreu reação semelhante. Antes da independência existia uma tradição estatística de censos e registros civis. Uma dessas iniciativas criou, em 1852, uma revolta contra o Censo, que era considerado como uma invasão das casas e da privacidade das pessoas. Historicamente em outras ocasiões a população reagirá às atividades estatísticas, até que elas adquirirem um status de confiabilidade, essencial para que possa ser instrumentos de poder.

Entretanto, de acordo com Memória (2004, p. 12), as experiências anteriores a meados do séc. XVII não abrangem o significado da Estatística, que ainda não tinham alcançado sua principal característica ser a “ciência do significado e do uso dos dados”. Para o autor, se o uso dos dados estatísticos não adquire significado, não são mais do que técnicas de administração e de contagem. Em seu livro, Senra (2005) concorda com a afirmação de Memória (2004), ao dizer que o que se realizava antes do século XVIII era o acúmulo de registros de tudo que poderia ser registrado. Para ambos autores, somente a partir do momento em que o uso dos dados estatísticos é alinhado a significação dos mesmos é que a estatística começa a se configurar como ciência e a ter relação com outras disciplinas, principalmente com as ciências sociais e posteriormente, as de saúde.

Cabe ressaltar que apesar de Senra (2005) concordar que as investidas em técnicas estatísticas eram frágeis e frequentemente não tinham resultados eficazes, ele enfatiza a importância desse momento anterior, apontando os registros como fundamentais para o avanço gradual das técnicas estatísticas, que posteriormente incorporariam intimamente a constituição de governos.

5.1. As Estatísticas na formação dos Estados Nacionais

Como se sabe, os séculos XVII e XVIII foram marcados por profundas transformações na sociedade Europeia. O nascimento da ciência moderna, a Revolução Francesa, a normatização da Medicina, o surgimento da Psiquiatria, de novas instituições e a consolidação de Estados Nacionais.

Os Estados Nacionais eram, antes de tudo, organizações políticas que buscavam agir sobre um território específico, unificando, padronizando, na tentativa de se criar uma nação. A

formação de uma nação é extremamente complexa, requer que o governo controle os impostos, os militares, os mercados e exige um sentimento de identidade entre os povos que compõe aquele território. Nessa época, a administração do Estado estava ligada a centralização administrativa, a coerção, ao uso da violência como forma de controle e a construção de uma maquinaria que funcionasse a serviço do Estado, que pudesse controlar o monopólio das instituições e dos recursos, de forma organizada e hierarquizada, buscando sempre manter a coesão (SENRA, 2005).

A sociedade também sofria importantes transformações nas relações sociais e humanas, como a expansão e novas formas de comercializar produtos, o aumento das cidades, diversificação do trabalho. Gradativamente essas mudanças tornaram as redes de relações sociais e de governo cada vez mais complexas e, e por consequência, cada vez mais fora do domínio dos governantes. Por isso a necessidade dos governos de “cercar-se de saberes, mais e mais detalhados e especializados; saberes que fazem próximo os distantes, tornando possível o exercício do poder (SENRA, 2005, p. 56)”.

Segundo Elias (1993) por trás dessa busca por saber estava a construção de estruturas administrativas sólidas, órgãos centrais, vinculados aos governos, estáveis a possíveis mudanças de governo e especializados em manter a sociedade organizada. Para os governos exercer o poder exigia uma condição: conhecer, se informar, a partir de informações constantes. Assim as estatísticas, adotadas como ferramentas para conhecer:

ajudam a tornar pensável e conhecido o mundo distante, ajudando a governá-lo. Governa-se, e governar é controlar administrar, influenciar, monitorar, fiscalizar, dirigir, regular, vigia-se, ordena-se, disciplina-se, enfim, norteiam-se as condutas dos homens, assim sendo, todos governam (seja o pai, o patrão, o mestre, a amante, seja o Estado) (SENRA; 2005, p. 58).

É a partir dos registros continuado, de pessoas, de territórios, de bens, de animais, de tudo, que lentamente se constrói para o governante a visão de uma coletividade, que organizada permite ao governo ações, não só de controle, mas de melhorias. As estatísticas utilizadas dessa forma estão inseridas dentro de um paradigma que começava a se solidificar: a emergência do raciocínio das ciências modernas, onde a quantificação, a organização, a divisão e controle milimétrico dos experimentos era o eixo norteador para se conhecer o objeto de estudo. A partir desse ponto a Estatística começa a despontar como ciência, não à toa ela partilha do mesmo paradigma dominante nas demais ciências (SENRA; 2005).

Voltando à formação dos Estados Nacionais, as estatísticas eram mantidas como segredo de Estado, pois acreditava-se que elas poderiam – por descrever o Estado

detalhadamente – revelar as fraquezas do Estado. A própria população não tinha acesso a esses dados, ainda que para o governante essas estatísticas fossem a fonte da vigilância e do poder sobre a população (SENRA, 2005).

Foucault é um dos principais críticos a esse momento de formação dos Estados, principalmente quanto à questão do poder. Senra define poder como a capacidade de transformar, intervir ou influenciar. Compreende-se poder como a capacidade de alterar um local, de influenciar o rumo de um acontecimento, o comportamento de uma ou mais pessoa. O poder pode ser exercido de forma violenta, com base na coerção, quando de fato a violência consegue modificar o comportamento, mas a forma mais eficiente de exercer poder é quando é sutil, com o consentimento dos influenciados, “através de práticas cristalizadas, institucionalizadas” (SENRA; 2005, p. 61). Tal definição de poder se inspira em Foucault e não é muito diferente dela. Para Foucault a característica mais clara do poder é que: “é que alguns homens podem determinar, mais ou menos completamente, a conduta de outros homens, mas jamais de maneira exaustiva ou coercitiva (FOUCAULT, 2010, p. 384)”.

Foucault formula o conceito de governamentalidade para descrever a forma de governo nascida a partir do século XVII. Segundo o autor, emerge um conjunto de ideias que modificam o exercício do poder político, esse conjunto é constituído por “instituições, análises, cálculos e táticas” (SARAIVA, 2015, p. 176). Agora o principal objetivo dos governos era gerir com eficiência seus recursos naturais e principalmente sua população, com o objetivo de “reconciliar o poder político com outros modos de exercício de poder encontrados na sociedade civil, o poder moral do homem sobre si próprio, o poder econômico do chefe do domicílio sobre seus dependentes.”

Para Foucault, a importância que a população ganha dentro dos governos resulta na descoberta, ou no reconhecimento da população como uma entidade viva, em movimento, conforme a exemplifica a citação abaixo:

Essa estatística que funcionara até então no interior dos quadros administrativos e, portanto, do funcionamento da soberania, essa mesma estatística descobre e mostra, pouco a pouco, que a população tem suas regularidades próprias: seu número de mortes, seu número de doenças, suas regularidades de acidentes (FOUCAULT, 2010, p. 365).

Segundo Suprynak (2008, p. 385) a recém-descoberta da população como organismo vivo, aliado as grandes transformações ocorridas no século XVII como a expansão demográfica, as transformações na relação de mercado, permitiu uma ruptura com duas formas de governar, a patriarcal e a da soberania tradicional. De acordo com o autor, essa ruptura forneceu condições para que se estabelecesse uma união entre “poder político e essa recém-chegada dimensão

social”. Com isso a população passaria a ser o objetivo fundamental da ação política, o que envolve, certamente, formas de controle dos corpos.

Entretanto, seguindo o pensamento de Foucault (2010), a gestão das populações depende de um fator importante que é a liberdade. Para ele só é possível exercer poder sobre pessoas livres, e as estatísticas cumprem esse papel, pois tem a capacidade de transformar o coletivo em individual, sem que isso fosse imposto. Apresentam-se os dados estatísticos, mas o sujeito pode ou não concordar com elas. Com a população como principal objetivo da ação política, o poder passa a ser exercido de forma mais intensa, o que Foucault vai chamar de “poder sobre a vida”.

Segundo o autor, controla-se o homem a partir da disciplina e da regulação. A disciplina é o processo de normatização do homem, a partir de um agir político sobre os sujeitos. Assim como profissões como a medicina foram normatizadas, ou seja, passaram a ter normas e padrões a serem cumpridos, faz-se o mesmo com o indivíduo, a partir da organização arquitetônica, de instituições, como o colégio, a igreja, o hospital, a prisão, a fábrica, dentre outros (CANDIOTTO; 2012). Senra (2005, p. 63) complementa a definição de disciplina ao dizer que esses espaços eram organizados para que funcionassem de forma organizada, hierarquizada, facilitando a circulação e a organização dos indivíduos dentro de suas tarefas. Candiotto (2012) sintetiza bem a função dos espaços arquitetônicos no processo disciplinador:

trata-se sempre da constituição de uma anatomia política pela distribuição espacial dos indivíduos e o controle de suas atividades; ou pela combinação dos corpos e das forças, de modo a deles extrair a máxima utilidade. Ao ser o corpo parte de um espaço, núcleo de um comportamento, soma de forças que se aglutinam, tornasse possível adestrá-lo e torná-lo útil. A anatomia política do corpo fabrica pequenas individualidades funcionais e adaptadas mediante investimentos microfísicos, capilares. Daí a importância do detalhe do gesto e da minúcia do olhar (CANDIOTTO, 2012, p. 20)

Já a regulação atua sobre o do corpo biológico do homem. A população, como um dos principais bens do Estado que se consolida, precisa estar saudável, produtiva. Assim, intensificam-se os estudos sobre mortalidade, natalidade, sobre as doenças epidêmicas, sobre as causas de morte, a média de vida da população. O poder regulatório investe-se em dissecar o corpo humano, em entender seus processos a partir da relação entre saúde e doença, das formas de viver da sociedade, seus hábitos, suas moradias (SENRA, 2005).

Não à toa, é partir da necessidade de ter uma população saudável que surgem as primeiras pesquisas estatísticas realizadas com o objetivo de documentar a saúde das populações. Tais iniciativas investigativas são documentadas desde o séc. XVI, quando se

iniciou uma preocupação dos governantes com a relação com o estado de saúde da população, nesse caso impulsionada pela política mercantilista, que carecia de uma população ativa que produzisse e pudesse manter a circulação da moeda dentro do território. Esse processo se intensifica a partir do XVII, incentivada pelo desenvolvimento de diversas ciências, como a epidemiologia, que possibilitavam novas formas de conhecer o adoecimento, não mais apenas ligado a relação doença-homem, migrando para a compreensão ampla do adoecimento, ligado a doença, ao homem e a população, as condições de vida, os determinantes do adoecimento, conforme explica Scliar (2007, p. 34):

Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números - os sinais vitais -, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística.

Assim, em diferentes momentos entre os séculos XVI e XIX, diversas experiências surgiram na Alemanha, França, Inglaterra e nos Estados Unidos. O caso da Alemanha, desenvolvido muito bem no texto “nascimento da medicina social” de Foucault (2015), detalha o processo de desenvolvimento da relação das estatísticas e a sua relação com a Saúde da população. O termo estatístico, aliás, tem origem alemã, no conceito de “*staatswissenschaft*” nome ligado a ciência do Estado.

Segundo Foucault (2015) experiência alemã agiu sobre os recursos naturais, a população e o aparelho governamental. A partir de Inquéritos sobre diferentes áreas o Estado, não apenas desenvolveu procedimentos específicos para garantir o funcionamento do Estado como também fez disso uma forma de produção de conhecimento metodológico.

Com relação com a saúde, Foucault (2015) nos conta que na Alemanha se estabelecerá uma política médica de Estado. Trata-se de um conjunto de práticas médicas que tem como objetivo melhorar a saúde da população e onde a figura do médico é central para o alcance desses objetivos. Uma das atitudes essenciais foi a normalização a profissão do médico. Assim, cria-se normas para o ensino da medicina, e a profissão é cuidadosamente controlada pelo Estado. Em 1764, cria-se a noção de polícia médica, que era realizada a partir de diferentes ações: a primeira foi a regulamentação da profissão da medicina, outra ação foi a criação de um sistema de registro sobre morbidade, que exigia que os hospitais e médicos prestassem conta sobre as causas das mortes, permitindo assim, reunir registros que identificasse doenças predominantes. Outro passo foi a criação de um órgão especializado em gerir essas informações, que tinha como objetivo organizar as informações, identificar locais com a

presença de doenças endêmicas e o surgimento de epidemias, e a partir disso delimitar quais procedimentos tomar.

Percebe-se o médico como figura central dessa prática. Dessa forma, havia os médicos que atuavam nos hospitais ou em atendimentos particulares, os que eram responsáveis pela gestão da informação coletada e a condutas concomitantes de outros médicos. Todos esses profissionais estavam subordinados ao Estado, o que Foucault nomeia como “medicina de Estado” (FOUCAULT, 2015, p. 3) Avançando para o século XIX, Foucault nos conta que essa organização médica sob a supervisão do Estado estava tão consolidada que existia uma organização hierárquica entre profissionais, relacionados por distritos, a semelhança da administração de prefeitos e subprefeitos. No caso dos médicos alemães se formava:

uma pirâmide de médicos, desde médicos de distrito que tem a responsabilidade de uma população entre seis e dez mil habitantes, até oficiais médicos, responsáveis por uma região muito maior e uma população entre trinta e cinco, e cinquenta mil habitantes. Aparece nesse momento, o médico como administrador da saúde (FOUCAULT, 2015, p. 49).

Na França, a medicina social, aparece nos fins do século XVIII, porém é voltada à urbanização das cidades. Primeiro localiza-se locais potenciais propagadores de doenças. As construções insalubres são demolidas e constroem-se avenidas para a circulação do ar e das águas. Os cemitérios são afastados para a periferia. As doenças transmitidas pela água são o principal alvo, e em 1742 organiza-se a primeira pesquisa dedicada a mapear os lugares onde a água não era atingida por esgoto ou por rejeitos das atividades dos barcos, mapeando assim onde a população conseguiria água potável (FOUCAULT, 2015).

Ainda na França, em 1826, o médico Louis René Villermé analisou a mortalidade em diferentes bairros de Paris, e chegou à conclusão que os índices de mortalidade estavam intimamente ligados a renda. Ele publicou o resultado do seu estudo no relatório chamado “*Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*”, em 1840 (MARTIN, 2001).

Outras experiências, mais direcionadas à situação de Saúde da população foram realizadas. Destacamos a pesquisa do médico inglês William Petty, que elaborou um estudo onde recolhia dados sobre a educação da população, seus meios de produção e suas doenças. Petty denominou esse estudo como anatomia política. Outro inglês, John Graunt, um comerciante, realizou um estudo sobre as estatísticas vitais da população, identificando as causas de mortalidade em diferentes grupos, utilizando obituários como referência e correlacionando a mortalidade com fatores como sexo e o local da residência (SCLIAR, 2007). Ambos são considerados fundadores da Aritmética política, outra forma de aplicação das

estatísticas. Na aritmética política buscava-se conseguir calcular todos os fenômenos sociais, a partir de uma amostra mínima que representaria o macro, e seria uma alternativa para os inquéritos e recenseamentos, considerados muito trabalhosos e caros. O objetivo dos aritméticos políticos era fornecer ao governo instrumentos matemático e de ordem quantitativa. Dentre esses cálculos, estavam preocupações com a relação entre taxa de mortalidade e renda, além da proporção de mortes e nascimentos (MARTIN, 2001).

Porém, estatísticas em saúde realmente se desenvolvem com William Farr, médico inglês, responsável pela direção do *General Register Office*. A partir de 1839, Farr desenvolveu estudos em que combinava os números de mortalidade com relatos das características das cidades. Seus relatórios eram publicados anualmente, e chamavam a atenção para as desigualdades entre distritos com melhor ou pior condição de vida, o que ele chamava de “distritos sadios” e “distritos não-sadios”. Outro personagem histórico que ajudou a fortalecer as estatísticas em saúde foi Edwin Chadwick, advogado que escreveu um relatório sobre as condições da população trabalhadora na Inglaterra, em 1842. O relatório foi um dos responsáveis pela promulgação da lei de ações em saúde pública, a *Public Health act* em 1848, que inaugurou uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada da construção de medidas de saúde pública (SCLIAR, 2007).

A partir do século XIX, emergiu em diferentes países organizações oficiais de pesquisa em estatística. Além disso, lentamente o público começa a ter acesso aos resultados das estatísticas produzidas pelos governos, fruto de iniciativas de popularizar as estatísticas a partir de publicações. Surgem os congressos internacionais de estatística, que possibilita aos estatísticos criar metodologias que permitem a comparação das estatísticas entre países, e gradativamente a estatística foi deixando de ser uma ferramenta subordinada ao governo, para compor o governo, a ciência e a sociedade (SENRA, 2005).

As estatísticas continuam sendo utilizadas nas pesquisas de saúde, com o movimento higienista. Para os higienistas, era possível diminuir as morbidades e a mortalidade a partir da melhoria de saneamento básico, de estudos estatísticos que correlacionasse as características do ambiente com a morbidade e mortalidade. Além disso, o movimento higienista deu ênfase nos seus estudos as condições econômicas e sociais das populações, como viviam, qual o impacto de condições de pobreza, do trabalho operário, da industrialização, e do alcoolismo (SENRA, 2005).

Apesar da ênfase na relação entre saúde, estatística e estado nos países da Europa, é essencial destacar que o Brasil viveu uma experiência muito semelhante a Europeia de regulação da saúde como forma de consolidar o Estado. Desde a chegada da família real, cujas

primeiras ações foi criar a faculdade de medicina e, portanto, regulamentar a prática profissional do médico. Dentre as atribuições dos médicos estavam o controle de doenças e prover ações coletivas de saúde, como medidas de quarentena e saneamento. Entre os séculos XIX e XX a questão da saúde esteve o centro das discussões acerca do futuro do Brasil (BAPTISTA, 2011).

Conforme Baptista (2011) um dos grandes desafios para o desenvolvimento do país eram as condições precárias de higiene dos portos e das cidades e as péssimas condições de Saúde dos brasileiros. É nesse sentido que a saúde se torna um dos principais articuladores da construção de uma “autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade” (BAPTISTA, 2011, p. 23). As campanhas empreendidas pelos sanitaristas, nos séculos XIX e XX não só descobriam os modos de viver e os problemas de saúde de partes esquecidas do país, como ajudaram a criar um contorno de país. Para os cientistas que realizaram tais campanhas, além de melhorar a saúde da população, o Brasil precisava evoluir como os países da Europa, para tanto era necessária uma população saudável para o trabalho e a construção de uma identidade brasileira. Desse modo, pode-se dizer que a medicina exercia um papel para além de cuidar do adoecimento da população, mas assim como ocorreu em outros países, exercia influência na construção do Estado e no controle da população (BAPTISTA, 2011).

Por fim, com a chegada do século XX, e principalmente depois do pós-guerra, modificou-se o olhar. As políticas sociais deixam de ser tratadas em localidades específicas, mas são abertas a população como um todo, de forma coerente e com abrangência nacional. A informação estatística – considera-se as informações estatísticas de saúde como parte dessa construção – são transformadas, incorpora-se ferramentas novas, como pesquisas por amostragem, com a ajuda da tecnologia. A forma de agir do Estado com relação as estatísticas também se transforma, assim como o uso das mesmas (MARTIN, 2001).

5.2. A Sociologia das estatísticas

Apesar de Sociologia e Estatística serem ciências que parecem distantes uma das outras, Émile Durkheim, um dos pais da Sociologia, postulou que o objeto específico da sociologia era os fatos sociais. Para Durkheim, os fatos sociais constituem em formas de agir, de pensar e de sentir que são exteriores ao indivíduo. Elas existem na sociedade independentemente da vontade do sujeito, são posteriores ao nascimento, passadas pela educação e geralmente absorvida sem grandes conflitos. Esses são capazes de produzir diferentes formas de coerção no indivíduo que se nega a agir de acordo com os fatos relativos a essa sociedade. Para o autor

essa coerção molda os comportamentos e garante o funcionamento da sociedade, correspondem as leis, regras morais da sociedade, religião, o sistema político e financeiro. Para o autor as formas de coerção podem se dar a partir da obrigação, pelo constrangimento, através dos aspectos coletivos que permeiam a sociedade sem que os indivíduos a percebam, como os padrões impostos pela sociedade (DURKHEIM; 1972).

Entretanto, a relação entre as estatísticas com outras ciências é íntima e complexa. Cada vez mais diferentes ciências utilizam as estatísticas para suas análises, e com a Sociologia não é diferente. Para Memória (2004) a estatística é a ciência que mais facilmente tem interagido com outras disciplinas. De fato, estudos nas ciências sociais, naturais, nas ciências da saúde e nas exatas, todas em algum momento utilizam estatísticas.

Diferentes autores utilizaram estudos estatísticos ou bases estatísticas para a construção de seus trabalhos. Na Inglaterra, a publicação de Edwin Chadwick sobre a condição de vida do proletariado foi uma das inspirações para que Engels escrevesse uma de suas obras mais significativas, a Condição da classe trabalhadora na Inglaterra (MARTIN, 2001).

Marx utilizou de dados estatísticos para conhecer a situação de vida precária dos operários causadas pelo capitalismo e reivindicar mudanças na sociedade (SCLIAR, 2012). Darwin utilizou para compor a suas obras os registros estatísticos disponíveis na sua época.

Esses autores, filósofos, sociólogos e cientistas utilizaram as estatísticas como forma de enxergar o mundo, e a partir delas problematizar questões diversas, tais como a ausência das condições de vida digna, os motivos que condicionam essas situações, permitiram ver ausência e ver presenças, o que nos remete a sociologia das estatísticas. Principalmente para a Sociologia, as estatísticas são pensadas como formas de governar, de controlar populações, sustentar padrões, sentido que tem afinidade com os fatos sociais de Durkheim.

O termo “Sociologia da Estatística” é relativamente novo no meio acadêmico, e tem como perspectiva a premissa que “as estatísticas oficiais fazem parte de um laborioso processo de construção social da realidade” (SANTOS, 2012, p. 99). A ênfase na abordagem da realidade, na percepção do mundo como resultado de construções sociais e não como algo já dado aproxima a Sociologia das estatísticas com outros campos de estudos sociológicos, como a sociologia do conhecimento (SANTOS, 2012).

O termo foi criado pelo Canadense Paul Starr, e tem como proposta a investigação da produção das estatísticas por outro viés. No lugar de usar as estatísticas como meio de análise, ou seja, partindo da análise dos seus resultados, de dados e informações já produzidas, de visões já construídas de mundo, Starr propõe que a estatística seja vista como o objeto da pesquisa, o que envolve retroceder e esmiuçar os estudos estatísticos, investigando como as estatísticas são

produzidas, que disputas de poder se encontram, quais embates teóricos ou quais paradigmas direcionam o olhar dos pesquisadores, assim como de que maneira o Estado utiliza as estatísticas públicas e como a população se apropria das mesmas (SARAIVA, 2015).

Para esse trabalho, a Sociologia das Estatísticas é o plano de fundo para pensar os diferentes papéis que as estatísticas públicas, especificamente as informações estatísticas em saúde mental assumem, e que pode se estender desde as demandas pela criação de políticas públicas ou de ações de saúde mental até a manutenção de uma visão sobre o transtorno mental, relacionada à divulgação dos resultados e os modos como podem afetar a vida cotidiana e aos processos de saúde e doença.

Segundo Camargo (2009), tomar as estatísticas como objeto de estudo significa, antes de tudo, reconhecer que as estatísticas públicas assumem os mais diferentes papéis na nossa sociedade, presente nas estatísticas sobre investimentos públicos ou privados, nas metodologias de produção de estatísticas, na cultura científica de quem produz as estatísticas, e na utilização dessas pela população. Esses diferentes papéis, segundo Camargo (2009) criam uma complexidade que se divide entre o pragmático e o científico, definida com clareza por Schwartzman (2004, p. 69):

As informações estatísticas são de especial interesse para o sociólogo da ciência por serem produzidas por instituições que são, simultaneamente, centros de pesquisa – envolvendo, portanto, valores científicos e tecnológicos, além de perspectivas e abordagens típicas dos seus campos de investigação – e instituições públicas ou oficiais, sujeitas às regras, valores e restrições do serviço público. Publicados na imprensa, os seus produtos – números relativos à população, renda, produto nacional, urbanização, emprego, natalidade, pobreza e muitos outros – são utilizados tanto para apoiar políticas governamentais quanto para avaliar os seus resultados, e podem criar ou limitar direitos e benefícios legais e financeiros para grupos, instituições e pessoas específicas. Essa pluralidade de papéis, contextos e perspectivas associadas às estatísticas públicas está na própria origem desse campo.

As estatísticas informam governantes, são objetos de estudo das mais diversas disciplinas, são fontes de políticas públicas, são fundamentais para a mídia. Para a população, as estatísticas são formas de se observar a realidade, é a partir dela, e principalmente da divulgação dessas estatísticas pela mídia, que a sociedade é informada sobre as doenças, sobre empregabilidade, renda, popularidade de políticos, sobre fertilidade, sobre os hábitos alimentares e suas relações com determinadas doenças, sobre a criminalidade, sobre desigualdade e injustiças sociais contra grupos. As estatísticas tornam o que é distante, ou mesmo desconhecido, próximo aos olhos da população (SENRA, 2005). Schwartzman (1996,

p. 1), ao descrever o trabalho do estatístico, reafirma a ideia da estatística como forma de descrever a realidade:

Uma das maneiras de olhar o ofício de produzir informações sociais, econômicas, territoriais é a arte de descrever o mundo. Estatísticas e mapas transportam os fenômenos da realidade para escalas apropriadas a perspectivas de nossa visão humana e nos permite pensar e agir a distância.

Conforme comenta Martin (2001, p. 24): “as estatísticas não constituem mais um “espelho” para o príncipe, e seus administradores, mas um espelho da nação para a nação, ou um espelho da sociedade para a sociedade” pois já se encontra presente na subjetividade da população, transformando nossas vontades fazendo com que nosso olhar para com o outro seja diferente, moldado de acordo com as estatísticas.

Uma das principais questões abordadas na Sociologia das estatísticas é a parcialidade das estatísticas, e dos estudos baseados nela. A “realidade” que a estatísticas apresentam fazem parte de recortes, de escolhas, de que realidade o estudo pretende mostrar. Ou seja, as estatísticas são construídas com base em escolhas anteriores, os grupos e situações são selecionadas para serem pesquisadas, o que nos remete a uma citação proveniente do relatório do IBGE chamado “Informação para uma sociedade mais justa”:

a agregação estatística tende a nos fazer esquecer que os “fatos” que ela exhibe foram previamente “feitos”, quer dizer, construídos, ao passo que os “dados” jamais são “dados”, e sim obtido com muito custo (DESROSIERES, 1996, p. 1)

Além da prévia seleção do que serão pesquisadas, as estatísticas são compostas por uma teia de personagens em constantes disputas pelo poder. No que tange as pesquisas públicas, interesses políticos e econômicos, paradigmas científicos, lutas de grupos sociais, e outros aspectos vão influenciar as escolhas políticas por demandas, prioridades e estratégias de produção de estatísticas de pesquisa. O resultado dessas pesquisas, as informações estatísticas, são divulgadas em meio acadêmico e midiático e compõem os discursos de verdade, que retroalimentam as visões de mundo, tanto de cientistas como da população, que recebe e absorve essa informação como verdade, uma vez que os dados estatísticos, possuidores do status científico, já adquiriram confiabilidade da população, por isso são aceitas como fonte de debate e de ação (DESROIERES, 1996). Portanto, pode-se concluir que a Sociologia das estatísticas tem basicamente a finalidade de estudar: “as fontes, procedimentos e usos, tanto intelectuais como políticos, das operações de produção estatística (CAMARGO, 2009, p. 905).

Assim, pesquisas como a PNAD e a PNS oferecem uma visão ampliada da condição de saúde de uma população e ajudam a organizar de maneira sucinta, porém significativa, questões fundamentais para a saúde pública, apontando estados de saúde, problemas e necessidades aos gestores do sistema de saúde (COGGON, 2015).

Além disso, as informações produzidas em pesquisas como os Inquéritos Nacionais, nas mãos de pesquisadores e da mídia, se transformam em conhecimento, que podem ser utilizados com as mais diversas finalidades e influenciar a vida da sociedade de diferentes formas. Senra (2005, p. 29) comenta que as estatísticas são capazes de “sustentar discursos de verdade”. O autor continua enfatizando a capacidade das estatísticas como aptas a produzir discursos e conhecimentos legítimos ao refletir sobre a relação da sociedade com a estatística, ressaltando que elas afetam profundamente a forma como enxergamos nossa vivência em sociedade, incitando desejos, mudando nossa forma de pensar, de compreender a si mesmo. Isto é, são formas sutis de controle da sociedade, de inserir discursos que se fazem reais, a partir do conhecimento que foi gerado por estudos estatísticos (SENRA, 2005). Em outro artigo, o autor traz um exemplo pertinente de como as estatísticas modificam nossa forma de enxergar a realidade, quando diz: “ora nos vemos tendo renda maior, ou menor, que a renda média, ora nos vemos tendo mais, ou menos, anos de escola que a média (SENRA, 2008, p. 412)”.

É a partir do potencial que os estudos estatísticos têm de criar realidades, que Starr elabora a sua principal crítica, ao apontar que as estatísticas e todas as suas classificações acabam por reduzir a complexidade social. O autor também critica as classificações adotadas pelo governo, e salienta que elas não são apenas decisões políticas, mas envolvem a história e vontade coletiva. Não à toa, grupos vulneráveis ou excluídos socialmente por causas históricas e por estigmas não costumam aparecer em pesquisas de Saúde, como é o caso da população em situação de rua, pessoas institucionalizadas, ciganos, população quilombola, assim como a população transgênero. Por isso, o autor atenta para a necessidade de refletir sobre as escolhas políticas com relações as estatísticas, por exemplo, a entrada de uma nova temática num inquérito de saúde, mudança de uma nomenclatura, da forma de se fazer uma pergunta, não são meros acasos, mas sim escolhas políticas (CAMARGO, 2009).

É pensando nas escolhas políticas e como elas afetam a sociedade que pretendemos pensar as questões de Saúde Mental inseridas nos Inquéritos Populacionais de Saúde no Brasil. Assim, esta dissertação se propõe estudar a presença da Saúde Mental nos Inquéritos populacionais de Saúde não para verificar prevalência de transtornos, ou de número de medicamentos distribuídos por região ou de CAPS construídos, mas analisar, como objeto de estudo, as questões de saúde mental que são formuladas e apresentadas na construção de

conhecimento nessa área, que se insere num ciclo. Isto por que ao mesmo tempo em que as questões de saúde mental produzem dados, que geram informações que vão alimentar a produção de conhecimento essas mesmas questões são construídas com base no conhecimento científico já produzido anteriormente.

6. CAPÍTULO III – OS INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Januzzi (2009) atualmente os Inquéritos Domiciliares em Saúde são utilizados não apenas por gestores, que buscam a criação de novas políticas públicas, e por pesquisadores, que utilizam os dados coletados para a realização de pesquisas e produção de conhecimento. Pesquisas como os inquéritos de saúde são, cada vez mais, utilizados como objeto de pesquisa por diferentes áreas científicas, como a sociologia, as ciências da saúde, assim como em pesquisas com abordagem interdisciplinar (JANUZZI, 2009).

Atualmente pode-se dizer que os Inquéritos de Saúde, que tem seus resultados divulgados e propagados pela mídia, são uma fonte de informação que permite a população um olhar sobre diferentes aspectos da vida, como: taxas de emprego, prevalência de algumas doenças e a relação entre hábitos alimentares, nível de escolaridade, idade, gênero e outras variáveis com processos de saúde e o adoecimento. Essas informações suscitam debates públicos e influenciam no modo como as pessoas conduzem sua vida e suas escolhas.

Retomando Senra (2005), que enfatiza a necessidade de estudar a produção da informação estatística como objeto de estudo, tendo como premissa considerar como aspectos fundamentais na criação e no uso da estatística a influência política, de paradigmas dominantes em saúde, das entidades, instituições e sujeitos interessados em produzir aquelas estatísticas, os meios que a tornam públicas, além das visibilidades e invisibilidades produzidas pelos resultados dos estudos estatísticos.

Nesse sentido, a mídia exerce papel fundamental na forma como são divulgadas as informações científicas, o que inclui os Inquéritos Nacionais de Saúde, que são absorvidas pelos veículos midiáticos, e popularizada a partir da interpretação dos dados apresentados pelo meio jornalístico, de forma que esse se torne inteligível ao leitor:

Ao transmitir informações sobre ciência e saúde a mídia desempenha uma missão estratégica e fundamental, que é deixar a sociedade – seu público – minimamente informada sobre essas temáticas, podendo compreendê-las ou, ao menos, saber que elas existem e podem influenciar suas vidas (GARCIA; 2013, p. 3).

Conforme apresentamos no anexo 1 dessa pesquisa, os Inquéritos Nacionais, sejam eles de Saúde ou referente a outros assuntos são atualmente uma fonte de informação considerada pela população como confiável e desejada como forma de adquirir conhecimento sobre a situação do país e sobre a sua própria vida. A divulgação midiática dos resultados dos Inquéritos Nacionais de são os principais responsáveis por transmitir essa informação ao público leigo, e não é isenta de parcialidades, influências e de disputas de poder. Na perspectiva da Sociologia das Estatísticas, os veículos midiáticos apresentam a realidade que é fruto de escolhas, disputas, conflitos anteriores a produção das estatísticas.

Os inquéritos populacionais no Brasil se iniciam na década de 60, porém a preocupação em ampliar as temáticas relacionadas à saúde ocorre gradualmente, principalmente ligadas ao processo de Reforma Sanitária, a criação do SUS e as demandas de Instituições Mundiais. Assim, observa-se que gradativamente a incorporação de variáveis consideradas como determinantes sociais do processo de saúde e de adoecimento nos Inquéritos Populacionais (SCLIA, 2001).

Os Inquéritos populacionais são instrumentos utilizados para obter informações sobre morbidade e os estilos de vida, com o objetivo de conhecer a condição de saúde da população e a partir disso serem utilizados como subsídio para a identificação de grupos, prevalência e incidência de doenças, formular políticas públicas e avaliar o desempenho do Sistema de Saúde (BARROS, 2008). Viacava (2002, p. 610) ressalta que os inquéritos têm um potencial abrangente de produção de informações, pois a partir de sua metodologia é possível coletar dados que vão além de prevalências de doenças, mas também de aspectos que sejam associados: “a saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença”.

A abrangência dos inquéritos de saúde também está presente em Malta et al. (2008), que ressaltam que uma característica importante dos inquéritos é a possibilidade de fazer uma correlação entre os problemas de saúde e as condições socioambientais, além da participação dos indivíduos no relato da percepção a respeito do seu estado de saúde. Segundo os autores, a percepção da saúde, a partir do ponto de vista do usuário, permite ainda descrever e quantificar iniquidades em saúde e exposição a riscos. Outra característica importante dos inquéritos é a potencialidade de contemplar questionamentos referentes ao acesso de pessoas aos serviços de saúde, identificando grupos que encontram dificuldades no acesso.

Assim, os Inquéritos Populacionais de Saúde conseguem abrigar em si diferentes variáveis que se relacionam com o Estado de Saúde da população, como renda, trabalho, moradia, violência, escolaridade, autopercepção de saúde, gênero, orientação sexual, acesso a

serviços de saúde, os motivos que facilitam e dificultam o acesso. Essa variedade de aspectos da vida pesquisados nos Inquéritos permitam uma visão ampliada da Saúde e de toda a complexidade que envolve a relação entre o que é ser saudável e seus determinantes sociais, possibilitando pesquisas análises quantitativas, qualitativas, ou quali-quantitativa, que associam os dois métodos de pesquisa para estudar as complexidades presentes no campo e no conceito de saúde a partir das informações apresentadas nos Inquéritos, ou no questionamento sobre informações que são excluídas dos Inquéritos.

No entanto, os inquéritos domiciliares possuem suas limitações. Uma das principais é a abrangência, que nem sempre consegue se estender a todo o território nacional. Outra limitação tem relação com aspectos políticos, já que a construção dos Inquéritos está sujeita à complexas disputas de poder. Uma das consequências é que os assuntos pesquisados, assim como os públicos contemplados são previamente selecionados, como resultado dessas disputas constantes e anteriores a criação da pesquisa.

Os primeiros inquéritos foram aplicados pela primeira vez na década de 60, em países como os Estados Unidos e a Inglaterra. Segundo Barros (2008), nos Estados Unidos o primeiro inquérito de saúde – o “*National Health Interview Survey*” (NHIS) – foi realizado em 1957, passando a ser anual em 1960, desta vez administrado por outra organização, pertencente ao “*Centers for Disease Control and Prevention*” (CDC). Assim como no Brasil, esse inquérito sofreu, ao longo do tempo, diferentes modificações com o objetivo de atender as tendências de saúde da população, como a vigilância de morbidades e incapacidades. A utilização da combinação entre entrevista e exames físicos nos inquéritos é uma mudança importante a ser ressaltada, assim como a elaboração de inquéritos via telefone, como o *Behaviour Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), que foi iniciado em 1984, com o objetivo de monitorar os fatores de risco em estados menores.

Já a Inglaterra teve experiências em inquéritos de morbidade mais cedo, em 1943 e 1952, com o “*Survey of Sickness*”. Em 1971, um inquérito anual começou a ser aplicado, o “*General Household Survey (GHS)*”, cujo objetivo era alinhar áreas da política social e monitorar mudanças.

Além desse, em 1991 surge o “*Health Survey for England*”, inquérito que combina perguntas e medições físicas, cujas temáticas se modificam a cada aplicação, focando em grupos demográficos específicos e levantando informações sobre saúde, fatores de risco, e indicadores psicossociais (Barros, 2008). Os inquéritos Americanos e Ingleses foram citados pois serviram como inspiração e referência para a construção dos Inquéritos Populacionais Brasileiros, assim como o inquérito Jamaicano “*Jamaica Survey of Living Conditions*”,

realizado em 1989, também foi uma referência para os Inquéritos Brasileiros, principalmente nas questões relacionadas a incapacidade e mobilidade física.

A chegada dos inquéritos populacionais no Brasil também se deu sob influência da *United States Agency for International Development (USAID)*, conhecida como Aliança para o Progresso, uma iniciativa norte-americana de fornecer assistência para o desenvolvimento socioeconômico de países da América Latina. Até então o Brasil realizava censos nacionais e monitorava mortalidade e natalidade, o que foi considerado insuficiente para atender a demanda de informação necessária para conhecer as questões socioeconômicas, sociais e demográficas da população brasileira e compará-las com outros países do continente americano. Diante disso, uma das possibilidades sugeridas para atender essa demanda por informações seriam as pesquisas domiciliares, já que essas possibilitavam: melhor controle das fases operacionais e redução do tempo de execução e dos custos, além de permitir a ampliação e o aprofundamento das investigações dos temas que podem ser, adequadamente, captados por esse tipo de levantamento (IBGE, 2015, p. 7).

A iniciativa de colaboração ficou conhecido como “Plano Atlântida” e oficializado em 1962, numa reunião no México. A publicação resultante desse encontro detalhava como deveriam ser as pesquisas. O documento exemplificava que tais pesquisas deveriam ter caráter contínuo, com informações coletadas em campo trimestralmente, e amostras entre 40 mil domicílios espalhados pelo país. O questionário deveria ser composto por um questionário básico, cujo principal objetivo era levantar informações sobre o mercado de trabalho e características demográficas, e de um a segunda parte suplementar, cuja temática poderia ser escolhida de acordo com a necessidade.

Assim, o Plano Atlântida norteou as primeiras pesquisas domiciliares de caráter nacional que não os censos.

6.1. Bases para a Pesquisa Nacional de Saúde: Os Inquéritos populacionais no Brasil.

A incorporação dos inquéritos populacionais voltados especificamente à saúde no Brasil se deu de forma mais demorada. Além dos censos demográficos realizados a cada 10 anos pelo IBGE, os estudos de base populacional começam a ser realizados a partir do fim da década de 60, cujas experiências, tanto nas temáticas a serem investigadas, como nos aspectos metodológicos, serviram para sedimentar a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (PNS, 2010).

Inspirada em diretrizes internacionais para a realização de pesquisas domiciliares, o IBGE instaurou um sistema de pesquisas realizadas em domicílios, criando a Pesquisa Nacional

de Amostras por Domicílio (PNAD). Essa pesquisa seria aplicada a cada três meses, continuamente, e teria abrangência nacional. Seu principal objetivo era coletar e organizar informações referentes à situação e ao desenvolvimento socioeconômico do país (PNS, 2010).

A primeira aplicação da pesquisa aconteceu em 1967, seguindo a proposta de aplicação trimensal e contínua, mantendo-se assim nos dois anos posteriores. A abrangência da PNAD se deu de forma progressiva. A primeira aplicação cobriu cerca de 30 mil domicílios. Já em 1974, a pesquisa já cobria outras regiões do Brasil, principalmente as áreas urbanas, mas foi somente em 2004 que conseguiu alcance territorial completo (TRAVASSOS et al., 2008).

A investigação do cenário de desenvolvimento socioeconômico repercute na análise de múltiplas dimensões da vida da população. O questionário da PNAD que analisa essa dimensão é dividido em duas partes, a primeira constitui o questionário básico e permanente, cujas questões abordam características gerais de população, acesso à educação, renda e trabalho; e outra parte, chamada suplemento, com temáticas especiais que aparecem de forma periódica, de acordo com a necessidade de informações nesse país (TRAVASSOS et al., 2008).

Em 1974 a PNAD foi interrompida para a realização de uma pesquisa especial do IBGE, o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), que tinha como objetivo coletar informações como a composição familiar, organização das despesas familiares, informações sobre emprego, costumes alimentares e a condição nutricional dos entrevistados. Cabe ressaltar o ENDEF nesse histórico, pois ao coletar informações sobre a dieta de brasileiros, somado a fatores socioeconômicos, os resultados desse estudo permitiriam analisar algumas relações entre qualidade alimentar, organização familiar e condição financeira, com os processos de saúde e doença (PNS, 2010).

No entanto, como o ENDEF não foi um inquérito voltado especificamente para saúde, portanto, a maioria dos autores pesquisados considera que é entre as décadas de 80 e 90 que os inquéritos voltados para coletar informações sobre a saúde começam a ganhar intensidade, fruto da iniciativa do Ministério da Saúde em estimular e investir em estudos que fornecessem visão ampla do estado de saúde e de condição de vida da população brasileira (SZWARCOWALD et al., 2014).

A PNAD exerce papel fundamental na aquisição de informações de Saúde, devido a sua potencialidade de se transformar e se atualizar ao longo do tempo, tanto no questionário fixo, mas principalmente nos suplementos, cujas temáticas eram escolhidas de acordo com a demanda.

A saúde aparece como tema em 1981, quando é lançado o primeiro suplemento de saúde na PNAD. Esse suplemento trazia questões como o uso dos serviços, os gastos familiares com

saúde, além de dedicar atenção à saúde materna e infantil, investigava características de morbidade e incapacidades funcionais. Essa primeira iniciativa apresentava algumas restrições, corrigidas em 1986. Em 1998, após a criação e solidificação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi adicionado um novo suplemento de saúde, que foi aplicado, com poucas modificações, em 2003 e 2008, possibilitando a comparação dos resultados sobre as condições de saúde de 3 suplementos com periodicidade de 5 anos (SZWARCOWALD et al., 2014).

A tabela elaborada abaixo mostra as principais temáticas abordadas nos suplementos de saúde da PNAD tanto em 1981, quanto na série histórica entre 1998 e 2008. As informações foram obtidas no documento “PNAD: Um Registro Histórico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios”, publicado em 2015 e a partir de informações coletadas do artigo de Travassos, Viacava e Laguardia, de 2008.

Tabela 1: Temáticas abordadas nos Suplementos de Saúde da PNAD entre os anos de 1981 e 2008.⁴

Fonte: TRAVASSOS; VIACAVAL; LAGUARDIA, 2008. (Continua)

Ano dos Suplementos	Temáticas abordadas
1981	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidade referida - Uso de serviço de saúde - Gasto privado em saúde - Fonte de financiamento dos gastos em saúde - Cobertura de Vacinas - Saúde da mãe e da Criança - Assistência Odontológica - Presença de portadores de deficiências e de incapacidades físicas.
1986	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidade Referida - Acesso a serviços de saúde - Suplementação alimentar - Métodos contraceptivos - Uso de medicamento e de serviços públicos de saúde
1998	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de morbidade referida, diferenciadas em quatro medidas: A auto avaliação do estado de saúde, restrição de atividades por motivos de saúde, presença de doenças crônicas, problemas emocionais e ou incapacidade funcionais físicas. - Acesso e utilização de serviços - Gastos privados em saúde - Limitações de atividade física para maiores de 13 anos. - Depressão inserida nas doenças crônicas a serem monitoradas.
2003	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão inserida nas doenças crônicas a serem monitoradas. - Adicionadas questões referentes a procedimentos de prevenção ao câncer de mama e de colo do útero.

4 Grifo nosso.

2008	<ul style="list-style-type: none"> - Tabagismo - Realização de atividade física e sedentarismo - Atendimento de emergência em domicílio - Cadastro no Programa de Saúde da Família - Violência e acidentes de trânsito - Depressão inserida nas doenças crônicas a serem monitoradas.
-------------	--

Observa-se que os suplementos da PNAD iniciam a abordagem de questões de Saúde Mental, abordando a depressão. Em paralelo ao suplemento de saúde da PNAD, existia a necessidade de investigar mais detalhadamente outras questões de saúde que ganhavam relevância dentro da saúde pública, e que exigia atenção de gestores e instigava os pesquisadores.

Algumas dessas questões emergiam do processo de transição epidemiológica da população, que ao longo do tempo teve seu perfil de adoecimento, mortalidade e incapacidade da população transformado. Cabe ressaltar que num país com grande território, diferentes características econômicas e de população diversa, o processo de transição epidemiológica não ocorre de maneira homogênea, variando de acordo com cada região (SCHRAMM, 2004). De acordo com os autores, uma das principais características da mudança de perfil de adoecimento é a substituição gradativa do adoecimento por doenças contagiosas para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

O padrão de mortalidade também muda, a população envelhece e vive mais, propiciando um cenário onde prevalece a morbidade – que necessita de cuidados contínuos – ao invés da mortalidade. Dar suporte a esse novo perfil de adoecimento exige que o sistema de saúde faça adequações que possibilitem fornecer cuidado integral e contínuo a esse novo perfil de adoecimento.

Assim, além da vigilância de doenças infectocontagiosas, a demanda por pesquisas e pela criação de sistemas de vigilância de doenças crônicas não transmissíveis passou a se tornar cada vez mais necessário ⁵. Diante disso, em paralelo à PNAD, o Ministério da saúde se viu motivado a criar iniciativas de vigilância às doenças crônicas, com o objetivo de produzir informações que pudessem oferecer clareza a respeito do fenômeno e fomentar a criação de políticas públicas, voltadas para as DCNT (PNS, 2010).

⁵ SCHRAMM, Joyce Mendes De Andrade *et al*, Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

Uma dessas iniciativas resultou em um Inquérito Domiciliar, realizado em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), cujo objetivo principal era descobrir a frequência dessas doenças, além de investigar fatores que contribuíram para o desenvolvimento dessas. Por conta disso, o inquérito realizado pelo INCA é considerado o pioneiro na investigação de estilos de vida. Adotando o estudo do estilo de vida da população e o monitoramento dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, foi criado em 2006 o VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico, inquérito realizado em todas as capitais a partir de curtas entrevistas via telefone, e que tinha por objetivo coletar informações sobre hábitos que se configuram ou podem se configurar como fatores de risco para as DCNT, além de analisar como se distribui a frequência desses fatores de risco nas diferentes regiões do Brasil (PNS, 2010).

Para o campo da informação em saúde, esses inquéritos têm grande relevância, pois fornecem dados para a construção de políticas públicas, além de aprimorar a metodologia dos inquéritos no Brasil. Ainda assim, esses inquéritos apresentam limitações, especialmente em relação ao alcance e à capacidade de mapeamento da condição de saúde da população, deixando de lado uma parcela da população cuja condição socioeconômica é mais vulnerável, e que conseqüentemente necessita de mais atenção de gestores e das políticas públicas (SZWARCOWALD et al., 2014). Nos suplementos da PNAD, uma das limitações citadas diz respeito a quem responde o questionário. Em geral, é escolhido um indivíduo para responder as perguntas, o sujeito índice. No caso da ausência desse sujeito, o questionário pode ser respondido por um substituto, o que pode gerar diferenças no relato de morbidade, uma vez que os sentidos dados à saúde e à doença são percebidos de forma diferente, de acordo com cada pessoa. Por exemplo, em seu questionário, o sujeito índice poderia relatar ter fibromialgia, como fortes dores constantes no corpo; no entanto, o seu informante substituto pode interpretar as dores do próximo de outra forma, não referindo à magnitude do sofrimento do outro durante a entrevista e, assim, não relatando a morbidade (TRAVASSOS et al., 2008).

Outro exemplo pode ocorrer com o alcoolismo. Enquanto que o sujeito índice pode relatar que faz uso de bebida alcoólica apenas socialmente, o informante substituto pode interpretar que ele faz uso prejudicial de bebida, apontando um alcoolismo.

O inquérito realizado pelo INCA encontra sua limitação por ser realizado apenas em 18 capitais, e por isso tende a resultar num retrato baseado em localidades onde o acesso a serviços de saúde e a qualidade de vida tendem a ser maior, excluindo desse registro localidades e pessoas menos favorecidas assistencialmente, como ocorre no interior dos estados. A cobertura também é uma das limitações do VIGITEL, que justamente por ser realizado nas capitais dos

estados e exclusivamente por telefone, exclui da pesquisa famílias que não possuem telefone fixo (PNS, 2010).

Com suas potencialidades e restrições, os inquéritos anteriores auxiliaram no enriquecimento da qualidade da informação em saúde obtida para subsidiar Políticas Públicas e ações de monitoramento e prevenção, além de ser fundamentais para a compreensão do quanto era necessário expandir as pesquisas de base populacional, e principalmente, de elaborar um inquérito nacional específico para saúde, que pudesse agregar em si temáticas já abordadas em inquéritos anteriores, além de adicionar novos temas.

O movimento para a construção de uma Pesquisa Nacional de Saúde se inicia em 2003, e a discussão é reforçada no ano de 2007, mas é apenas em 2009 que o Ministério da Saúde elabora uma portaria que nomeia o primeiro comitê gestor da pesquisa, que é atualizado em 2011, incluindo secretarias e instituições de pesquisa em saúde, como a Fiocruz (PNS, 2010).

6.2. A Pesquisa Nacional de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saúde é o primeiro Inquérito domiciliar brasileiro voltado especificamente para analisar a Saúde da população. Elaborada para ter alcance nacional, o seu principal objetivo é, além de complementar os dados já existentes, proveniente dos inquéritos anteriores, produzir novas e detalhadas informações sobre saúde, de forma a permitir:

caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como a atenção à saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados, e ao financiamento da assistência de saúde (SZWARCOWALD et al., 2014, p. 335).

A PNS foi planejada para se apoiar em três eixos. O primeiro eixo procura fazer uma análise do desempenho do sistema de saúde, possibilitando a pesquisadores e gestores uma visão completa das dificuldades e das questões fundamentais ao bom funcionamento e do sistema. Por exemplo, no Brasil as desigualdades na oferta de serviço ainda é um grande desafio para o SUS, por isso, esse eixo da pesquisa fornece um panorama da distribuição geográfica dos serviços de saúde por regiões do país, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, processos de mobilidade entre os níveis de atenção, a continuidade do cuidado, o fornecimento de remédios e de consultas. Além disso, uma vez que essas questões são respondidas pela população que vivencia todos os dias o SUS, esse eixo permite dar voz aos usuários do sistema, identificando pontos nevrálgicos, tanto positivos quanto negativos (MALTA et al., 2008; PNS, 2010; SZWARCOWALD et al., 2014).

O segundo eixo visa analisar a realidade da população, seu estilo de vida e condição de saúde, isto é, analisa condições de moradia, transporte, hábitos alimentares, prática de exercício físico, o uso e a frequência de uso drogas lícitas e casos de obesidade. Por fim, o terceiro eixo está interligado ao anterior, pois tem como objetivo contribuir com a informação sobre a vigilância de doenças e os fatores de riscos relacionados a elas. Os fatores de risco são condições ou problemas, evitáveis ou não, que podem estar associados ao surgimento de algumas doenças, como as cardiovasculares, o câncer e outras DCNT (⁶; SZWARCOWALD *et al.*, 2014; PNS, 2013).

A partir desses três eixos norteadores, se desenvolve o questionário da PNS, que se organiza em módulos que vão da letra A até a letra Z. Além dos módulos, o questionário da PNS é subdividido em três partes, duas podem ser respondida por qualquer morador da casa, maior de 18 anos e que possa fornecer informações de saúde e socioeconômica sobre os demais moradores. A terceira parte, por sua vez, é individual e só pode ser respondida pelo morador maior de 18 anos selecionado entre os residentes por equiprobabilidade (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

A primeira parte do questionário corresponde aos módulos de A e ao B, levanta informações sobre as características do domicílio, tais como a infraestrutura da casa. Nesse momento do questionário verifica-se o acesso à rede de água e esgoto, o destino do lixo, a presença de utensílios domésticos e eletrônicos na casa possui, dentre outras características (PNS, 2010).

O módulo C se refere aos moradores da casa, investigam questões como a composição familiar, quantos habitantes moram na residência, o nível de educação de cada um, o rendimento familiar, os moradores da casa que trabalham e os que se encontram desempregados, e a existência de alguma pessoa no domicílio que possui uma deficiência. Além disso, essa sessão do questionário contém questões como utilização e acesso de serviços de saúde, saúde da mulher e saúde de idoso (PNS, 2010).

Já a terceira parte corresponde ao questionário individual, e abriga módulos que falam sobre trabalho e apoio social, violência e acidentes, percepções sobre o próprio estado de saúde, características do estilo de vida, atividade física, uso de drogas lícitas como álcool e tabaco, vigilância de doenças e agravos, fatores de risco e realização das atividades físicas.

⁶ MALTA *et al.*, 2008

No âmbito da Saúde Mental, analisando os Inquéritos em Saúde que abordavam essa temática, no caso, os suplementos de Saúde da PNAD e a PNS, observou-se que estes priorizam questões sobre a depressão.

A caracterização da depressão como doença crônica, desde o primeiro suplemento de saúde, em 1998, já aponta o discurso biomédico em psiquiatria como norteador na construção das questões desses inquéritos. Portanto se faz necessário compreender o que é o modelo biomédico, como ele foi apropriado pela psiquiatria, e quais os principais instrumentos e teorias que estruturam o modelo biomédico na saúde mental.

7. CAPÍTULO IV - O MODELO BIOMÉDICO E SEU IMPACTO NA INTERPRETAÇÃO DA DEPRESSÃO

O modelo biomédico nas ciências naturais nasce com a revolução científica, proveniente das diversas descobertas nas práticas médicas, como o que causava algumas doenças e que determinadas enfermidades atingiam especificamente partes do corpo e determinados órgãos. Tais descobertas transformaram a medicina, que passa a centralizar seus estudos no corpo humano, e se dedicar a conhecer minuciosamente o funcionamento de cada parte desse corpo. A anatomia de corpos humanos, anteriormente interpretada como um pecado, uma violação do corpo humano, passa a ser fundamental para o desenvolvimento da medicina. Outras práticas referentes a medicina também são desenvolvidas, como a descoberta de substâncias químicas capazes de amenizar ou de tratar determinadas doenças, além da relação do surgimento de algumas doenças com o meio. Assim, os estudiosos se debruçam sobre esses fenômenos, buscando formas de compreender e controlar não só as enfermidades, mas do ambiente que potencializam o aparecimento. Desse modo estudos, teorias e técnicas a respeito das enfermidades, da relação das enfermidades com a vida na cidade, com o contato com animais, com a água e com as práticas cotidianas de higiene, são aprimoradas durante os séculos posteriores, não só pela medicina, mas por ciências que nasciam e se consolidavam durante esse mesmo período, como a epidemiologia, a estatística e a química.

Portanto, o modelo biomédico na medicina geral é resultado do acúmulo de avanços tecnológicos nas ciências, em especial na medicina, que junto a documentação e pesquisa por parte dos profissionais aos poucos foi construindo uma base sólida de compreensão do corpo humano e das suas enfermidades. Atualmente pode-se dizer que o modelo biomédico se trata

de um conjunto de conceitos, diretrizes, métodos e práticas que compõe o campo da medicina (BARROS, 2002).

Apoiado na racionalidade científica moderna, o modelo biomédico nasce acompanhando os rigores acadêmicos da época. Como principais características desse rigor temos: o isolamento do objeto de estudo, a fragmentação do objeto em quantas partes forem necessárias para melhor compreensão do mesmo, a análise minuciosa de cada uma dessas partes, a comparação, a classificação a partir de semelhanças, a correlação entre causa e efeito, na fragmentação do homem em partes. Na medicina, esse modelo fica explícito na tríade da prática médica: causa, percurso e prognóstico, isto é, a etiologia da doença, o monitoramento do seu percurso e o seu término, sua cura ou não (BARROS, 2002). Na medicina geral, ainda hoje convivemos com a fragmentação do homem por parte da medicina, a partir das superespecializações dos profissionais, que são formados para atuar em uma parte específica do corpo humano, e frequentemente encontram dificuldade em relacionar essa parte com o todo, ou seja, de enxergar o ser humano em sua totalidade.

Já a relação entre a psiquiatria e o modelo biomédico é uma relação de apropriação. A psiquiatria se apropria das diretrizes, do funcionamento do modelo utilizado medicina geral, e os aplica no seu objeto de ação, a loucura. Desde seu nascimento a psiquiatria tem como grande objetivo se firmar como pertencente a medicina, como ciência biomédica. Por isso, sua história é composta por uma sucessão de teorias sobre a etiologia, curso e prognóstico das “doenças mentais” e pela busca de tratamento eficaz da loucura (que consiste na remissão total dos sintomas) e da sua cura. O percurso traçado pela psiquiatria procura encaixar a loucura dentro do “funcionamento” das demais doenças, da medicina em geral (AMARANTE, 1995). Nesse trabalho ressaltamos alguns momentos dessa busca, a partir da apresentação das teorias de grandes expoentes da história da Psiquiatria.

O nascimento da psiquiatria tradicional se dá durante o século XVIII, e frequentemente é atribuída a Pinel. O médico e pensador francês instaurou profundas mudanças no lidar com a loucura quando assumiu o hospital de Bicêtre, designando um local específico para os loucos, com organização e funcionamento baseados nas práticas da medicina.

A relação do médico com a loucura estava contextualizada dentro do pensamento vigente no século XVIII sobre as qualidades e características que designavam um sujeito como saudável, que era aquele que era guiado pela razão e apto ao trabalho. Como todo homem é um sujeito dotado da razão, Pinel considerava que a loucura - na época vista como perda da razão e da capacidade de pensar por si próprio - se constituía como doença, e que era resultante do

desequilíbrio nas paixões e na perda temporária da razão. Portanto era passível de cura se tivesse um tratamento correto.

A loucura para Pinel tinha uma causa moral – a perda da razão, que levava a comportamentos inadequados e desviantes do que se esperava da sociedade – por isso o foco do seus estudos não estavam em encontrar a causa orgânica da loucura, mas sim formas de reestabelecer a razão a partir de um tratamento rígido, sistemático e organizado, com objetivos morais, o que ele designou como tratamento moral (AMARANTE, 1995).

Apesar de não ter um interesse específico em encontrar causas orgânicas para a loucura, é Pinel que insere a loucura dentro do campo de saber médico, pois utiliza metodologias médicas no trato com a loucura. Pinel segue o rigor científico da época na construção do asilo para os loucos. A arquitetura e organização eram iguais a dos hospitais de medicina geral, assim como seu funcionamento. Dessa forma, ele aplica os mesmos princípios utilizados na medicina como um todo: separa, classifica os loucos por comportamento, por sintomas semelhantes, observa o curso da loucura, registra e descreve detalhadamente suas descobertas (AMARANTE, 1995).

Ainda que a teoria de Pinel e seu modelo de tratamento tenha se espalhado pela Europa e pela América, a medicina mental é alvo de críticas e de contestações quanto a sua validade enquanto ciência médica desde o seu nascimento. Existia uma pressão da classe médica pela etiologia orgânica da alienação mental, que justificasse que a psiquiatria fosse enquadrada como um saber verdadeiramente médico, como classificavam os psiquiatras da época. Assim, a busca por essa etiologia orgânica se tornou a grande busca da medicina mental, e diferentes teorias são desenvolvidas para explicar as etiologias da loucura. Cabe ressaltar que esse não é um processo finalizado, e teorias continuam sendo desenvolvidas até hoje. No entanto, para essa pesquisa destacamos algumas que foram importantes para compreender o que podemos chamar de modelo biomédico em psiquiatria.

No século XIX, Morel desenvolve a teoria das degenerescências. Com o objetivo encontrar “a unidade entre quadro clínico, evolução e a causa biológica de cada entidade diagnóstica (PEREIRA, 2008, p. 491)”. Apesar do forte cunho religioso de sua teoria, Morel consegue preencher parcialmente à lacuna que era o desafio da psiquiatria e da alienação mental: definir o aspecto biológica da loucura, a causa de cada “doença mental” e sua evolução.

Morel parece resolver a questão encontrando um consenso, um elo que une essas três faces do fenômeno da alienação mental, que passa a denominar de degeneração mental: trata-se do fator hereditário: a loucura seria transmitida de geração para geração. Quanto ao motivo

pelos quais essas degenerações se instalavam e qual seria a origem da degeneração, Morel desenvolve esses pontos ao longo de sua teoria (PEREIRA, 2008).

Com a hereditariedade como ponto de partida, e utilizando passagens bíblicas para explicar a causa da degeneração mental, Morel elabora a teoria que o homem derivava de um “homem original”, que era perfeito físico e moralmente. Ao cometer o pecado original e ser expulso do paraíso, esse homem original tem que se adaptar a vida terrena.

Com o passar do tempo o homem passaria por um processo de decadência moral: forma grupos, faz guerras, se entrega aos desejos físicos, desenvolve vícios, se afasta dos deveres e da integralidade moral, se desviando do homem original.

Tais desvios morais e comportamentais, com o passar dos séculos, se tornavam parte da constituição orgânica do ser humano e eram transmitidos através das gerações. Assim, desvios, vícios, comportamentos imorais eram impressos na composição humana se acumulavam em cada geração aumentando os sintomas de degeneração mental (PEREIRA, 2008).

As causas das degenerações eram várias, podendo ser adquiridas ou herdadas. As adquiridas eram provenientes dos vícios, da miséria, de comportamentos imorais, do abandono dos costumes, de comportamentos sexuais não aceitos. Poderiam também ser adquiridas por doenças que se davam na infância. Já as degenerações herdadas estavam ligadas a predisposição do indivíduo para as degenerescências. Sendo assim, um indivíduo com um parente degenerado ou proveniente de um grupo cujos comportamentos levariam a degenerações (por não obedecerem ao padrão de bons costumes e de moralidade da época) estaria mais suscetível a se desviar da moral e dos bons costumes, e de se tornar um degenerado, mantendo assim a linhagem de degeneração (AMARANTE, 1995).

Ainda que esse não seja o foco da pesquisa, é importante destacar a relação da teoria da degenerescência de Morel com os movimentos de eugenia. Pereira (2001) em artigo sobre Morel é um dos autores que apontam que essa teoria inaugurou a eugenia na psiquiatria, ao apontar que certos grupos estariam mais propensos a degenerações do que outros, que supostamente seriam moralmente superiores. Tal teoria possibilitou novas práticas e discursos para a psiquiatria a respeito do que é normal e o que é patológico, que ultrapassaram o asilo e se direcionou ao controle da população, com a finalidade de prevenir, de evitar o surgimento de novos degenerados, e de manter certa pureza.

Para Foucault (2001) a teoria da degenerescência na prática psiquiátrica produz uma “medicina do não patológico, ou seja, aquela que não pretende somente curar, mas antecipar e prevenir condutas indesejáveis, como a homossexualidade, o alcoolismo e os vícios (Rebelo, 2013, p. 1758)” e pode-se considerar que essa medicina não desapareceu por completo. A

tendência atual da psiquiatria, na sua busca incessante por encontrar o gene da loucura ou o neurotransmissor com mau funcionamento, ou ainda a possibilidade de poder pré-determinar se um sujeito tem tendência desenvolver doença mental e medicá-la como forma de prevenção são alguns indícios de uma versão atualizada da teoria do Morel.

Porém, apesar do sucesso da teoria de Morel é somente com Kraepelin que se inicia o que conhecemos como psiquiatria moderna. Kraepelin, um psicopatologista alemão, considerava que a psiquiatria da sua época vivia um momento de estagnação. O que tinha se desenvolvido até então não era suficiente para responder questões como a etiologia das doenças mentais e a variedade de manifestações que se apresentavam. Kraepelin acreditava que as doenças mentais estavam inseridas no campo das ciências naturais, e por isso as regras utilizadas no método clínico da medicina geral deveriam ser aplicadas na psiquiatria, o que permitiria organizar a medicina mental, especificando cada manifestação da insanidade, separando essas manifestações em diferentes doenças, o que permitiria traçar a história natural das alienações mentais (PEREIRA, 2001).

O método de Kraepelin era estruturado na observação e na descrição detalhada dos fenômenos clínicos, com rigorosa objetividade, evitando qualquer forma de interpretação psicológica sua ou do paciente observado. A partir da observação minuciosa, Kraepelin definia o conjunto de características das doenças, delimitava parâmetros a serem medidos, como a ordem em que os sintomas apareciam, as condições de aparecimento, a idade, sexo, hábitos, os padrões de sintomas e os complexos sintomáticos. Esses fatores eram associados ao curso da doença, e ao seu desfecho ou prognóstico, desse modo, Kraepelin buscava delimitar os padrões de início, curso e desfecho ou prognóstico da doença, pois esse era o modelo seguido pela medicina em geral (CÂMARA, 2007; PEREIRA, 2001).

Para Pereira (2001) o principal diferencial da obra de Kraepelin era a metodologia utilizada para delimitar o perfil das diferentes doenças mentais. Ele mensurava os parâmetros impostos previamente estatisticamente, e realizava estudos longitudinais – inclusive utilizando seu método de análise longitudinal em estudos de outros autores - o que possibilitou delimitar características do curso e o término das doenças, assim como a prevalência dos transtornos (PEREIRA, 2001).

Como resultado dos seus estudos desenvolveu a noção de unidades nosológicas, que seriam a organização de grupos de acordo com as relações entre etiologia, sintomatologia, curso da doença, desfecho e a localização anatomopatológica da doença. A classificação sistemática a partir de unidades nosológicas permitiu especificar diversas enfermidades mentais, distinguindo entre exógenas, cujas causas provém do exterior, e endógenas, que se originariam

no interior. Dentre as doenças exógenas classificadas por Kraepelin estão às alterações mentais que eram provocadas por traumas, por intoxicações por álcool, venenos, e outras drogas; os sintomas de alienação decorrente de, ou de doenças como tifo, varíola e da sífilis. Como alterações mentais de origem endógenas estavam os tumores, a demência senil, a epilepsia, as psicoses, divididas em maníaco depressivas – cujo prognóstico era bom, e demência precoce, que tinha como prognóstico a cronicidade (AMARANTE, 1995).

As classificações de Kraepelin se desenvolveram ao longo dos oito volumes do seu Manual de Psiquiatria, onde ele estudou os aspectos hereditários das doenças mentais e o uso de fármacos no tratamento. Mesmo sem conseguir definir a causa anatômica das doenças mentais, ele acreditava que essas causas seriam posteriormente esclarecidas com o avanço tecnológico, o que não aconteceu. Os métodos desenvolvidos por Kraepelin são paradigmáticos para a psiquiatria, influenciando diretamente a construção dos Manuais diagnósticos estatísticos (DSM) principalmente a sua terceira edição (CÂMARA, 2007).

Observa-se que desde sua origem, a psiquiatria vem enfrentando críticas a respeito da sua cientificidade e de seu espaço dentro da medicina, afinal de contas, a medicina geral é intrinsecamente baseada na existência de lesões corporais. A psiquiatria, com suas doenças sem comprovações biológicas nasce e se desenvolve em meio a intenso conflito com a medicina, da qual afirma fazer parte, e reivindica para si o saber médico. Ainda que constantemente questionados por não atender aos parâmetros biomédicos, o saber psiquiátrico conquista espaço e legitimidade na sociedade ocidental, que confia e acredita nas teorias dadas pelos estudiosos do campo.

Ao longo desses séculos de existência, teóricos após teóricos se dedicaram a reafirmar e comprovar a legitimidade da psiquiatria como ciência, e essa desenvolveu teorias, tratamentos, criou os hospícios, e elaborou discursos que foram aceitos.

7.1. Estruturas da psiquiatria atual: construção dos DSM's, descoberta das drogas psiquiátricas e a teoria do desequilíbrio químico no cérebro.

Atualmente a psiquiatria se estrutura em três pilares dentro do modelo biomédico: o diagnóstico padronizado, proveniente de manuais de classificação dos transtornos mentais, como o Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais (o DSM, sigla proveniente de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) cujas classificações norteiam a ação de profissionais de saúde mental em diferentes continentes, a hipótese da etiologia neuroquímica dos transtornos mentais e o tratamento desses transtornos por psicofármacos. No

início do século XX, nos Estados Unidos, a então chamada Associação Americana Médico-psicológica iniciou um processo de classificação dos transtornos mentais, com o propósito de colher informações estatísticas e padronizar a nomenclatura das doenças, que até variavam de acordo com cada escola, dificultando a comunicação entre os psiquiatras. Em 1952 a agora chamada Associação Americana de Psiquiatria (APA), lança o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- I), distribuindo 106 diagnósticos em seis categorias já referidas em um manual de 1918 - mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo.

Para os autores estudados, o DSM – I cumpre os objetivos iniciais de organizar a terminologia dos transtornos mentais, e acrescenta a função de ser um guia para orientar o diagnóstico dos transtornos, de forma a padronizar os diagnósticos em todo o território americano numa linguagem comum. O diferencial desse DSM está relacionado ao seu contexto de construção, o pós-guerra, momento em que a psicanálise havia se espalhado pelos países de língua inglesa e para as Américas e era o paradigma dominante no tratamento, que não interpretava a “loucura” a partir de uma perspectiva biológica, ou como uma doença.

O DSM-I é baseado no sistema de diagnóstico desenvolvido pelo psiquiatra Adolph Meyer, que por sua vez tinha fortes influências psicanalíticas. Assim, a constituição do DSM-I sua era majoritariamente psicanalítica. Os sintomas não eram esquematizados e especificados em diversos transtornos particulares, pelo contrário, predominava a perspectiva que alguns sintomas eram reações ou reflexos de conflitos internos, mecanismos de defesa ou respostas aos problemas cotidianos. Nessa dinâmica, a organização dos diagnósticos estava fundamentada na oposição entre neurose e psicose. Quadros como ansiedade e depressão eram colocadas em contraposição aos delírios. Outro aspecto considerado era o grau do contato com a realidade dos quadros, entre transtornos que com manutenção do contato com a realidade e transtornos cuja a ruptura com a realidade era significativa. Os aspectos biológicos preconizados por Kraepelin não eram totalmente ignorados, mas se articulavam a esses três pilares fundamentais e aos aspectos sociais (DUNKER, 2014).

A segunda versão, o DSM – II foi lançado em 1968, com 182 diagnósticos. Apesar do salto no número de diagnósticos sua constituição era semelhante a primeira edição: a psicanálise era a base para a compreensão das desordens, de forma ainda mais evidente. Nele, a doença mental corresponderia a “a níveis de desorganização psicológica do indivíduo. A perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento (RUSSO & VENÂNCIO; 2006, p. 464)” , trata-se de uma visão abrangente que não aponta uma etiologia fixa , muito menos biológica,

para a desordem mental, não apresentava um curso específico, nem sinalizava um prognóstico fixo, e exigia a interpretação do psiquiatra, e o acompanhamento de cada caso e de seus contextos.

Dunker (2014) mostra que a carência de delimitação clara entre os transtornos e seu prognóstico será uma das justificativas utilizadas para o “fracasso” das duas primeiras edições e para a necessidade de uma reformulação na psiquiatria. Outra justificativa dada para o fracasso das primeiras edições do DSM era a incompatibilidade do mesmo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela OMS. Se o objetivo do DSM era estabelecer um consenso terminológico entre psiquiatras americanos, as primeiras edições do manual não eram aptas a oferecer uma interpretação homogênea aos psiquiatras americanos, muito menos a ser uma referência mundial, pois considerava como parte da definição do diagnóstico as particularidades de cada caso.

Essa é apenas uma das críticas recebidas pelas primeiras edições do DSM, cuja abordagem, seria acusada de não fornecer critérios objetivos - o que acarretava em baixa confiabilidade do diagnóstico - não possuir o rigor científico necessário, e ser incapaz de atender a um diagnóstico psiquiátrico verdadeiramente médico. No entanto, tais críticas não necessariamente representam o interesse da psiquiatria em fornecer um melhor tratamento, mas tinha relações com disputas políticas e de interesses, tanto de interesses corporativos da psiquiatria, como da indústria farmacêutica (RUSSO, VENÂNCIO, 2006).

A transformação no DSM tem um contexto complexo, que se relaciona, a princípio, com a ascensão das drogas psiquiátricas. Durante a década de 50, iniciou-se a revolução farmacológica no campo da psiquiatria. A descoberta e comercialização dos primeiros psicofármacos – precisamente a descoberta da Clorpromazina em 1951, comercializada com o nome de Thorazine nos EUA – inaugurou a era do surgimento dos medicamentos psiquiátricos. Ao longo da década de 50 pesquisadores descobriram e laboratórios comercializaram diferentes de substâncias com ação no sistema nervoso. Eram tranquilizantes como o meprobanato, para o tratamento da ansiedade, comercializado em 1955 com o nome de Miltown, o clordiazepóxido, comercializado como Librium a partir de 1960 e a iproniazida, que começou a ser comercializada como tratamento para a depressão em 1957. Essas descobertas farmacológicas impulsionaram a psiquiatria biológica, principalmente as buscas de como essas substâncias agiam no cérebro, o que resultou na teoria do desequilíbrio químico, na qual a psiquiatria se apoiou (WHITAKER; 2017).

A teoria do desequilíbrio químico se desenvolve nas décadas de 50 e 60, com pesquisas que investigavam o funcionamento dos impulsos cerebrais. As sinapses, transmissão de sinais

entre um neurônio e outro, depende de algumas substâncias para ser concluída com sucesso. Essas substâncias são chamadas neurotransmissores, e trabalham da seguinte forma: esses neurotransmissores sensibilizam o neurônio pós-sináptico, concluindo a transmissão com sucesso. Nesse processo, alguns neurotransmissores são destruídos, outros são recapturados pelo neurônio pré-sináptico, e outros permanecem no espaço entre os dois neurônios. A teoria do desequilíbrio químico está baseada na ideia de que nesse processo, pode existir a carência de neurotransmissores, o que causaria um efeito ou o excesso de neurotransmissores, resultando em outro efeito comportamental (FREITAS & AMARANTE; 2015).

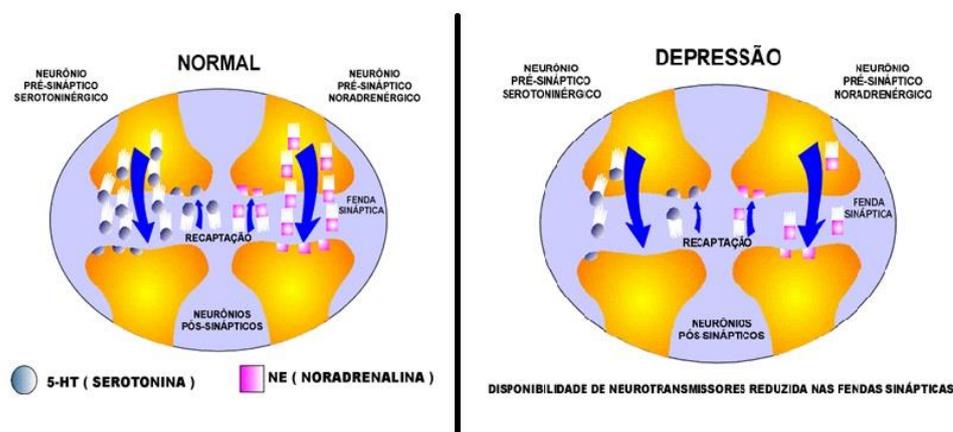
No caso da depressão, um dos experimentos que impulsionaram essa teoria foi realizado em 1955 por Bernard Brodie, utilizando uma substância, a reserpina em animais. Ele constatou que a reserpina, reduzia os níveis de serotonina no cérebro, e como resultado, deixava os animais apáticos e lentos. Mais tarde, declarou-se que a reserpina também diminuía a quantidade de outros neurotransmissores: a norepinefrina e a dopamina. Porém, se os animais recebessem drogas psiquiátricas como a imipramina ou a iproniazida (utilizadas no tratamento da depressão) antes de receber a reserpina, que diminuía a quantidade de neurotransmissores, os animais não ficavam apáticos, ou seja, não ficavam deprimidos.

Então a lógica de raciocínio era: se uma droga que reduz a serotonina e outros neurotransmissores causavam depressão e a imipramina e a iproniazida impediam a redução desses neurotransmissores, logo elas reequilibravam a quantidade de neurotransmissores, fazendo com o que o cérebro funcionasse normalmente (WHITAKER, 2017).

Mais tarde, a teoria foi consolidada quando descobriram como os antidepressivos iproniazida e imipramina funcionavam no cérebro. Essas substâncias agiam impedindo que a serotonina e a norepinefrina fosse absorvida permanecendo assim por mais tempo na sinapse. Mais uma vez a psiquiatria liga os pontos. Se a diminuição de serotonina causava depressão, e a iproniazida e imipramina aumentavam os níveis de serotonina e norepinefrina nas sinapses, o que causaria a depressão poderia um desequilíbrio na quantidade dessas duas substâncias (WHITAKER, 2017).

Assim, postulou-se que a causa da depressão seria a quantidade de serotonina inferior ao normal, que eram liberadas e que permaneciam na fenda sináptica durante o impulso cerebral. Desta forma, o aumento da serotonina regularia esse desequilíbrio e o deprimido se recuperava (FREITAS; AMARANTE, 2015; WHITAKER, 2017). A figura abaixo apresenta o esquema do desequilíbrio químico mostrando a diferença de funcionamento entre um neurônio normal e um patológico, no caso, deprimido.

Figura 3. Representação da teoria do desequilíbrio químico nas sinapses dos neurônios. Fonte:
<http://humanits.com.br/tag/acupuntura/>



No decorrer da década de 60 a psiquiatria passou a ser alvo de diversas e contundentes críticas, oriundas de diferentes atores. Alguns textos que colocam em dúvida o saber psiquiátrico, com destaque para *O mito da doença mental*, de Thomas Szasz, lançado em 1961. Ao longo do texto, o autor questiona a legitimidade da psiquiatria como categoria médica, assim como a própria existência das “doenças mentais”, sugerindo que elas seriam fruto de construções sociais.

Szasz não negava que a loucura como fenômeno não existisse, o que se questionava era o poder adquirido pela psiquiatria ao se apropriar desse fenômeno, o poder de nomear os comportamentos como patológicos ou não e tendo a autorização de agir sobre esses, independente da vontade do indivíduo, uma vez que tal comportamento se tratava de uma doença. A grande questão estava no que era considerado como comportamento patológico. Observando a história da psiquiatria, os comportamentos que eram tidos como patológicos estavam intrinsicamente ligados ao que a sociedade considerava como comportamentos indesejáveis ou desviantes. Desse modo, questiona as estruturas do saber e do poder psiquiátrico, e associa sua função ao controle social e não ao cuidado e a saúde (FREITAS & AMARANTE; 2015). Cabe ressaltar que esse foi um momento de questionamento da psiquiatria, não apenas por estudiosos, mas também por profissionais. Foi durante essa década que movimentos como a antipsiquiatria e outros movimentos de Reforma Psiquiátrica, surgem e se espalham pelo mundo. No Brasil, pesquisadores e profissionais denunciavam a psiquiatria como uma prática de controle social, de exclusão e de violência (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Em paralelo, Whitaker (2015) nos mostra que diferentes estudos realizados durante a década de 60 e 70 questionaram a teoria do desequilíbrio químico e a eficácia das drogas psiquiátricas lançadas até então.

Em um estudo de 1969, realizado por Malcolm Bowers, os resultados demonstravam que pacientes com depressão não tinham níveis baixos de serotonina no cérebro, ou se tinham, o resultado não era significativo o suficiente para comprovar a sua relação com a depressão. Em 1974, o mesmo pesquisador repete o estudo e chega à conclusão que mesmos pacientes deprimidos que nunca tinham utilizados nenhum antidepressivo tinham os níveis de serotonina normais. O mesmo aconteceu com a teoria dopaminérgica da esquizofrenia. Estudos apontavam que os níveis de dopamina em pacientes esquizofrênicos que nunca tinham sido medicados eram completamente normais. Outros estudos apontaram que o uso de drogas psiquiátricas a longo prazo tinha caráter iatrogênico, ou seja, poderiam piorar o quadro, principalmente se medicamento fosse interrompido. Isso ocorreria porque as drogas psiquiátricas não agiam reequilibrando o cérebro e sim criando um funcionamento anormal do mesmo (WHITAKER, 2015).

Russo e Venâncio (2006) ainda salientam que, assim como a psiquiatria, os setores da indústria farmacêutica que trabalhavam com drogas psiquiátricas também estavam sob ataque. Além dos estudos que comprovavam a ineficácia de algumas drogas psiquiátricas, o modelo hegemônico em psiquiatria de base psicanalítica, não favorecia o avanço da indústria farmacêutica na psiquiatria. As metodologias de pesquisa predominante nesse modelo não eram as mesmas utilizadas pela indústria farmacêutica para a comercialização de medicamentos, o que acabava por dificultar a entrada de novas drogas psiquiátricas no mercado.

A psiquiatria, diante do questionamento da sua legitimidade como categoria científica, julgou ser necessária uma revolução, uma ruptura com os aspectos que faziam da psiquiatria alvo de questionamentos sobre a seu caráter de especialidade verdadeiramente médica. A indústria farmacêutica estava interessada em reformular a imagem dos seus remédios e de garantir de vez seu espaço. Tratava-se então de alianças a serem feitas.

Como nos conta Whitaker (2017), APA iniciou uma reformulação na psiquiatria, começando pelas afirmações da estrutura da psiquiatria como especialidade como médica, a adoção do modelo médico pela psiquiatria estava pautada basicamente no princípio o psiquiatra era um médico, que as doenças mentais tinham causas orgânicas, e que o diagnóstico deveria ser feito com base na catalogação rigorosa dos sintomas da doença. Ao que parecia, a reformulação da psiquiatria retomava as ideias de Kraepelin, e de fato, ele serviu como base para a elaboração do novo DSM- III, cujo objetivo de reafirmar a cientificidade da psiquiatria e orientar os psiquiatras a completa adoção do modelo biomédico.

A elaboração do DSM-III iniciou-se em 1974, sob o comando de Robert Spitzer, um psiquiatra de orientação biológica, que considerava a classificação baseada em conceitos de

origem Freudianas, com o uso de terminologias com origens Freudianas, como neurose, não apresentavam nenhuma confiança.

Publicado em 1980, o DSM-III se auto intitula como um manual atóxico, “baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e a mensuração empírica (RUSSO, VENÂNCIO; 2006, p. 465), em outras palavras, os diagnósticos contidos no DSM-III, eram acessíveis ao entendimento de qualquer psiquiatra, independente do lugar.

Com relação as rupturas, o DSM- III rompe com a forma com que os transtornos eram classificados, excluindo cuidadosamente as ideias psicanalíticas, mantendo apenas o termo “neurose” entre parênteses, por conta de discussões geradas ao longo do seu processo de construção. Conceitualmente, o DSM-III desmembrou categorias diagnósticas em diferentes transtornos únicos, cujos sintomas eram listados objetivamente, com cada transtorno possuindo um número específico de sintomas a serem considerados pelo psiquiatra na hora de diagnosticar os sintomas, delimitando claramente as fronteiras entre o que era normal e patológico.

Assim, da lista de sintomas apresentados, o psiquiatra deveria observar se o paciente apresentava determinada quantidade de sintomas para que o diagnóstico se configurasse num transtorno, seguindo à risca os moldes da medicina geral. Em O DSM-III identificou 265 distúrbios, cada um desses transtornos com etiologia distinta. O salto no número de diagnóstico, a especificação destes e a alegação de uma origem diferente para cada representou também um número maior de pessoas que se encaixaria nas definições médicas do patológico (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Para Pereira (2000), o diagnóstico, a partir do DSM-III a psiquiatria deixa de considerar os diversos contextos sociais, culturais no aparecimento dos sintomas, se restringindo a presença ou não dos sintomas descritos. Dunker (2014) e Russo e Venâncio (2006) ainda destacam outra característica marcante na composição do DSM-III: facilitar o caminho da indústria farmacêutica para a regulamentação de novas medicações. A entrada de novos remédios no mercado exigia que os laboratórios apresentassem pesquisas que pudessem ser replicadas e para a realização das mesmas era necessário que os transtornos mentais tivessem características bem definidas. Com o DSM-III a aliança entre indústria farmacêutica e psiquiatria é consolidada.

Vinte anos mais tarde, em 1994, o DSM-IV é lançado, seguindo a tendência de super especificação e do surgimento de novos transtornos, contando com 297 transtornos em 886 páginas. Em 2000, o DSM-IV é revisado e lançado como DSM-IV-R, com algumas modificações na classificação de alguns transtornos. Com relação a depressão, o DSM-IV

termina por excluir de vez o termo neurose, e a depressão é diversificada em diferentes tipos de transtornos. Para Dunker e Neto (2011) o que cabe ressaltar sobre o DSM-IV é que ele consolida a ruptura da psiquiatria, iniciada no DSM-III com a tradição de fundamentar o sofrimento psíquico a partir de uma crítica filosófica.

Ao se declarar ateuico – o que é bastante contraditório, uma vez que as edições do DSM claramente sinalizam que a etiologia dos transtornos mentais é biológica – o DSM constrói outra fundamentar e de construir o diagnóstico, pautado no diagnóstico operacional, na homogeneização do sofrimento psíquico e na incapacidade de se interligar a outros conceitos teóricos. Segundo os autores a sua hegemonia acaba por suprimir outros discursos, que se tornam desvalorizados, diante da autoridade médica do DSM. Para Pereira (2014), as consequências dessa forma de exercer a psiquiatria, e de outras profissões que acabam sendo afetadas por esse funcionamento pragmático é uma prática clínica:

centrada no diagnóstico de entidades mórbidas – distintas ou dimensionais – do qual decorrem, de maneira quase automática, uma árvore de decisões técnicas e terapêuticas preestabelecidas sem que a dimensão da singularidade e a escuta do paciente em sua dimensão específica de sujeito desempenhem de fato algum papel efetivo na compreensão e no manejo do fenômeno psicopatológico enquanto tal (PEREIRA, 2014, p. 1036)

O autor demonstra que essa forma de diagnosticar a doença limita a interpretação do profissional de saúde a uma lista de sintomas, empobrecendo a clínica.

O que nos interessa no desenvolvimento do DSM e do modelo biomédico na psiquiatria é que, mesmo com todas as críticas ao longo dos anos, a abordagem biomédica, com base no DSM ainda é a abordagem hegemônica. Com relação ao nosso objeto de pesquisa, as questões de saúde mental nos inquéritos nacionais são conduzidas pela abordagem biomédica do sofrimento psíquico, em contraste com a política nacional de Saúde Mental, voltada para a atenção psicossocial.

7.2. Conceituações Depressão antes e depois do DSM.

A depressão é descrita a séculos, desde a antiguidade, ainda que com outra denominação e etiologias. Segundo Souza e Lacerda (2000), descrições de alterações de humor são encontradas em passagens bíblicas e na mitologia grega, e se transformaram ao longo dos séculos. Podemos dividir para fins desse trabalho como se organizava a etiologia e sintomatologia da depressão entre antes e pós a criação do DSM, no século XX.

Foi Hipócrates, considerado o pai da medicina por realizar a transição entre as doenças como fruto de castigos divinos para causas corpóreas e naturais, que nomeia o comportamento depressivo como melancolia, que significa literalmente “bílís negra”. Sabemos que a teoria dos humores desenvolvida por Hipócrates era baseada na concepção de que o corpo humano era formado por quatro fluidos: bile, fleuma, sangue e a bile negra e quatro humores: colérico, fleugmático, sanguíneo e melancólico. No corpo e mente saudáveis esses fluidos se encontravam em equilíbrio, e seu desequilíbrio tinham como consequência as doenças (SOUZA & LACERDA, 2000). Baseado na sua teoria, Hipócrates formulou que a melancolia seria um excesso de bile negra no corpo, que desencadeava o humor melancólico. Assim ele definia a melancolia de forma muito atual como: “uma afecção sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão, fixado em uma mesma ideia, constantemente abatido [...] (CUCHE & GERARD apud SOUZA & LACERDA, 1994) e cujo os sintomas incluíam a perda do sono, falta de apetite, idealizações de morte, cansaço, irritabilidade, inquietação e medo e tristeza que permaneciam por longo tempo, e o tratamento indicado era a realização de exercício, melhora na alimentação, apoio dos familiares (SOUZA & LACERDA, 2000; GONÇALVES & MACHADO, 2007).

Com a idade média, a ascensão do cristianismo, e a centralidade de todos os aspectos da vida, da morte e da natureza na vontade divina, faz desaparecer a teoria dos humores de Hipócrates. A depressão nesse período é fruto do pecado, e segundo Souza e Lacerda (2000, p. 18), integrando a demonologia cristã, que chega a nomear os estados de “apatia, preguiça, indolência, negligência, enfraquecimento” os quais eram cabíveis isolamento ou punição, que com o advento da inquisição poderia ser a morte. Foi nesse período que a depressão foi denominada por Cassiano como “demônio do meio-dia”. Cassiano se referia a depressão como “demônio do meio-dia” porque ao contrário dos outros demônios da alma, que costumam se aproveitar da noite para atormentar os homens, esse era mais audacioso, atormentando a pessoa noite e dia.

A idade moderna, compreendida pelos séculos XV até XIX, traz consideráveis transformações para o conceito de melancolia, principalmente a substituição do termo para depressão. Nesse período, de renascimento dos antigos saberes científicos, destaca-se as transformações na compreensão das doenças, e dos comportamentos desviantes, que começam a ser compreendidos como enfermidades, ainda que não vinculada somente a perspectiva biológica, mas a psicológica e a filosófica. No século XVI a melancolia era definida por conter na sua sintomatologia as ideias delirantes. Robert Burton, em 1621, define duas formas de melancolia, a positiva, capaz de alimentar a criatividade, e o estado melancólico, que tendia a

ser crônico e caracterizado pelos sintomas já documentados: medo, sofrimento intenso, embotamento, inquietação, que leva o sujeito a se tornar preguiçoso e incapaz para o trabalho. (SOUZA & LACERDA, 2000; GONÇALVES & MACHADO, 2007).

Lima et al (2015) salienta que gradativamente a melancolia se converte em enfermidade, os comportamentos desviantes, vistos sob um ponto de vista religioso, passam a serem patologizados. Como exemplo, os autores citam a contribuição de Teresa de Àvila para a distinção entre melancolia (de causas naturais e baseada nos transtornos dos humores de hipócrates) dos estados de espíritos derivados de possessões demoníacas, destacando que Teresa de Àvila foi capaz de livrar um grupo de freiras da fogueira ao comprovar que elas estavam enfermas e não possuídas.

A partir do século XVIII, com a hegemonia do saber científico, matemático e mecanicista, com extrema valorização da razão, ocorre uma importante mudança nas estruturas da depressão, uma vez que: “É desse período a convicção de que a razão humana é capaz de conhecer a origem, as causas, e os efeitos das paixões e das emoções e, pela vontade orientada pelo intelecto, é capaz de governa-las e dominá-las (GONÇALVES & MACHADO, 2007, p. 300)”

No raciocínio mecanicista, se a razão é o que faz o homem controlar seus humores, paixões e emoções, um desvio desses fatores significava falta de razão. Esse pressuposto vai inspirar muitos autores e suas teorias, inclusive que tange a etiologia biológica da melancolia. Willian Cullen, por exemplo, vai sugerir que a melancolia era uma alteração na função nervosa, que incapacitaria o homem a julgar com racionalidade as questões da vida. Pinel, em 1801, classifica a loucura em quatro gêneros, sendo a melancolia uma delas. Esquirol, seguidor de Pinel, divide a melancolia em duas classificações: lipomania e monomania (GONÇALVES & MACHADO, 2007).

Entre os séculos XIX e XX o termo depressão suprime a nomeação melancolia, e os avanços biológicos, anatômicos e químicos, a depressão vai ser completamente apropriada pela psiquiatria, que se inclina para a busca pela etiologia orgânica da depressão, com destaque para Griesinger e Kraepelin, com a teoria das bases neurobiológicas. De um outro lado há Freud, com a psicanálise, com outra interpretação do sofrimento psíquico, de base psicológica.

A depressão como conhecemos hoje se inicia a partir da constituição do DSM, que em cada publicação trouxe uma nova transformação no que se entendia como depressão, principalmente esvaziando a doença da influência de contextos sociais, econômicos e mesmo políticos e possibilitando um diagnóstico rápido,

7.3. A depressão nas edições do DSM: esvaziamento de significado

A depressão já está completamente caracterizada como uma doença ou uma desordem mental na altura em que o DSM é lançado. O objetivo de descrevermos a trajetória do conceito de depressão, principalmente após a terceira edição do DSM, é demonstrar a sua trajetória em direção a cronicidade o progressivo esvaziamento de todos os contextos que abarcam a vida humana, e consequentemente o sofrimento psíquico, além sobreposição de diagnósticos baseados em listas esquematizadas de sintomas e na quantidade de sintomas manifestados. Como afirma Soares e Caponi (2011), o diagnóstico e a busca pela causa etiológica da depressão tendem a interpretar e compara-la com o curso de doença crônica comum.

Na primeira edição do DSM, de influência psicanalítica a descrição do transtorno que hoje poderíamos enquadrar como a depressão se encontra na seção de “Distúrbios Psiconeuróticos” como uma reação, que poderia ser “Reação depressiva” ou “Reação Psicótica”. A primeira seria caracterizada por sintomas como a culpa, comum em pessoas em luto, tanto pela perda de um ente querido, como perdas amorosas e financeiras. Caberia ao psiquiatra diferenciar qual seria a reação que o paciente vivenciava. Apesar de apresentar mais especificações para “facilitar” a identificação do quadro, no DSM-II o contexto para o surgimento de um episódio depressivo também era proveniente do social (LIMA et al; 2015). Diante disso, observa-se que, apesar de ser considerada uma desordem, os episódios de depressão estavam intimamente ligados a acontecimentos ou momentos desagradáveis da vida, o que possibilitava que o prognóstico da depressão fosse bom.

Com o DSM-III e a sua aliança com a psiquiatria biológica e a indústria farmacêutica a depressão se diferencia em três distúrbios depressivos com características mais abrangentes de identificação: episódio de depressão maior, distímia, e o Distúrbio atípico.

Além disso, os critérios para diagnosticar a depressão abandonam de vez as possíveis causas sociais do adoecimento e se concentra na quantidade de sintomas referidos. O episódio depressivo maior passa a ser diagnosticado a partir de nove sintomas, que de acordo com sua intensidade, a presença de sintomas psicóticos e de ideação suicida.

A Distímia é caracterizada como uma forma de depressão mais leve, porém com caráter crônico. O indivíduo distímico possui sintomas depressivos continuamente, há pelo menos dois anos, mas esses sintomas não são suficientes para serem caracterizados como um episódio depressivo maior (PORTO, 1999; APA, 1980).

Por fim a depressão atípica seria uma espécie de conjunto de sintomas residuais que existem mas não se classificariam em nenhum tipo de quadro depressivo, como: um episódio

depressivo diagnosticado em um paciente esquizofrênico mas que não apresenta sintomas psicóticos ou em um quadro que poderia ser classificado como distímia, no entanto não pode ser feito porque os períodos de humor normal duram muitos meses, contrariando o caráter contínuo da distímia (APA; 1980).

No DSM-IV e V, o diagnóstico de depressão é validado pela sua duração, ou seja, um quadro depressivo maior seria confirmado se o indivíduo relatasse esses sintomas por pelo menos duas semanas (LIMA et al.,2015). A especificação da depressão em vários novos distúrbios prevalece com destaque para duas descrições.

A primeira é a do Transtorno do humor induzido por substâncias: de caráter crônico e persistente, ele é resultado de uma consequência fisiológica causada pelo uso de exposição a toxinas ou ao uso de medicação ou tratamento para a depressão, o que é extremamente contraditório, uma vez que os remédios para o tratamento da depressão teriam como finalidade “curar” a doença.

A segunda descrição é a especificação em diferentes distúrbios do que no DSM-III seria identificado como depressão atípica, terminologia que foi substituída por Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação (transtornos com características depressivas, mas que não se encaixam em outros transtornos tradicionais), e que inclui:

Tabela. 2. Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação (APA; 2002, p. 350)

1. Transtornos disfórico pré-menstrual: na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, sintomas (p. ex., humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, acentuada instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades) ocorreram regularmente durante a última semana da fase lútea (e apresentaram remissão alguns dias após o início da menstruação). Estes sintomas devem ser suficientemente graves a ponto de interferir acentuadamente no trabalho, na escola ou em atividades habituais e devem estar inteiramente ausentes por pelo menos 1 semana após a menstruação

2. Transtorno depressivo menor: episódios com pelo menos 2 semanas de sintomas depressivos, porém com menos do que os cinco itens exigidos para Transtorno Depressivo Maior.

<p>3. Transtorno depressivo breve recorrente: episódios depressivos com duração de 2 dias a 2 semanas, ocorrendo pelo menos uma vez por mês, durante 12 meses (não associados com ciclo menstrual).</p>
<p>4. Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia: um Episódio Depressivo Maior que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia.</p>
<p>5. Um Episódio Depressivo Maior sobreposto a Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação ou fase ativa da Esquizofrenia.</p>
<p>6. Situações nas quais se conclui que um transtorno depressivo está presente, mas é impossível determinar se ele é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância.</p>

Fica evidente que o DSM amplia o conceito de depressão em diferentes distúrbios, objetivando que o máximo possível de pessoas possam ser diagnosticadas ou se identificarem com depressão. Isso é interessante para a produção de informação em Saúde Mental pois os Inquéritos de Saúde estudados, a PNAD e a PNS, abordam a questão da depressão por essa perspectiva, orientada por esse modelo. Observa-se essa orientação desde a categoria onde a depressão é inserida, até na quantidade de questões referentes a depressão, que reafirma a preocupação mundial com o aumento dos casos de depressão, sem considerar que o aumento nos casos, a visibilidade e as informações produzidas está condicionada ao discurso dominante que se tem da depressão, compondo o fluxo de conhecimento sob a ótica de um paradigma dominante.

8. CAPÍTULO V - ANÁLISE DO MODELO DOMINANTE DA ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NAS QUESTÕES DOS INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL: DOS DADOS À CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO?

As questões relacionadas à Saúde mental apareceram pela primeira vez em 1998, no suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por amostras de Domicílio (PNAD), e posteriormente na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (SZWARCWALD et al., 2014). O momento em que a temática da Saúde Mental foi inserida nas pesquisas de âmbito nacional desperta um questionamento: porque somente em 1998?

Se nos atentarmos para um olhar histórico, podemos relacionar a ausência e a inserção de questões de Saúde Mental nos Inquéritos de Saúde com momentos históricos que a Saúde Mental vivenciava no Brasil.

Durante as décadas de 70 e 80, o que hoje chamamos de campo da Saúde Mental era limitado a internações nos hospitais psiquiátricos, cujas condições de existência nada lembravam a um local de cuidado. Ao mesmo tempo, é no período entre o final da década de 70 e o início da década de 80 que inicia o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, movimento esse que, dentre outras diretrizes, vai propor uma mudança na forma de assistência a casos de Saúde Mental, retirando um véu que mantinha o sofrimento psíquico restrito ao manicômio, esquecido pelos demais (AMARANTE, 1995).

A década de 90 se caracteriza como momento de expansão do movimento de Reforma Psiquiátrica, como momentos históricos para a Reforma, como a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em novembro de 1990 cujo documento final, intitulado como a “Declaração de Caracas”, os países se comprometem na reconstrução do modelo de cuidado em Saúde Mental, a partir de uma crítica contínua ao modelo hospitalocêntrico, além da garantia dos direitos dos sujeito:

Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Além da Declaração de Caracas, em 1992 ocorre a Segunda Conferência de Saúde Mental, e em 1998 o Ministério da Saúde, a partir da portaria Nº 3.925, aprova o “Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde”, que enfatiza a importância desse nível para o sistema de saúde e aponta formas de se reorganizar a atenção em saúde de acordo com as características de cada localidade. A proposta do Manual aponta para a necessidade de

Integralidade, Equidade e Intersetorialidade do atendimento da população. Observou-se ainda a necessidade de incluir a Saúde Mental na Atenção básica, o que resultou uma parceria entre o Departamento de Atenção Básica, juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde na elaboração de um documento, o “Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica” cujo objetivo é promover ações que possam aproximar gestores e profissionais da atenção básica campo da Saúde Mental, de modo que essa possa ser incorporada na Atenção Básica sem preconceitos, uma luta que se estende até os dias de hoje (SOUZA; RIVERA, 2010).

Os dados da 12ª edição do documento “Saúde Mental em dados” (BRASIL, 2015), que tem como objetivo mostrar os avanços da Reforma Psiquiátrica e a transição assistencial no Brasil, como as leis promulgadas, e ações como a redução dos leitos, a construção de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dentre outras ações, se iniciam em 1998, o que pode sugerir que neste ano, temáticas que envolvem a Saúde Mental tiveram mais atenção. Tendo em vista todos esses fatos, pode-se dizer que a década de 90 teve contexto favorável à consolidação e o avanço da Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente, dos estudos e pesquisa em Saúde Mental.

Com base nesse cenário, o suplemento de saúde de 1998 inclui duas questões, todas de caráter quantitativo, com objetivo de estimar a prevalência de transtornos mentais e da depressão. A primeira questão busca compreender possíveis problemas de saúde que atrapalharam as atividades da vida diária do entrevistado. Os próximos suplementos de saúde, que formam a série histórica de suplementos de saúde da PNAD, são lançados em 2003 e 2008, novamente contando com duas questões muito semelhantes à de 1998. Por sua vez, apesar da PNAD e da PNS serem pesquisas diferentes, elas se complementam, por isso, muito do que já tinha sido desenvolvido na PNAD foi incorporado na PNS, objetivando observar as transformações nas condições de saúde e de doenças específicas ao longo do tempo. As questões de Saúde Mental fazem parte de alguns temas que surgiram pela primeira vez na PNAD e foram incluídos e explorados na PNS, em 2014.

8.1. As questões de Saúde Mental na PNAD e na PNS: identificação do modelo biomédico.

A orientação biomédica nas questões referentes a Saúde mental se torna mais clara ao longo dos suplementos da PNAD e se consolida na PNS. Na tabela abaixo, agrupamos as duas questões em comum nos suplementos da PNAD e na PNS, com a finalidade de melhor discutir essas transformações.

Tabela 3 – Problemas de saúde que impediram a realização de tarefas nas últimas duas semanas. Comparação entre a PNAD e a PNS. (Continua)

Inquérito	Ano	Módulo	Nº	Enunciado	Opções de resposta relacionadas a Saúde Mental
PNAD	1998 2003 2008	Características de Saúde dos moradores	N. 17	Qual foi o principal motivo que impediu de realizar suas tarefas habituais nas duas últimas semanas?	01. Diarreia ou vômito 02. Problema respiratório 03. Problema de coração ou pressão 04. Dor nos braços ou nas mãos 05. Problema mental ou emocional 06. Outra doença 07. Problema odontológico 08. Acidente no local de trabalho 09. Acidente de trânsito 10. Outro Acidente 11. Agressão 12. Outro motivo (especifique)
PNS	2013	Módulo J. Utilização de Serviços de Saúde	J.4	Qual foi o principal motivo de saúde que impediu ____ de realizar suas tarefas habituais	01. Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca 02. Dor nos braços ou nas mãos 03. Artrite ou reumatismo 04. DORT- doença osteomuscular relacionada ao trabalho 05. Dor de cabeça ou enxaqueca 06. Problemas menstruais 07. Problemas da gravidez 08. Parto 09. Problema odontológico 10. Resfriado / gripe 11. Asma / bronquite / pneumonia 12. Diarréia / vômito / náusea / gastrite 13. Dengue 14. Pressão alta ou outra doença do coração 15. Diabetes 16. AVC ou derrame 17. Câncer 18. Depressão 19. Outro problema de saúde mental 20. Outra doença 21. Lesão provocada por acidente de trânsito 22. Lesão provocada por outro tipo de acidente 23. Lesão provocada por agressão ou outra violência 24. Outro problema de saúde (Especifique: _____)

Observa-se que o enunciado na primeira questão referente à Saúde mental da PNAD não contempla diretamente um transtorno específico, e o sofrimento psíquico é apresentado como “problema mental ou emocional”. Sabemos que ao longo da história, o sofrimento psíquico recebeu diferentes denominações, como alienação, doença mental e atualmente transtorno mental. A criação e as mudanças nas nomeações geralmente estão atreladas a pesquisas obtiveram repercussão no meio científico, por manuais de categorias diagnósticas como a CID e o DSM. Essas pesquisas e manuais, ao optarem por uma nova nomenclatura do sofrimento, fazem uma descrição detalhada do que eles consideram como parte daquela nova forma de nomear o sofrimento, listando sintomas e comportamentos (FREITAS; AMARANTE; 2017).

As questões nº6 dos suplementos da PNAD, servem para quantificar o número de pessoas tiveram limitações por conta de “problemas mentais ou emocionais” ainda que esses problemas não tivessem nomeação específica. Por um lado, não especificar a causa do problema mental ou emocional que impediu a realização das tarefas cotidianas nos remete a um afastamento da questão de uma visão biomédica e da questão da cronicidade, uma vez que se não há transtorno definido, racionalidade médica na psiquiatria se dissipa. Esse sofrimento psíquico pode perdurar, e futuramente vir a ser diagnosticado como um transtorno, ou pode ser episódico, e cessar com o tempo, ou com a resolução de algum problema que estivesse afetando a vida da pessoa no momento em que respondeu o questionário. Por outro lado, a falta de uma nomeação específica, torna a questão muito abrangente para quem tem interesse em saber exatamente qual transtorno foi a causa da limitação, o que justifica uma questão mais específica sobre a depressão.

A questão J4 da PNS parece resolver esse problema. Seu enunciado é o mesmo encontrados na PNAD. Entre as possibilidades de respostas exclui os problemas emocionais, permanecendo apenas “problemas mentais” como causa para a não realização de tarefas da vida cotidiana, porém eles não são mais o foco, pois a depressão passa a ser uma opção de resposta. Percebe-se o direcionamento da questão para um olhar biomédico. O sujeito deixa de realizar suas atividades não por problemas mentais e emocionais, mas especificamente pela depressão, tratada pela PNS como uma doença crônica. Outra evidência de que a questão da PNS se volta para o adoecimento é a substituição das opções de resposta de “problema mental ou emocional” para “outros problemas mentais”. Nesse caso, exclui-se as questões emocionais como limitadoras de tarefas, enfatizando o patológico, o “problema mental” (uma das formas de nomear os transtornos mentais) como principal causa de dificuldade na realização de tarefas, excluindo aspectos sociais que podem intervir no cotidiano.

A segunda questão em comum entre a PNAD e a PNS, apresentadas na tabela abaixo, acompanha a agenda mundial, que desde meados da década de 90 orienta que os países esforços para que os países contabilizem as pessoas que sofrem de depressão (OMS, 2001). Assim como a questão anterior, há mudanças no enunciado no sentido de fornecer mais objetividade e dar contorno a questão. O enunciado da questão de 1998 é simples e direto, e cabe a quem responde o questionário apontar se tem depressão ou não, independente de diagnóstico por profissional ou por percepção própria. Já no suplemento de saúde de 2003 e 2008, delimita-se a pergunta, acrescentando que a figura de profissional de saúde, que disse ao sujeito se ele tem depressão ou não. Já na PNS, em 2013, a questão passa a ser ainda mais específica, dando o contorno biomédico ao diagnóstico de depressão precisa ser dado por um profissional de Saúde Mental, com destaque para o médico psiquiatra, acrescentando o psicólogo, como os únicos capazes de dar validade ao diagnóstico da depressão. reflete o predomínio da psiquiatria e da psicologia no campo da Saúde Mental.

Tabela 4- Questões epidemiológicas relacionada ao diagnóstico de depressão na PNAD e na PNS. Fonte: (PNAD; 1998;2003;2008; PNS; 2013)

Inquérito	Ano	Módulo	Nº	Enunciado	Opções de Resposta
PNAD	1998	Característica de Saúde dos Moradores	Nº 17	Tem depressão?	1. Sim 2. Não
PNAD	2003 2008	Característica de Saúde dos Moradores	Nº 17	Algum profissional de saúde já disse que tem depressão?	1. Sim 2. Não
PNS	2013	Módulo Q. Doenças crônicas	Q. 92	Algum médico ou profissional de Saúde Mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão	1. Sim 2. Não

Os dados obtidos mostram a importância da continuidade dos inquéritos de saúde. A partir da realização de inquéritos periódicos, e da incorporação de questões dos suplementos de saúde da PNAD na PNS podemos acompanhar as mudanças relacionadas a depressão no intervalo entre 1998 e 2013, o que nos permite demonstrar e problematizar a prevalência de depressão. De acordo com os relatórios lançados pelo IBGE que relatam os resultados da pesquisa observamos o salto da prevalência de depressão no Brasil, de 4,1% de pessoas com depressão em 1998 para 7,6% da população com diagnóstico de depressão em 2013 (IBGE, 1999; 2014).

O suplemento de saúde de 2008 é o último antes do desenvolvimento da Pesquisa Nacional de saúde. Por ser um inquérito voltado somente para a saúde da população, era esperado que houvesse mais espaço para as questões de Saúde Mental, o que de fato acontece. A Pesquisa Nacional de Saúde inclui módulos inteiros referente a saúde mental, porém todas as questões estão voltadas para a depressão. O que cabe problematizar é o que é perguntado e a abordagem da depressão. O primeiro módulo que aborda especificamente a depressão encontra-se no questionário individual, no Módulo N. que contém o uma série de questões intituladas “*Agora vamos falar sobre problemas que podem ter incomodado o(a) sr(a) nas duas últimas semanas.*” (PNS, 2013, p. 24) e que reproduz, sem importantes modificações, do instrumento de mensuração de estados depressivos chamado Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 5. Módulo N da Pesquisa Nacional de Saúde intitulado “Agora vamos falar sobre problemas que podem ter incomodado o(a) sr(a) nas duas últimas semanas.” (PNS, 2013).

Módulo	Nº da questão	Enunciado	Opções de resposta
Módulo N.	N. 10.	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N. 11.	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N.12.	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N.13.	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N.14.	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N.15	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N.16	Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias

Módulo N.	N.17	Nas duas últimas semanas, com que frequência(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias
Módulo N.	N.18	Nas duas últimas semanas, com que frequência(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?	1. Nenhum dia 2. Menos da metade dos dias 3. Mais da metade dos dias 4. Quase todos os dias

Esse instrumento consiste em nove perguntas sobre alterações no sono e no apetite, perda de interesse em atividades prazerosas, problemas de concentração, alterações psicomotoras, tristeza, baixa autoestima e ideações suicidas ou de automutilação. Esses sintomas são escolhidos com base na descrição de episódio de depressão maior do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Cada questão respondida tem um ponto, e o somatório sugere um estado depressivo leve, maior ou nulo. ⁷

O PHQ9 é uma versão do instrumento PRIME-MD, um instrumento criado pelo Dr. Robert Spitzer, que coordenou a força tarefa responsável pela elaboração do DSM-III, considerado revolucionário por alçar o DSM a um manual elaborado com orientação rigorosa e científica, e um importante defensor da origem biológica da psiquiatria e forte crítico aos aspectos psicanalíticos e psicodinâmicos que formavam as edições anteriores do DSM. O PHQ é um instrumento de diagnóstico de alguns transtornos mentais, como transtorno de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtornos alimentares e uso abusivo de álcool. O PHQ-9 é exclusivo para o diagnóstico de depressão maior.

O questionário é baseado numa escala de pontos, assim como é preconizado pelo DSM. Segundo os autores, um quadro de depressão maior é diagnosticado quando a pessoa atinge 5 dos 9 pontos, ou quando ela responde que teve alterações comportamentais “mais da metade dos dias” (PNS, 2013, p. 24) sendo que dentre os 5 aparecem o humor deprimido ou a perda de interesse e vontade de realizar as atividades no período anterior há duas semanas (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). A variação nas pontuações pode sugerir outros quadros depressivos, conforme explicam os autores do artigo:

Outra depressão é diagnosticada se 2, 3 ou 4 sintomas depressivos estiveram presentes pelo menos "mais de metade dos dias" nas últimas 2 semanas, e 1 dos sintomas é humor deprimido ou anedonia. Um dos 9 critérios de sintomas ("pensamentos de que você seria melhor morto ou se machucar de alguma forma") conta se estiver presente, independentemente da duração. Tal como acontece com o PRIME-MD original, antes de fazer um diagnóstico final,

7 (SANTOS et al., 2013)

espera-se que o clínico exclua causas físicas de depressão, falecimento normal e história de um episódio maníaco (KROENKE et al. 2001, p. 607).

A pesquisa de Santos et.al (2013), que avalia a sensibilidade desse questionário, mostra que o PHQ9 foi testado em mulheres usuárias do serviço de atenção básica da cidade de Uberaba em Minas Gerais, no estudo de Osório et al. (2009) que contou com uma amostra de 177 mulheres, algumas com diagnóstico de depressão outras sem diagnóstico especificado, e cujo o objetivo era avaliar o PHQ9 como instrumento de rastreamento para casos de depressão. Nesse artigo, Santos et al. (2013) relatam que o estudo ainda não vou validado na população geral do Brasil. A principal crítica ao PHQ-9 é a mesma dada aos critérios diagnósticos inseridos a partir da construção do DSM- III: qual descoberta ou método científico tinha sido utilizado para dar legitimidade a essa mudança na forma de diagnosticar? Quanto a isso, Whitaker (2017, p. 238) faz um questionamento aos critérios diagnósticos: “Por que era necessária a presença de cinco entre os nove sintomas tidos como característicos da depressão para se fazer o diagnóstico da doença? Por que não seis sintomas? Ou quatro?”. O autor ainda assinala a parcialidade com que foi delimitado o que era o normal e o patológico e corrobora com a posição do presidente da Sociedade Norte-Americana de Psicologia, Theodore Blau, para o qual o DSM-III estava mais relacionado com um posicionamento político da psiquiatria americana do que de fato a construção de um guia de diagnóstico.

Portanto, a presença do PHQ-9 como parte integrante da PNS, é mais uma evidência da adesão do discurso biomédico pelos elaboradores da PNS. O problema da prevalência do discurso biomédico e da adoção de critérios diagnósticos e instrumentos de medidas próprios da psiquiatria como único olhar é que essa hegemonia silencia outras teorias e abordagens terapêuticas (DUNKER & NETO; 2011).

O próximo módulo que traz a depressão é o módulo Q. cujo título e subtítulo são *“Doenças Crônicas: As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.”*

No caso do Brasil, poderemos observar ao longo das questões da PNS apresentadas na tabela 4. que o modelo médico é o único discurso predominante, com um pequeno espaço dado a psicologia, mas sem incluir o direcionamento político de Saúde Mental no Brasil, a atenção psicossocial.

A atenção psicossocial resulta do processo de Reforma psiquiátrica brasileira, no esforço de desconstrução do atendimento em Saúde Mental baseado e restrito aos hospitais

psiquiátricos e ambulatorios, para uma forma de cuidado que permita as pessoas em sofrimento psíquico respeito, dignidade, cidadania e solidariedade, ou seja, que estava alinhada aos princípios do SUS. A construção da atenção psicossocial organiza-se em torno das transformações em diferentes áreas, que estão interligadas e em frequentes encontros e embates, trata-se de diferentes contextos que compõe a afetam a vida das pessoas. Amarante (2013) aborda essas transformações a partir a articulação de quatro dimensões, a serem transformadas.

A dimensão ‘Teórico-conceitual’, que traz a reflexão sobre a construção do saber da psiquiatria, seus principais conceitos, sua influência nas concepções e sentidos que foram atribuídos a loucura, tais como a periculosidade, a incapacidade, dentro outras. Essa dimensão traz essencialmente uma ruptura com o esse saber e com o modelo da psiquiatria tradicional, e propõe um olhar para a experiência da loucura sobre outro viés. Isso significa tirar do foco de atenção à doença, seus sintomas e prognósticos, e pôr em foco o sujeito e a sua experiência de sofrimento e de vida (seus contextos), o que permite enxergar de forma ampla e complexa o sofrimento, e todos os fatores que constituem a vivência humana.

A ‘Jurídico-política’ versa sobre o papel estratégico da reformulação de leis que representam a pessoa em sofrimento psíquico de maneira negativa, além de envolver a criação e a manutenção de benefícios e programas de assistência a pessoa em sofrimento psíquico, nessa dimensão encontramos decisões políticas fundamentais para o estabelecimento da atenção psicossocial como modelo de Saúde mental utilizado no Brasil, dentre as quais destacamos a lei 10.216, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica” que que dispõe sobre aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e a a portaria Nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui como pontos de apoio da rede de atenção psicossocial as unidades de atenção básicas e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), as unidades de acolhimento (UA), os centros de assistência social, as Unidades de pronto Atendimento (UPA) , os centro de convivência e cultura, além de outros dispositivos (BRASIL, 2015).

A ‘dimensão técnico-assistencial’ diz respeito às transformações no modelo assistencial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os principais dispositivos de atenção em Saúde Mental, serviços de acolhimento e cuidado m saúde mental, formado por uma equipe multidisciplinar, que busca cuidar da pessoa em sofrimento psíquico junto a seus familiares e ao território onde vivem, se relacionam com outros serviços de saúde, como as unidades de atenção básica, as unidades de acolhimento, os nesses dispositivos todas essas dimensões se inter-relacionam em prol da busca pela cidadania e do cuidado digno da pessoa em sofrimento psíquico. Por fim, a ‘dimensão sociocultural’ é estratégica no que tange a transformação do

imaginário e construção de novos sentidos relacionados à loucura. Essa dimensão propõe trazer a sociedade para a discussão e reflexão sobre temas como a loucura e a Reforma Psiquiátrica de ações culturais, da criação de espaços de compartilhamento de vivências e inclusão social (AMARANTE, 2013).

Ainda que desafios na integração de todas essas dimensões estejam presentes, existe um esforço, tanto de movimentos sociais, de pesquisadores, de profissionais e de usuários em manter em troca os diferentes dispositivos assistenciais, assim como o contato com ações e dispositivos culturais. No entanto, apenas uma questão da PNS oferece como opção de resposta um dispositivo ligado a atenção psicossocial, o CAPS, que é a questão Q.102.

Tabela 6 – Uso de serviços de Saúde para atendimento de depressão. Fonte: PNS (2013, p. 39)

Módulo	Nº	Enunciado	Opções de resposta
Módulo Q. DCNT	Q. 93	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão?	__ Anos 0. Menos de 1 ano
Módulo Q. DCNT	Q. 94	O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Sim 2. Não, só quando tem algum problema 3. Nunca vai
Módulo Q. DCNT	Q. 95	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	01. Não está mais deprimido 02. O serviço de saúde é muito distante 03. Não tem ânimo 04. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande 05. Tem dificuldades financeiras 06. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível e com suas atividades de trabalho ou domésticas 07. O plano de saúde não cobre as consultas 08. Não sabe quem procurar ou aonde ir 09. Dificuldade de transporte 10. Outro (Especifique: _____)
Módulo Q. DCNT	Q. 96	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da depressão?	a. Faz psicoterapia b. Toma medicamentos c. Outros (Especifique _____)
Módulo Q. DCNT	Q. 97	Algum dos medicamentos para depressão foi coberto por plano de saúde?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
Módulo Q. DCNT	Q. 98	Algum dos medicamentos para depressão foi obtido em serviço público de saúde?	1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
Módulo Q. DCNT	Q. 100	O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos?	1. Sim 2. Não
Módulo Q. DCNT	Q. 101	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa da depressão?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. Há 3 anos ou mais 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 6. Nunca recebeu
Módulo Q.	Q. 102		1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica

DCNT		Na última vez que recebeu assistência médica para depressão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 07. Hospital público/ambulatório 08. Consultório particular ou clínica privada 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado 11. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família. 12. No domicílio, com médico particular 13. Outro (Especifique: _____)
Módulo Q. DCNT	Q. 103	Esse atendimento foi coberto por plano de saúde?	1. Sim 2. Não
Módulo Q. DCNT	Q. 104	O(A) sr(a) pagou algum valor por esse atendimento?	1. Sim 2. Não
Módulo Q. DCNT	Q. 105	Esse atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe
Módulo Q. DCNT	Q. 106	Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para algum acompanhamento com profissional de saúde mental, como psiquiatra ou psicólogo?	1. Sim 2. Não 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para depressão foram com profissional de saúde mental
Módulo Q. DCNT	Q. 107	O(A) sr(a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?	1. Sim 2. Não
Módulo Q. DCNT	Q. 108	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?	01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada 02. Não conseguiu marcar 03. Não achou necessário 04. Intensamente 05. Muito intensamente 1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 04. Não teve ânimo 05. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande 06. Não sabia quem procurar ou aonde ir 07. Estava com dificuldades financeiras 08. Teve dificuldades de transporte 09. O plano de saúde não cobria a consulta 10. O serviço de saúde era muito distante 11. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas 12. Outro (Especifique)
Módulo Q. DCNT	Q. 109	Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?	1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente

Chama a atenção a presença da depressão no módulo destinado a DCNT. O fator cronicidade da depressão é outro aspecto sustentado pela atual configuração do modelo biomédico na psiquiatria, respaldado pela comunidade científica e propagado pelos veículos midiáticos. Segundo o artigo do Lancet que trata da carga de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, não só insere a depressão nas DCNT, como atribui aos transtornos neuropsiquiátricos 19% da carga de doenças correspondentes as DCNT (SCHMIDT *et al.*, 2011). No artigo de Soares e Caponi (2011), que a depressão é apresentada e explorada pela mídia, a cronicidade da depressão é respaldada pela OMS na forma de risco, quando estima que

“9,5% de mulheres e 5,8% dos homens passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses, mostrando uma tendência ascendente nos próximos 20 anos (OMS,2001,p.)”

Nos inquéritos de Saúde, desde os suplementos da PNAD a depressão é encarada como crônica, mas se torna mais evidente na, por estar inserida em um módulo específico para DCNT. No entanto, a cronicidade da depressão não é algo dado, fixo, pelo contrário. O aspecto crônico da depressão segundo Whitaker (2017) é relativamente recente. Os estudos analisados por ele, entre as décadas de 30 até meados da década de 60 apontavam um prognóstico positivo para a depressão, mostrando que entre as autoridades psiquiátricas norte americanas a depressão tendia a ser o problema psiquiátrico com melhor prognóstico, uma vez que a maioria dos casos entram em remissão de forma espontânea.

Para Whitaker (2017), a depressão começa a ganhar contornos crônicos como resposta aos efeitos negativos relatados em diferentes estudos a partir da década de 70 que mostravam que os antidepressivos poderiam ter um efeito contrário: ao invés de ajudar na “cura” da depressão eles pareciam antecipar as recaídas, principalmente quando interrompido o tratamento. Uma das hipóteses, relatada em 1994, mostra que os antidepressivos causariam modificações tão profundas no sistema de neurotransmissão, que causaria um funcionamento anormal do cérebro, como explica:

[...] essas drogas perturbam os sistemas neurotransmissores no cérebro. Isto leva a “processos [compensatórios] que se opõem aos efeitos agudos iniciais de um medicamento (...) Quando termina o tratamento medicamentoso, esses processos podem funcionar sem oposição, o que resulta no aparecimento de sintomas de abstinência e uma vulnerabilidade maior a recaídas (WHITAKER apud FAVA; 2017, p. 169).

Mesmo com a presença dessa e de muitos outros estudos que apontavam para o caráter iatrogênico dos antidepressivos, a estratégia da psiquiatria foi reavaliar os estudos que apontavam um prognóstico positivos para a depressão e apontar erros metodológicos que mostrassem que esses não poderiam ser válidos e que o curso natural da depressão é a cronicidade (WHITAKER, 2017).

Trazendo essa questão para o Brasil, mais precisamente para Pesquisa Nacional de Saúde, cabe destacar o discurso em contraposição com a prática. Um dos resultados que mais chama atenção é que 73,4% dos entrevistados alegou não ir mais ao médico mesmo com o diagnóstico de depressão por não estar mais deprimido. A cronicidade da depressão estaria ligada ao processo de medicalização da depressão do que a um aspecto intrínseco a depressão.

8.2. A depressão e o processo de medicalização: consequências da hegemonia do discurso biomédico

Segundo Henriques (2012) o termo medicalização aparece na década de 50 para designar a função de controle social da medicina. Ao longo da década de 60 e 70, quando a crítica a medicina e a psiquiatria ganha ênfase das ciências sociais o termo passa a ser mais abordado, principalmente pelo movimento de antipsiquiatria, com Cooper e Szasz. Pode-se conceituar medicalização da vida como um conjunto de ações da medicina sob a sociedade, cuja principal característica é a extensão da autoridade médica e de suas práticas a uma quantidade crescente de atividades sociais. As consequências desse fenômeno constituem num processo de patologização condições, de comportamentos e de problemas sociais que antes não eram passíveis de tratamento ou que pertenciam a existência humana ou a esfera religiosa. Em seu artigo, Henriques (2012, p. 801) mostra que uma das consequências da medicalização é a “ideologia ou moralidade da saúde”, que estabelece comportamentos saudáveis e a busca do corpo e da mente perfeitas como certo e condenam e patologizam como errado o que não é considerável saudável, como por exemplo a obesidade, o uso de drogas lícitas.

No que diz respeito a saúde mental a depressão é um dos principais focos do processo de medicalização, com a propagação, principalmente pela mídia, da chamada “epidemia de depressão”. Para Machado e Ferreira (2014) a epidemia de depressão é, além de uma das consequências do processo de patologização de sentimentos como a tristeza, o estresse e perda, também fruto da aliança bem sucedida entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, que viu na depressão a possibilidade de um mercado rentável, o que se revelou verdadeiro, já que a indústria farmacêutica é a segunda indústria mais rentável do mundo e as drogas psiquiátricas figuram entre os remédios mais prescritos e comercializados.

O alcance da medicalização da depressão tem relação com um processo de construção da depressão como doença e da figura da pessoa deprimida como identidade e ambos contam com por ações em que se articulam esferas econômicas, políticas, sociais, junto a interesses corporativos e a ação da publicidade e da mídia. A nível econômico e político encontra-se a indústria farmacêutica que age em diferentes frentes, na produção de remédios e na construção de consumidores para esse, o que acontece a partir de alianças políticas e econômicas. Diferentes estudos mostram que os grandes laboratórios farmacêuticos financiam pesquisas do seu interesse sobre a depressão, patrocinando psiquiatras renomados a estudos clínicos de universidades. Esses autores legitimam, a partir do discurso científico, os interesses da indústria farmacêutica, que assim consegue inserir no mercado seus medicamentos.

Machado e Ferreira enfatizam na seguinte citação que essas alianças não funcionam de forma arbitrária: “Isso não significa que os pesquisadores tenham defendido um discurso do qual não eram adeptos, ou que o laboratório os corrompeu, mas apenas que [...] forneceu-lhes os meios financeiros para defender a tese (MACHADO & FERREIRA; 2014, p. 139).” Ou seja, existe um interesse de ambas as partes e a indústria apenas incentiva as pesquisas que venham a atender o seu interesse. Politicamente os autores destacam o papel de organizações internacionais fundamentais na divulgação de conhecimento científico em saúde e que também se encontra intimamente ligada a economia, como a OMS, cujo discurso influencia países do mundo inteiro. Essas organizações têm ações contraditórias, ao mesmo tempo que anunciam em suas publicações dados alarmantes sobre o crescimento desenfreado da depressão, trabalham unidas com o reducionismo do diagnóstico da depressão, fornecendo capacitações e formas de detectar e diagnosticar a depressão em menos de vinte minutos. Temos ainda como veículos que trazem os conhecimentos científicos para a esfera cotidiana: a publicidade dos remédios nos grandes congressos e entre os profissionais de saúde e a mídia que propagam os discursos desejados pela psiquiatria e pela indústria farmacêutica a partir de reportagens e de campanha de sensibilização, que incentivam a identificação.

Assim, temos o processo de medicalização da depressão transformando subjetividades. Entre as pessoas que já receberam o diagnóstico e convivem com a depressão, cria-se a ideia de pertencimento a um grupo, a um quadro, que explicaria os motivos para tamanho sofrimento, o que para muitos é um fator apaziguador, enquanto que para outros funciona aprisionamento: a depressão, propagada como uma doença sem cura, é a sentença de estar sempre preso a um rótulo. Por outro lado, entre as pessoas que não estão, muitas reportagens são o gatilho para a identificação e o autodiagnóstico. Não só nos identificamos, como identificamos nos outros sintomas depressivos, o que propulsionam a busca por atendimento medicamentoso, fazendo movimentar uma máquina produtora de adoecimento.

9. CONCLUSÃO

Ao longo desse trabalho destacamos a importância do processo de construção de conhecimento a partir de dados, informação e as chamadas “evidências científicas”. Eles permeiam as pesquisas, os discursos que guiam a construção das demandas e a sua vez das questões que irão a constituir novas pesquisa. Sem romper o paradigma dominante, sem

questionamentos, não será possível pensar em novas perspectivas da informação nos próximos Inquéritos de Saúde.

Destacamos também que os resultados dos Inquéritos de Saúde, fazem parte de uma rede de conhecimento. Diante disso observa-se que as estatísticas, resultados dessas pesquisas, produzem um impacto na vida acadêmica e na cotidiana, seja pelos trabalhos acadêmicos baseados nos inquéritos, seja através da mídia que “traduz” essas informações para a população, seja o profissional que é orientado por esses inquéritos ou pela orientação discursiva dele.

Nas questões de Saúde Mental dos Inquéritos de Saúde analisados, a PNAD e a PNS observa-se que somente a partir de 1998 a Saúde Mental passou a ser abordada nos Inquéritos, com predomínio do discurso biomédico na formulação das questões, e conseqüentemente na produção de informação em saúde mental, que podem ser percebidas a partir da abordagem da depressão como doença mental e crônica, do uso de instrumentos de diagnóstico de depressão – como o PHQ-9 – intimamente ligado ao DSM, onde o diagnóstico da depressão é feito a partir da contagem de sintomas e sem considerar os aspectos sociais que podem desencadear tristeza no período de duas semanas. Além disso, percebe-se que a abordagem biomédica invisibiliza e silencia outros discursos, outras visões do sofrimento psíquico, e outras formas de terapêuticas que contradizem esse discurso, ou tentam utiliza-lo de forma crítica, como à Atenção Psicossocial, modelo da Política de Saúde Mental e que tem como fundamento a crítica ao modelo biomédico (AMARANTE, 2013). Observa-se na PNS que única menção a um dispositivo da Atenção Psicossocial se resume a uma opção de resposta em uma questão que trata da busca por atendimento.

Outras abordagens, como a psicoterapia, a psicanálise ou propostas como o “open dialogue” da Finlândia, cujo tratamento é baseado no acolhimento da pessoa em crise, sem o uso prioritário de medicamentos, que utilizado como uma exceção, e sem diagnosticar. O foco da terapêutica é o diálogo entre profissionais, o sujeito seus familiares e outras pessoas com laços pessoas com o sujeito em sofrimento (WHITAKER,2017). A práticas de medicina e as terapêuticas alternativas, também são invisibilizadas com a prevalência do discurso biomédico na saúde mental.

A manutenção de modos medicalizantes e de compreender e enfrentar a depressão, que se perpetuam a partir de pesquisas, da conduta dos profissionais de saúde, e da mídia, que influenciam nosso olhar sob a depressão e contribuem para o processo de medicalização da existência. Segundo esse processo envolve aspectos políticos, a partir das instituições como a OMS que fortalecem esse discurso; econômicos, observado no interesse da indústria farmacêutica em perpetuar e fazer crescer seu mercado; midiático e publicitário, tanto pela

publicidade realizada pela indústria farmacêutica de seus remédios em consultórios quanto campanhas de sensibilização, quanto a participação da mídia em divulgar as informações sobre a depressão, tanto de origem científicas como relatos de vida (MACHADO & FERREIRA, 2014).

Outro aspecto do processo de medicalização seria pessoal, e envolveria tendência dos sujeitos a se autodiagnosticarem e se identificar com o diagnóstico, contribuindo para a inflação dos mesmos e com o processo de medicalização da vida. Percebe-se aqui que a produção de conhecimento, apresentada em forma de um fluxo na figura 2 fica perceptível aqui, toda a produção de informação, de dados estatísticos afeta efetivamente o cotidiano e a subjetividade das pessoas (MACHADO & FERREIRA, 2014).

Diante disso caber retomar a proposta da OMS de falar sobre depressão. Precisamos sim falar dela, no sentido de esclarecer suas transformações ao longo das décadas de modo a tornar o seu diagnóstico cada vez mais abrangente, de como funciona a indústria farmacêutica, de possibilidades de lidar com o sofrimento que não seja apenas de forma medicamentosa de forma a permitir as pessoas diagnosticadas e aos profissionais de saúde outras alternativas para enxergar a depressão e desse modo, refletir sobre formas de lidar com ela dentro das possibilidades do acesso a saúde no Brasil.

10. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders: DSM-I**. 1a Ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1952.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders: DSM-II**. 2a Ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1968.

_____. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III**. 3a Ed. rev. São Paulo, SP: Manole, 1980.

_____. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-IV**. 4a Ed. rev. São Paulo, SP: Manole, 2000.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V**. 5a. Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

BAPTISTA, T. W. de. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARROS, J. A.; Sobre a noção de Paradigma e seu uso nas ciências humanas. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 11, n. 98, p. 426-444, 2010.

BARROS, M. B. de. A.; Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 6-19, 2008.

BARROS, M. B. de. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde? / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 20 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão)

CÂMARA, F.P. A catástrofe de Kraepelin. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, n. 2, p. 307-318, 2007.

CÂMARA, F.P.; A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, n. 4, p. 677-684, 2007.

CANDIOTTO, C.; A governamentalidade política no pensamento de Foucault. **Filosofia Unisinos**, v. 11, n. 1, 2010.

CAMARGO, A. de. P. R.; Sociologia das estatísticas: possibilidades de um novo campo de investigação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 4, 2009.

CORREIA, M.B.F. **A Comunicação de Dados Estatísticos por intermédio de Infográficos: Uma Abordagem Ergonômica**. 2009. 120f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

DESROISIERES, A. Do singular ao geral: a informação estatística e a construção do Estado. In: **CONFERÊNCIA INFORMAÇÃO PARA UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA**. 1996.

DUNKER, C.I.L; KYRILLOS N. F. A crítica psicanalítica do DSM-IV-breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, 2011.

DURKHEIM, E. O que é fato social. **As regras do método sociológico**, v. 6, 1978.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador 2**. Zahar, 1993.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, n. 18, 2010.

- FOUCAULT, M. et al. Nascimento da medicina social. **Microfísica do poder**, v. 8, p. 1-14, 2015.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P.; **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- GONÇALVES, C.A.V.; MACHADO, A.L.; Depressão, o mal do século: de que século?. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 298-304, 2007.
- GOMES, D. C. A.; RAMOS, J. R. A cidade e a vida nervosa: O imaginário sobre as doenças mentais na Folha de S. Paulo. *Sessões do Imaginário*. v.21. n. 36. P.-126-134. 2016
- GRACIOSO, L.de.S. et al. Disseminação de informações estatísticas no Brasil: práticas e políticas das agências estaduais de estatística. **Ciência da informação**, 2003.
- HENRIQUES, R.P; A Medicalização da Existência e o Descentramento do Sujeito na Atualidade. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, v. 12, n. 3-4, 2012.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.; DE MELLO FRANCO, Francisco Manoel. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. 2001.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181p.
- JANUZZI, P.de.M. *Indicadores Sociais no Brasil*. São Paulo: Alínea, 2009.
- JANNUZZI, P.de.; GRACIOSO, L. de. S.; Produção e disseminação da informação estatística: agências estaduais no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v. 16, n. 3, p. 91-103, 2002.
- LIMA, A.F.de. et al.; O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais/The Diagnosis Of Depression Along The Five Editions Of DSM. **Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)**, v. 12, n. 1, p. 182-199, 2014.
- MACHADO, L.V.; FERREIRA, R.R. A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E PSICANÁLISE DIANTE DA “EPIDEMIA DE DEPRESSÃO”: RESPOSTAS POSSÍVEIS. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 1, 2014.
- MALTA, D. C et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.
- MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde; do controle de epidemias à luta pela hegemonia The world health organization; from controlling epidemics to struggling for hegemony. *Trabalho*, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.
- MARTIN, Olivier. Da estatística política à sociologia estatística. Desenvolvimento e transformações da análise estatística da sociedade (séculos XVII-XIX). **Revista brasileira de História**, v. 21, n. 41, p. 13-34, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2001.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Kraepelin e a criação do conceito de “Demência Precoce”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, n. 4, p. 126-129, 2001.

- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel and the question of degeneration. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 11, n. 3, p. 490-496, 2008.
- PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação. **Contextualização**, 2010. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=contexto>
- PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação. **Referencial Teórico**, 2010. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=referencialteorico>
- PNAD: um registro histórico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 1967-2015 / IBGE, Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- PORTO, J. A. del.; Depressão: Conceito e Diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatria**. v. 21, mai. 1999.
- SOARES, G.B; CAPONI, S.; Depressão em pauta: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 437-446, 2011.
- SANTOS, H.; Da objetividade a objetivação: conceitos, categorias e significados (uma análise da produção estatística no Brasil). **Estatística e Sociedade**, n. 2, 2012.
- SANTOS, I.S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1533-1543, 2013.
- SARAIVA, A.G. Desafios da comunicação de estatísticas públicas para o fortalecimento da cidadania das minorias. **Comunicação & Informação**, v. 18, n. 1, p. 174-191.
- SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. 2011.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007.
- SENRA, Nelson et al. **História das estatísticas brasileiras**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística--IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2006.
- SENRA, Nelson. **O saber e o poder das estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os Estados nacionais e com as ciências**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2005.
- SENRA, N. Pesquisa histórica das estatísticas: temas e fontes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 2, 2008.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.
- STOPA, S.R. et al. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.
- SOALHEIRO, N. I.; MOTA, F. S. Medicalização da vida: Doença, Transtornos e Saúde Mental / Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. **Revista Polis e Psique**, v. 4, n. 2, p. 65–85, 2014.

- SUPRINYAK, C. E. A economia política da população: poder e demografia no pensamento econômico britânico do século XVII. **Economia e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 383-402, 2008.
- SZWARCWALD, C.L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 333-342, 2014.
- SZWARCWALD, C. L. THEME-FILHA, M. M.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. de. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S43-S53, 2005.
- TAVARES, B. F. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v.29, n. 8, p. 1533–1543,ago. 2013.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 98-112, 2008.
- United Nations Human Rights.**Special Rappourteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standart of physical and Mental health.** 7 de Abril. 2017.Disponível em : www.ohchr.org
- Organização Mundial de Saúde (OMS)/ Organização Pan-Americana da Saúde. **Tema do dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS.** Disponível em: www.paho.org . Acesso em: 14 de junho.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). **Saúde Mental : nova concepção, nova esperança.** In. **Relatório Mundial de Saúde 2001.**1.ª edição, Lisboa, abr.2002.
- Organização Mundial de Saúde (OMS)/ Organização Pan-Americana da Saúde. **Tema do dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS.** Disponível em: www.paho.org . Acesso em: 14 de junho.
- WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental.** Rio de Janeiro: Fiocruz 2017.

ANEXO I
ALGUMAS IMAGENS SOBRE
“SAÚDE MENTAL” E DEPRESSÃO
NA MÍDIA

Aproximadamente 8.820.000 resultados (0,67 segundos)

Depressão: sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento | Saúde é ...

<https://saude.abril.com.br/.../depressao-sintomas-diagnostico-prevencao-e-tratamento/>
 28 de mar de 2018 - Considerada o "mal do século" pela Organização Mundial da Saúde, a depressão ainda é um desafio para médicos e pacientes. Conheça seus detalhes.

Depressão: o que é, sintomas, tratamento, remédios, tem cura?

<https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-...>
 ★★★★★ Avaliação: 5 - 15 votos
 29 de jun de 2017 - Muito se fala em depressão na sociedade atual, porém, muitas vezes, de forma errônea. Estima-se que cerca de 16% da população já sofreu de depressão ao menos uma vez na vida. Descubra aqui tudo sobre a depressão: o que é, causas, sintomas, tratamentos, remédios mais utilizados e se a doença...

13 Sintomas de Depressão que você precisa conhecer - Vittude

<https://www.vittude.com/blog/13-sintomas-de-depressao/>
 4 de jul de 2017 - Depressão (transtorno depressivo maior ou depressão clínica) é um transtorno de humor comum, porém grave. Os sintomas de depressão afetam a maneira como você se sente, pensa e lida com atividades diárias, como dormir, comer ou trabalhar. Os sintomas de depressão devem estar presentes por ...

Principais notícias



Depressão altera cérebro ao longo dos anos, dizem estudos

iBahia



Homens sentem vergonha de procurar ajuda em casos de depressão

Extra Online



Imersão no trabalho, desleixo e mais: sinais ocultos da depressão

MdeMulher

6 horas atrás

Depressão
Também chamada de: Transtorno depressivo maior

SOBRE SINTOMAS TRATAMENTOS

Alterações na atividade do circuito neural podem ser uma causa

Distúrbio mental caracterizado por depressão persistente ou perda de interesse em atividades, prejudicando significativamente o dia a dia.

Muito comum
Casos por ano: mais de 2 milhões (Brasil)

- O tratamento é feito com auxílio médico
- Médio prazo: resolve-se em questão de meses
- Requer um diagnóstico médico
- Não requer exames laboratoriais ou de imagem

As causas possíveis incluem uma combinação de origens biológicas, psicológicas e sociais de angústia. Cada vez mais, as pesquisas sugerem que esses fatores podem causar mudanças na função cerebral, incluindo alteração

Seguro | https://www.noticiasominuto.com.br/fama/577725/conheca-os-famosos-que-sofrem-de-transtorno-bipolar

Apps Chamadas públicas SISAP-Idoso Estrutura demográfica pesquisa.bvsalud.org Saúde da Pessoa Idosa Messenger

FAMA A O MINUTO

ÚLTIMA HORA POLÍTICA ECONOMIA ESPORTE **FAMA E TV** BRASIL MUNDO JUSTIÇA CULTURA TECH

Conheça os famosos que sofrem de transtorno bipolar

A doença é caracterizada por constantes mudanças de humor e foi diagnosticada nestas celebridades



Sabia que esses famosos são bipolares? - A bipolaridade ou transtorno bipolar é uma doença psiquiátrica caracterizada por variações acentuadas do humor, que se podem refletir em depressão, agressividade, irritabilidade e noutras ocasiões em euforia, empolgação e impulsividades excessivas. A dual personalidade foi diagnosticada em algumas celebridades que sofrem com a bipolaridade ao longo da sua vida e tiveram inclusive de recorrer a clínicas ou tomar medicação. Aqui apresentamos as histórias dos famosos que admitiram sofrer desta doença e /ou ainda lutam para ultrapassá-la! Confira agora!

© All Rights Reserved / Getty Images / Creative Commons

HÁ 7 HORAS POR NOTÍCIAS A O MINUTO

FAMA SAÚDE

Partilhar esta notícia

Twitter Facebook

A bipolaridade é uma doença psiquiátrica caracterizada por variações acentuadas do humor que vão desde a depressão à euforia. Algumas celebridades sofrem deste transtorno mental e algumas tiveram de recorrer a especialistas para se medicarem. Aqui apresentamos as histórias dos famosos que admitiram sofrer desta doença e /ou ainda lutam para ultrapassá-la! Confira agora!

Aguardando ad.xsp.smartclip.net...

Seguro | https://www.metropoles.com/vida-e-estilo/celebridades/mariah-carey-revela-ter-transtorno-bipolar

Apps Chamadas públicas SISAP-Idoso Estrutura demográfica pesquisa.bvsalud.org Saúde da Pessoa Idosa Messenger

METRÓPOLES

TRÂNSITO AGORA

Pesquisar

DF CONCURSOS & EMPREGOS ENTRETENIMENTO GASTRONOMIA VIDA & ESTILO SAÍDA SÉRIE BRASIL MUNDO ESPORTES COLUNAS E BLOGS

Mariah Carey revela ter transtorno bipolar

A cantora recebeu o diagnóstico há 17 anos, mas, no início, relutou em aceitar



CELEBRIDADES

PASCAL LE SECRETAIN/GETTY IMAGES

Anúncio fechado por Google

BEM-ESTAR, MEDICINA

Depressão: sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento

Considerada o "mal do século" pela Organização Mundial da Saúde, a depressão ainda é um desafio para médicos e pacientes. Conheça seus detalhes

Por **Goretti Tenorio**

© 28 mar 2018, 16h04 - Publicado em 29 abr 2017, 14h30



OMS divulgou relatório com dados alarmantes sobre a depressão e ansiedade (Ilustração: Pedro Hamdan/SAÚDE é Vital)

A **depressão** é caracterizada pela perda ou diminuição de interesse e prazer pela vida, gerando angústia e prostração, algumas vezes sem um motivo evidente. **Michael Phelps**, por exemplo, revelou sofrer demais com o problema após as Olimpíadas de 2012, quando ganhou seis de suas 28 medalhas olímpicas. Hoje, a depressão é considerada a quarta principal causa de incapacitação, segundo a **Organização Mundial da Saúde**.

Todas Imagens **Notícias** Vídeos Shopping Mais Configurações Ferramentas

Aproximadamente 28 resultados (0,19 segundos)

Você quis dizer: **psn** depressao mental



Mais de onze milhões de brasileiros têm **depressão**

Porta da Saúde - 9 de abr de 2017

São mais de onze milhões de brasileiros diagnosticados com a doença, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). ... A **depressão** representa quase um quarto (23%) dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental no Sistema Único de Saúde. A principal porta de ...



Antidepressivos funcionam, segundo o maior estudo sobre sua ...

EL PAÍS Brasil - 26 de fev de 2018

Uma equipe internacional de cientistas que analisou centenas de testes clínicos das 21 drogas antidepressivas mais comuns concluiu que todas elas são mais eficazes na redução dos sintomas da **depressão** severa do que um placebo. Os pesquisadores afirmam que esses resultados, publicados na ...



Bahia tem alto índice de pessoas com **depressão**, aponta IBGE

Correio da Bahia - 14 de dez de 2014

O impacto da enfermidade **mental** na qualidade de vida dos baianos foi divulgado na última semana, durante o lançamento dos resultados da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da ...

Dormir se tornou um luxo para boa parte da população

Pesquisa recente aponta que 73 milhões de brasileiros têm dificuldades para ter uma noite saudável de sono

por Otávio Augusto
25/07/2017 12:11

FACEBOOK GOOGLE+ TWITTER



Maria Eduarda Bueno, de 22 anos, toma remédio há um ano, mas não gosta: "Só uso quando estou no meu limite" (foto: Minervino Junior/CB/D.A Press)

Muita gente perde o sono pensando nele. Mas, com insônia ou sem ela, dormir é um ato necessário ao organismo e intimamente ligado às condições emocionais e de estilo de vida. Há quem durma três horas e se sinta satisfeito. Os jovens boêmios acham que é perda de tempo. Os que têm poucas horas querem mais cinco minutos todas as manhãs. E existem aqueles que não dormem. O sono voltou aos holofotes nas últimas semanas com a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para a produção e comercialização de um novo medicamento para insônia no Brasil. Dias antes, a Associação