



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Thayana Adrien Neves Pastori

Depressão: uma epidemia?

Rio de Janeiro
2020

Thayana Adrien Neves Pastori

Depressão: uma epidemia?

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Sociedade Violência e Saúde.

Orientadores: Prof. Dr. Luis David Castiel

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Danielle Ribeiro de Moraes

Rio de Janeiro
2020

Título do trabalho em inglês: Depression: an epidemic?

Catlogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

P293d Pastori, Thayana Adrien Neves.
Depressão: uma epidemia? / Thayana Adrien Neves Pastori. -- 2020.
111 f. : il. color. ; tab.

Orientador: Luis David Castiel.
Coorientadora: Danielle Ribeiro de Moraes.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Depressão. 2. Epidemias. 3. Saúde. 4. Estresse Psicológico. 5.
Medicalização. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.8527

Thayana Adrien Neves Pastori

Depressão: uma epidemia?

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Sociedade Violência e Saúde.

Aprovada em: 13/07/2020.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Camila Furlanetti Borges

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,

Prof^a. Dr^a. Lilian Miranda

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a. Dr^a. Danielle Ribeiro de Moraes (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Luis David Castiel (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2020

A todos que dividem e dividiram comigo suas dores de existir.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer por todo apoio, suporte e amor que recebi durante estes dois anos. Agradeço à fonte criadora, aos meus guias espirituais e aos meus familiares: meus pais, irmã, cunhado, sobrinhos, avós, tias, primas e, em memória, ao meu avô Mauro.

Aos meus “filhotes” amados que estiveram sempre comigo em dias de choro e luta: Pituca, Nino, Tutti, Donna Maria, Preta e, em memória, minha Lupita.

À Fiocruz e à ENSP por me acolherem e oferecerem as melhores pessoas para caminharem ao meu lado.

Aos meus amigos e companheiros de turma; em especial, Higor, Ju, Priscila e Isabelle.

Aos meus amigos da vida que me acompanham de perto e de longe.

Aos meus mestres e amigos da UnB, UFRJ e PUC-rio.

Aos meus queridos orientadores, Castiel e Dani, por abraçarem a mim e ao meu trabalho de maneira incrivelmente afetuosa e singular.



Gatos: Nino (tigrado mais escuro) e Pituca. Cachorras: Donna Maria (marrom) e Tutti.

Starry, Starry Night

Don McLean

Starry, starry night
Paint your palette blue and gray
Look out on a summer's day
With eyes that know the darkness in my soul

Shadows on the hills
Sketch the trees and the daffodils
Catch the breeze and the winter chills
In colors on the snowy linen land

Now I understand
What you tried to say to me
And how you suffered for your sanity And
how you tried to set them free

They would not listen, they did not know how
Perhaps they'll listen now

Starry, starry night
Flaming flowers that brightly blaze
Swirling clouds in violet haze
Reflect in Vincent's eyes of china blue

Colors changing hue
Morning fields of amber grain
Weathered faces lined in pain
Are soothed beneath the artist's loving hand

Now I understand
What you tried to say to me
And how you suffered for your sanity And
how you tried to set them free

They would not listen, they did not know how
Perhaps they'll listen now

For they could not love you
But still your love was true
And when no hope was left in sight On
that starry, starry night

You took your life, as lovers often do
But I could've told you Vincent
This world was never meant for
One as beautiful as you

Starry, starry night
Portraits hung in empty halls
Frame-less heads on nameless walls
With eyes that watch the world and can't forget

Like the strangers that you've met
The ragged men in ragged clothes
The silver thorn of bloody rose
Lie crushed and broken on the virgin snow

Now I think I know
What you tried to say to me
And how you suffered for your sanity
And how you tried to set them free

They would not listen, they're not listening still
Perhaps they never will



The Starry Night, Vincent Van Gogh, 1889.

RESUMO

A depressão tem ganhado grande atenção e sido tema de discussões na área da saúde nos últimos anos. Veículos de comunicação divulgam números de diagnósticos de depressão crescentes na última década. Os registros epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde notificam que 5,8% da população brasileira apresenta o diagnóstico de depressão, dado que coloca o país na segunda posição no continente americano no que diz respeito a número de deprimidos. De acordo com o Ministério da Saúde, ancorado na Associação Americana de Psiquiatria, a depressão é um transtorno mental com variações em termos de características predominantes, duração e intensidade. Este trabalho visou problematizar a suposta epidemia de depressão presente no Brasil e no mundo, analisando os principais aspectos envolvidos de acordo com a literatura existente sobre o tema. Trata-se de um fenômeno complexo e multifacetado que é atravessado por dinâmicas de forças políticas, econômicas, sociais e históricas, considerando a afirmação da psiquiatria biológica, a ascensão da indústria farmacêutica, o domínio do discurso biomédico e os imperativos sociais disseminados nos dias de hoje. Foi constatado que a forma como a depressão é encarada e identificada está intimamente ligada à cultura vigente, o que gera impactos decisivos nas práticas de cuidado. A concepção de saúde mental está sendo cada vez mais vinculada à ótica biológica em detrimento da contextual. A ampliação das categorias diagnósticas e seu patamar de verdade absoluta comprometem as possibilidades de vida que não sejam patologizadas e medicalizadas. Perde-se então as nuances que envolvem o sofrimento psíquico como parte da existência, acentuado pela ordem atual de exposição nas mídias e parâmetros de produtividade, consumo e performance que estimulam a competição e a individualidade, podendo produzir subjetividades esvaziadas e solitárias. Por conseguinte, a responsabilização dos indivíduos pela manutenção de sua própria saúde ausenta o Estado e as condições sociais como parte do processo saúde e doença. Portanto, a ideia de epidemia associada à depressão pode promover a homogeneização do que é, na verdade, individual e singular, e reduzir a complexidade do sofrimento psíquico a uma categorização patológica.

Palavras-chave: Depressão, Epidemia, Saúde, Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

Depression has gained more and more attention and been the subject of discussions in the health field in recent years, and media outlets report a growing number of depression diagnoses in the past decade. The epidemiological records of the World Health Organization report that 5.8% of the Brazilian population present depression diagnosis, placing the country second in the Americas in terms of numbers of depressed people. According to the Ministry of Health and the American Psychiatric Association, depression is a mental disorder with variations in terms of predominant characteristics, duration, and intensity. This study focused on problematizing the supposed depression epidemic by analyzing its main aspects according to the existing literature. It is a complex and multifaceted phenomenon that is traversed by political, economic, social, and historical dynamics that must be considered, such as the affirmation of biological psychiatry, the rise of the pharmaceutical industry, the domain of biomedical discourse and the social imperatives disseminated nowadays. It was found that the way depression is viewed and identified is closely linked to the current culture, which generates decisive impacts on care practices. The concept of mental health is increasingly associated with the biological perspective at the expense of the contextual one. The diagnostic categories expansion and its level of absolute truth compromise life possibilities that are not pathologized and medicalized. This results in the loss of nuances that involve psychological suffering as part of existence, marked by current exposure in social media and parameters of productivity, consumption, and performance that stimulate competition and individuality and can produce empty and lonely subjectivities. Consequently, the responsibility of individuals for maintaining their health is absent from the State and social conditions as part of the health and disease process. Therefore, the idea of an epidemic associated to depression can promote the homogenization of what is unique and individual and reduce the complexity of psychological suffering to a pathological categorization.

Keywords: Depression, Epidemic, Health, Psychological Suffering.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- QUADRO 1: Classificações diagnósticas para Transtornos Depressivos DSM-V.
Fonte: Associação Americana de Psiquiatria, 2013.....37
- QUADRO 2: Distribuição de documentos de acordo com categoria, frequência e especificações.
Fonte: documentos resultantes das buscas nas bases de dados: BVS, Scopus, Pubmed, Web of Science, PsychInfo, Sociological Abstracts de acordo com os descritores: Depressão e Epidemia e com os filtros: continente americano e última década (2009-2019).....58
- QUADRO 3: Distribuição dos documentos de acordo com título, formato, revista, autores, ano e país de publicação.
Fonte: documentos resultantes das buscas nas bases de dados: BVS, Scopus, Pubmed, Web of Science, PsychInfo, Sociological Abstracts de acordo com os descritores: Depressão e Epidemia e com os filtros: continente americano e última década (2009-2019).....60
- QUADRO 4: Ficha de análise para os documentos relativos ao eixo Depressão e Epidemia
Fonte: as questões foram desenvolvidas de acordo com os objetivos iniciais da dissertação.....63

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1: Prevalência dos transtornos depressivos nos países americanos.
Fonte: Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health
Estimates. Report 2017.....17
- TABELA 2: Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão na população
brasileira de adultos (≥ 18 anos), segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele,
nível de escolaridade, local de residência e grandes regiões. Pesquisa Nacional
de Saúde, 2013. Fonte: STOPA, S. R., MALTA, D.C., OLIVEIRA, M. M.
Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.....22
- TABELA 3: Número de categorias diagnósticas das edições do DSM.
Fonte: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders DSM I- IV (1952, 1968, 1980, 1987 Washington, DC) (Mayes,
Horwitz, 2005).....46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPZ	Clorpromazina
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HUCFF	Hospital Universitário Clamentino Fraga Filho
IPUB	Instituto de Psiquiatria
IMAO	Inibidor da MonoAminOxidase
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
MhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PUC-rio	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
UnB	Universidade de Brasília
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	DA BILE NEGRA AO DSM.....	27
3	DIAGNOSTICANDO O MAL ESTAR.....	34
3.1	UMA EPIDEMIA?.....	38
4	O PODER DA VIDA.....	41
4.1	MEDICALIZAÇÃO.....	43
5	SOCIEDADE INDIVIDUALIZADA E SUAS PRODUÇÕES SUBJETIVAS.....	48
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
7	RESULTADOS.....	63
8	DISCUSSÃO.....	76
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
10	QUESTÕES ÉTICAS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	88
	ANEXO A.....	97
	ANEXO B.....	100
	ANEXO C.....	102
	ANEXO D.....	105

1 INTRODUÇÃO

Não, agora nunca mais diria, de ninguém neste mundo, que eram isto ou aquilo. Sentia-se muito jovem; e, ao mesmo tempo, indizivelmente velha. Passava como uma navalha através de tudo; e ao mesmo tempo ficava de fora, olhando. Tinha a perpétua sensação, enquanto olhava os carros, de estar fora, longe e sozinha no meio do mar; sempre sentira que era muito, muito perigoso viver, por um só dia que fosse. Não que se julgasse inteligente, ou muito fora da comum. Nem podia saber como tinha atravessado a vida com os poucos dedos de conhecimento que lhe dera. (WOOLF, 1980, p 13).

Os registros de sofrimento da escritora inglesa Virginia Woolf que, em março de 1941 cometeu suicídio, ou os do pintor Van Gogh, que também tirou a própria vida em julho de 1890, nos conduzem a reflexões a respeito da produção artística em meio à dor de existir. Uma dor comum e singular, pequena e imensa, constante e aguda, mas que pode nos acompanhar durante a vida e nos impulsionar a escrever, inclusive, uma dissertação de mestrado.

Era uma manhã. Fevereiro de 2010. Às vésperas de uma viagem de um carnaval jovem e animado, eu não conseguia sair da cama. Nomearei como *crises de angústia* algo que sempre me acompanhou, mas de maneira esporádica. Nada me fazia entender exatamente o que se passava comigo, uma jovem nervosa e tímida. Era algo dentro de mim que foi ganhando força ao longo dos anos. Tenho a lembrança de viver um relacionamento conturbado e em 2007 e ter me visto como uma “caveira” no espelho. Não comia. Era só desamparo. Foi em 2010 comecei a tomar Paroxetina, receitada por uma ginecologista amiga. Dez quilos depois, com incapacidade de chorar e sentir as coisas e apenas vontade de devorar o mundo de maneira desenfreada, passei a usar a Fluoxetina. Um tempo depois, retirei a medicação acompanhada de uma psiquiatra. A ansiedade tinha ido embora junto com qualquer direção na vida de recém formada.

Após dois anos, as crises retornaram. Medos, mudança de cidade, novo relacionamento; e lá estava eu desmoronando outra vez. Mas agora era diferente: eu não queria mais tomar remédio e não me adaptava a nenhum – foram tentativas com Escitalopram, Bupropiona, Clonazepam e Desvenlafaxina, com a qual vivenciei uma crise que parecia uma experiência de quase morte. Decidi então “segurar a onda” apenas com análise. Mais dois anos se passaram. Em 2016, havia terminado a residência e caí na escuridão da sensação de inutilidade, incapacidade, vazio e, pela primeira vez, vontade de morrer. Era como se ela me abraçasse todos os dias, todas as horas, e nada pudesse me tirar dali. Minha vida não valia mais, as tristezas e injustiças do mundo eram aniquiladoras. Violências, guerras, sofrimentos de animais eram

sentidos como se meu peito pudesse abrir e eu fosse destruída pouco a pouco. Não queria estar perto de ninguém, me sentia incompreendida e com vergonha. O desespero tomou conta e cheguei em outra psiquiatra. Ela disse que somente uma sobreviveria: eu ou as minhas “causas”. Eu não poderia mudar as pessoas. Eu não acabaria com as injustiças do mundo, com a fome, com a miséria, com a crueldade. Eu não poderia salvar todos animais e muito menos a mim mesma.

E para apagar todas essas dores? Lá estava eu novamente: Agomelatina, Duloxetina, Escitalopram, Venlafaxina e Bupropiona. Além disso, comecei a ter muitos problemas de insônia. Meu sono, antes meu aliado, passou a ser meu inimigo. Fui introduzindo o Clonazepam para dormir até me sentir completamente dependente. Junto com a dependência vieram os sintomas adversos. Ganho de peso, muito suor, tremores, dores de cabeça, sonhos muito intensos e perturbadores... E a sensação de que nunca mais tinha sido e nunca mais seria a mesma. Haja análise! É claro que, ao longo destes quase dez anos, amadureci e comecei a estudar e pensar sobre o uso dos psicofármacos. Durante a faculdade tinha bastante preconceito, depois entendi que para a minha sobrevivência eu deveria aceitar e pensar que estava tratando uma doença como qualquer outra. Mas não. Não era e não é como qualquer outra. Na verdade, ainda não sei se o meu mal-estar tem um nome e um número. Não sei se os remédios de fato me ajudaram ou foram outros mecanismos dentro de mim. Mas sei que meus processos de autoconhecimento, de tentar entender tudo o que aconteceu comigo e da aceitação de quem eu sou, por mais árduo e intenso que sejam, estão intimamente ligados à minha potência de vida atual.

Apesar de arriscado e desafiador, optei por iniciar esta dissertação de uma maneira bastante particular para contextualizar a minha relação com meu objeto de estudo. Ter vivenciado algo próximo do tema abordado me permitiu estar aqui produzindo e dando sentido ao meu caminho enquanto sujeito, psicóloga e pesquisadora.

O percurso até aqui é atravessado por diversas questões, mas que, uma vez inserida no mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP na Fiocruz, assumem uma forma muito influenciada pelas características da instituição e do próprio meio acadêmico. E, quando acreditei que sabia onde encontrar as respostas para minhas reflexões, houve transformações das perguntas de acordo com o contato com as disciplinas, com a atual

conjuntura que o país atravessa e, sobretudo, sob uma nova perspectiva. Nesse tempo no mestrado, busquei encontrar maneiras de equilibrar minimamente as exigências de ser uma mestranda e os desdobramentos consequentes, absorver e aliar novos e antigos conhecimentos e descobrir aquilo que, de fato, me move a escrever e a desenvolver uma produção possível e de qualidade.

A consideração da minha trajetória é importante justamente pela identificação do meu ponto de partida e de como cheguei até o questionamento acerca do sofrimento psíquico e de quais seriam os processos envolvidos. A proposta de trabalho desta dissertação busca problematizar o suposto fenômeno da “epidemia” de depressão, explorando suas possíveis causas, desdobramentos e influências.

Portanto, como **objetivo geral** deste trabalho temos a problematização da suposta epidemia de depressão. Os **objetivos específicos** são compreender e identificar os principais aspectos relacionados ao crescimento do número de diagnósticos de depressão nas últimas décadas trazidos pelas produções científicas em saúde publicadas em bases de dados que serão discriminadas no percurso metodológico.

As **justificativas** para a realização deste trabalho são de ordem pessoal, social e acadêmica. A ordem **social** está inserida na magnitude da questão da suposta epidemia de depressão, não apenas em termos numéricos, mas na urgência de respostas públicas em termos de melhora das condições de vida da população, com diminuição de vulnerabilidades sociais e assistência de qualidade para além da fábrica de prescrições de medicamentos sob a ótica biomédica. Na ordem **acadêmica**, há a necessidade em contribuir com produções que possibilitem novas formas de cuidado no fortalecimento da saúde coletiva enquanto movimento crítico dos modos de vida vigentes e capaz de problematizar a dominação do discurso biomédico nos serviços de saúde.

A justificativa de ordem **pessoal** foi fomentada também por indagações decorridas das minhas experiências no âmbito da saúde em disciplinas na graduação em Psicologia na Universidade de Brasília (UnB), em trabalhos no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Além das

práticas na Residência no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), na Especialização em Psicanálise e Contemporaneidade: Trauma e Urgências Subjetivas na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-rio), bem como em atendimentos clínicos em consultório particular em outros contextos. Diante da multiplicidade de vivências, os estudos e atividades impactaram-me profundamente. Aprendi a ouvir com cuidado e respeito e a valorizar os aspectos complexos do viver. Meu objeto de estudo causa inquietação, mas para além da minha experiência pessoal. Nos últimos anos, em meus atendimentos no consultório, o número de pessoas que têm seus sofrimentos rotulados e calados com psicofármacos se mostrou bastante alarmante. Portanto, esse percurso trouxe não só amadurecimentos práticos e teóricos, mas estímulo e inspiração para me aventurar no mestrado.

Partimos do pressuposto de que a chamada epidemia de depressão estaria ligada a fatores múltiplos e complexos como o envolvimento entre a indústria farmacêutica e a ciência biomédica. Implicando a psiquiatria que, em seu processo de afirmação como especialidade médica legítima, gera processos de patologização e medicalização da vida. Além disso, questões sociais, econômicas e políticas podem estar envolvidas na hegemonia do discurso biomédico em que há para cada “mal” um remédio, tornando o mercado da dor extremamente rentável. Haveria ainda um descompasso entre os imperativos sociais próprios ao espírito da nossa época, em relação a consumo, produtividade e competitividade e ideais de vida, beleza, sucesso e felicidade incompatíveis com a realidade possível de cada sujeito. Dessa forma, a subjetividade contemporânea estaria marcada por mudanças na construção de eixos constitutivos em termos da relação com o tempo, com a falta, com o corpo, com os outros, com a dor e com as formas de sofrer (BIRMAN, 2017).

Em relação à terminologia, a nomenclatura “depressão” que utilizarei em toda a dissertação é aquela identificada como Transtorno Depressivo Maior, a condição clássica entre os Transtornos Depressivos segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-V, Associação Americana de Psiquiatria, 2013). Os critérios diagnósticos exigem que a pessoa apresente pelo menos 5 dos sintomas discriminados: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para pensar, se concentrar ou indecisão, pensamento recorrente de morte e a partir de duas semanas de duração.

A expressão “sofrimento psíquico”, ao contrário, não estará ligada à matriz psiquiátrica, e sim a uma experiência ampla, singular e subjetiva com causas e destinos diversos. Figueiredo (2009) o identifica como algo que corresponde a ‘ataques ao psíquico’, ataques às mediações simbólicas, uma ruína programada das subjetividades e da capacidade do sujeito viver, experimentar, processar e elaborar experiências” (p 14). Ou para Fédida (1999) que o propõe como uma espécie “fechamento de tempo”, uma fixidez, algo que denuncia um profundo vazio, uma imobilidade na existência. Essas citações ilustram, de alguma maneira, o que poderia estar envolvido na experiência de sofrimento psíquico. Porém, sua complexidade sempre nos escapará de uma única definição, pois, para além de uma série de sinais e sintomas, é uma questão que pode envolver aspectos particulares, ligados a experiências emocionais condicionadas a adversidades conflitivas intra ou intersubjetivas (FIGUEIREDO, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório de 2017 sobre depressão, ansiedade e suicídio, há 322 milhões de pessoas vivendo com depressão no mundo, o que corresponde a 4,4% população do planeta. Os diagnósticos de depressão tiveram um aumento de 18% entre 2005 e 2015. Estima-se que, dentro de alguns anos, será a doença mais comum e mais incapacitante em termos físicos, emocionais e sociais, sendo o terceiro acometimento que mais contribui para a carga global de doenças. Além de poder levar ao suicídio, uma das principais causas de morte em jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2017).

A tabela a seguir apresenta a prevalência da depressão nos países americanos. (WHO, Global Health Estimates Report, 2017).

TABELA 1: Prevalência dos transtornos depressivos nos países americanos

PAÍSES TOTAL CASOS/ PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO

Antigua and Barbuda	4.424/ 5,1%
Argentina	1.9143540/ 4,7%
Bahamas	19.138/5,2%
Barbados	14.586/ 5,4%
Belize	14.956/ 4,4%
Bolívia	453.716/ 4,4%
Brasil	11.548.577/ 5,8%
Canada	1.566.903/ 4,7%
Chile	844.253/ 5,0%
Colômbia	2.177.280/ 4,7%
Costa Rica	216.608/ 4,7%
Cuba	605.879/ 5,5%
Equador	721.971/ 4,6%
El Salvador	255.032/ 4,4%
Estados Unidos	17.491.047/ 5,9%
Guatemala	580.994/ 3,7%
Guiana Francesa	33.700/ 4,5%
Haiti	437.639/ 4,3%
Honduras	308.862/ 4,0%
Jamaica	134.054/ 4,8%
México	4.936.614/ 4,2%
Nicarágua	238.161/ 4,2%
Panamá	162.293/ 4,4%
Paraguai	332.628/ 5,2%
Peru	1.443.514/ 4,8%
Santa Lucia	8.892/ 4,9%
São Vicente	5.144/ 4,9%
Suriname	24.914/ 4,8%
Trinidad e Tobago	67.614/ 5,2%

Uruguai	158.005/ 5,0%
Venezuela	1.270.099/ 4,2%

Fonte: Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Report 2017.

De acordo com esses dados, o Brasil pode ser considerado o país mais “deprimido” da América do Sul, e no continente americano está atrás apenas dos Estados Unidos. São registrados 11.548.577 casos, representando 5,8% da população brasileira.

Com base nos registros epidemiológicos, percebemos que a depressão é um problema de saúde pública com muitos impactos em diversos âmbitos, inclusive na saúde de um modo geral dos indivíduos, uma vez que também atua como fator agravante em doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e obesidade (BOING, 2012). Tais influências nos levam a tecer considerações sobre a problemática do sofrimento psíquico, sendo ele um transtorno depressivo ou não, tanto no Brasil quanto no mundo.

O Ministério da Saúde (MS) cita a OMS e a Classificação Internacional de Doenças (CID) para conceituar a depressão, que é identificada como “o mal do século” e que se manifesta através de tristeza, culpa, sensação de vazio, pensamentos suicidas e outros sintomas. Estes são provocados por desequilíbrios de substâncias na atividade cerebral e por eventos vitais estressantes que desencadeariam o transtorno naqueles com propensão genética, além dos fatores de risco como estresse e ansiedade crônicos, disfunção hormonal, abuso de substâncias, doenças cardiovasculares, neoplasias, traumas psicológicos, entre outros. Portanto, de acordo com os preceitos do MS:

A depressão é um problema médico grave e altamente prevalente na população em geral. De acordo com estudo epidemiológico a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS, a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico.

A Depressão é uma doença mental de elevada prevalência e é a mais associada ao suicídio, tende a ser crônica e recorrente, principalmente quando não é tratada.

De acordo com a OMS, a depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Ocupa 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%).

A época comum do aparecimento é o final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade. Estudos mostram prevalência ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% para os homens (MS, 2020, n.p).

Esse parecer adotado pelo MS, em consonância com os discursos e práticas médicas pautadas na concepção biomédica, determina a maneira como a depressão é encarada e tratada nos serviços de saúde, consultórios e outros dispositivos.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS, 2018), a depressão é um transtorno mental que pode ser leve, moderado ou grave de acordo com a intensidade e duração dos sintomas, que seriam humor deprimido, tristeza, perda de interesse e prazer em atividades antes apreciadas, sentimento de culpa, baixa autoestima, além de distúrbios do sono e alimentação, podendo haver falta de concentração e ansiedade. A Classificação Internacional de Doenças, em sua décima versão (CID-10), identifica a depressão como um transtorno do humor (afetivo) em que a perturbação fundamental seriam justamente os afetos. Dentre os tipos de depressão listados, há episódios leves, moderados e graves, com ou sem sintomas psicóticos especificados. Há ainda o transtorno depressivo recorrente e suas variações (conforme anexo A).

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, elaborada em 2013 pela Associação Americana de Psiquiatria (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM- V- APA*), sofreu alterações desde a sua primeira publicação em 1952. De acordo com atual edição, a depressão varia em termos de tempo (duração), intensidade, sintomas e causas, se tornando um acometimento bastante amplo que inclui transtorno disruptivo da regulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/ medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (conforme anexo B).

A saúde mental tem sido considerada uma das condições prioritárias cobertas pelo *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) da OMS, que tem como objetivo auxiliar países na assistência de pessoas vivendo com transtornos mentais (OMS, 2017). Há uma constante progressão das doenças psiquiátricas visto que, em 2011, foram o terceiro principal

motivo na concessão de auxílio-doença no Brasil. O maior número de casos é de depressão, seguida por ansiedade, estresse e transtorno de adaptação (MS, 2015). Portanto, há necessidade de respostas em termos de saúde pública no que diz respeito à atenção a essa população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/01- anexo C) sofreu mudanças com o intuito de par fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e propõe a qualificação do cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo, considerando os diferentes níveis de complexidade de cada caso, bem como os grupos em situação de maior vulnerabilidade (Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011). Nela foram instituídos serviços como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), as Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, o Hospital Psiquiátrico, o Hospital-Dia, a Atenção Básica, a Urgência e Emergência, as Comunidades Terapêuticas e o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental. Entretanto, há desafios em termos de resolutividade, tratamento e diagnóstico no caso da população com transtornos depressivos. É importante que seja considerada e ressaltada a limitação quanto ao alcance deste estudo no sentido de adentrar na ampla e complexa dimensão da reforma psiquiátrica quanto aos aspectos políticos implicados, às críticas pertinentes às novas portarias, às lacunas na implementação de práticas antimanicomiais entre outras questões nesse âmbito.

A tabela 2, a seguir, ilustra a prevalência de autorrelato de diagnóstico prévio de depressão da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e apontou a prevalência de depressão em mulheres que se declararam brancas entre 60 e 63 anos que vivem em áreas urbanas, com menor escolaridade (sem instrução ou com ensino fundamental incompleto), com comorbidades crônicas como de diabetes e hipertensão e que residiam na região sul do país (STOPA e MALTA, 2015). Nota-se a ausência de dados discriminados por sexo para todas as demais variáveis, fato que pode empobrecer a análise do autorrelato de depressão.

TABELA 2: Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão na população brasileira de adultos (≥ 18 anos), segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade, local de residência e grandes regiões. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variáveis	Autorrelato de depressão	
	n*	% (IC95%)
Sexo		
Masculino	2.714	3,9 (3,5 – 4,4)
Feminino	8.465	10,9 (10,3 – 11,6)
Faixa etária (anos)		
18 – 29	1.484	3,9 (3,3 – 4,5)
30 – 59	7.177	8,8 (8,2 – 9,4)
60 – 64	937	11,1 (9,1 – 13,1)
65 – 74	1.119	9,9 (8,3 – 11,5)
75 +	462	6,9 (5,3 – 8,5)
Nível de escolaridade		
Sem instrução e fundamental incompleto	4.907	8,6 (7,9 – 9,3)
Fundamental completo e médio incompleto	1.578	6,9 (5,9 – 8,0)
Médio completo e superior incompleto	3.071	6,4 (5,8 – 7,0)
Superior completo	1.623	8,7 (7,5 – 9,9)
Raça/cor da pele		
Branca	6.229	9,0 (8,3 – 9,6)
Preta	726	5,4 (4,4 – 6,4)
Parda	4.121	6,7 (6,1 – 7,3)
Local de residência		
Urbana	10.048	8,0 (7,5 – 8,4)
Rural	1.131	5,6 (4,9 – 6,3)
Regiões		
Norte	336	3,1 (2,7 – 3,5)
Nordeste	1.951	5,0 (4,5 – 5,5)
Sudeste	5.404	8,4 (7,6 – 9,2)
Sul	2.716	12,6 (11,2 – 13,9)
Centro-Oeste	772	7,2 (6,4 – 8,0)
Brasil	11.179	7,6 (7,2 – 8,1)

Fonte: STOPA, S. R., MALTA, D.C., OLIVEIRA, M. M. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

A depressão tem ganhado grande atenção e sido tema de discussões na área da saúde nos últimos anos. Os veículos de comunicação e redes sociais têm apresentado estatísticas, casos e diagnósticos que podem gerar processos de identificação com o público, mas que ajudam muitas vezes a disseminar uma visão do transtorno que prioriza o aspecto biológico e o tratamento medicamentoso como preconizado pelo MS. As matérias jornalísticas apontam estatísticas como verdades inquestionáveis, com a detecção precoce da doença alimentando a cultura do risco que pode patologizar situações que fazem parte da condição humana (SOARES E CAPONI, 2011). Aguiar (2004) faz alusão à situação australiana: em 1997, a fobia social foi divulgada e promovida através de campanhas de “conscientização”, que apontavam para o risco dos sub diagnósticos e divulgação de dados epidemiológicos falsos com o intuito de viabilizar a venda de medicamentos de determinado laboratório. A noção de saúde e doença é então muitas vezes pautada nesse tipo de informação que irradia no tecido social em uma produção

massificada de subjetividades pautadas na cultura do risco que regula a população e fabrica a saúde de acordo com as tecnologias médicas (AGUIAR, 2004). Nesse sentido,

a transformação do sofrimento em patologia, ou situação de risco em uma doença futura, com sua conseqüente medicalização, são marcantes na demanda atual de bemestar e intolerância ao sofrimento (SOARES E CAPONI, 2011, p 440).

Nas últimas duas décadas, o quadro de depressão, antes diagnosticado nos consultórios, clínicas e hospitais, ganhou destaque e popularidade extramuros. O que entendemos muitas vezes por tristeza, luto e desânimo adquiriu o status de depressão. Os estados de inadequação e vazio e, por assim dizer, depressivos, assumiram caráter “epidêmico” no cenário contemporâneo (EHRENBERG,1998). A depressão é hoje o diagnóstico psiquiátrico mais realizado no mundo e os antidepressivos estão entre os remédios mais consumidos (PEREIRA, 2015). Cabe contestar e questionar a legitimidade de tais diagnósticos baseados em critérios de comportamentos desviantes, normas e padrões que permitem que grande parte da população seja diagnosticada com transtornos mentais (OLIVEIRA, 2018).

Associado a isso, o DSM tem abrangido estados e comportamentos incluindo a cada nova edição mais transtornos e distúrbios (CORBANEZI, 2018). Dessa forma, tenho percebido que, cada vez mais, uma disseminação da psiquiatria biológica voltada para a objetividade, racionalidade, padrões ditos científicos e, portanto, mais consonante com o discurso biomédico vigente, se torna o referencial mais importante, em detrimento de outras noções que regiam a forma de viver das pessoas como conhecimentos tradicionais transgeracionais (LEBRUN, 2004). Situar a depressão nesses moldes biologizantes coloca o sofrimento apartado de uma posição subjetiva que leva em conta questionamentos sociais, econômicos, políticos e culturais diante da dor de existir (BIRMAN, 2012).

Vivemos em um mundo voltado para o uso de aparatos tecnológicos utilizados para comunicação, entretenimento e outras infinitas funções. A economia de mercado abraçou fortemente as demandas tecnológicas e a isso somam-se os medicamentos que, de maneira geral, passam a ser objetos de consumo e tornam-se, muitas vezes, essenciais à própria vida. Deixando o posto de ferramentas facilitadoras para incorporarem o dia a dia e o próprio corpo das pessoas. (OLIVEIRA, 2108) Sendo assim,

A busca por medicações não obedece apenas à necessidade estabelecida por um problema de saúde a ser resolvido em prol dos cidadãos e da sociedade, mas um problema a uma necessidade de aumento de consumo, produtividade industrial e lucro empresarial. (OLIVEIRA, 2018, p 11).

Há, portanto, um fenômeno complexo e estrutural que está ligado à lógica político-social capitalista vigente, cujo interesse está para além do bem-estar da população. Dessa forma, as questões de diversas ordens ganham sentido e resolução através da ótica neoliberal, e os acometimentos na saúde são assistidos em sua maioria estritamente através de dispositivos industriais e tecnológicos – e nisso inclui-se os medicamentos. Além disso, todo o sistema é mantido de acordo com o vigor concorrencial dos seus agentes em termos de produção científica, com financiamento de pesquisas e propagandas que promovem o funcionamento e a perpetuação da engrenagem industrial (OLIVEIRA, 2018).

A década de 1950 foi revolucionária devido a um processo de transformação da psiquiatria pautado na descoberta dos psicofármacos a partir de medicamentos destinados a tratar outros acometimentos, mas que, de alguma forma, geravam efeitos na esfera mental como diminuição da tristeza e ansiedade. O primeiro fármaco reconhecido para tratar transtornos mentais foi a CPZ (Clorpromazina), que abriu portas para uma revolução. A oferta de “pílulas mágicas”, capazes de reestabelecer um suposto equilíbrio mental, “abriu as portas” para a influência dos psicotrópicos tal como vemos hoje (WHITAKER, 2017).

Foucault articula o uso da droga e o *poder disciplinar*: “quanto às drogas, essencialmente o ópio, o clorofórmico, o éter eram, é óbvio, como ocorrem com as drogas atuais, um instrumento disciplinador evidente, reino da ordem, da calma, da imposição de silêncio” (2003, p. 268). Os *transtornos cerebrais* da psiquiatria biológica passaram a ser tratados não mais através da psicanálise, como anteriormente, mas por tratamentos centrados na psicofarmacologia aplicada como um *regime de verdade* valorizado sobretudo na atualidade (CAPONI, 2018).

Assim, há os interesses das indústrias farmacêuticas disseminando cada vez mais drogas devido à alta rentabilidade do mercado da dor e sofrimento difuso. O Brasil ocupa a oitava posição no *ranking* mundial relativo ao lucro da indústria farmacêutica, que fatura 63,5 bilhões ao ano de acordo com Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2016, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2017).

As práticas médicas ancoradas no advento da ciência promoveram impactos e mudanças no cotidiano das pessoas e principalmente nos países em que a psiquiatria está mais enraizada. Estudos apontam que países em que há maior influência do saber psiquiátrico haveria mais pessoas em sofrimento (WHITAKER, 2017). O processo teve influências diversas, como a Revolução Industrial, o modo de vida nas cidades, a acumulação do capital e a disseminação de pesquisas na área da neurociência. Passamos a seguir o mito de que o cérebro apresentaria déficits de determinadas substâncias e que isso resultaria nos transtornos mentais (WHITAKER, 2017). Tem-se a impressão de que um medicamento seria capaz de fazer com que um sujeito inserido em uma sociedade capitalista volte a desejar, resolva suas questões de relacionamento, não tenha insônia e nem instabilidades afetivas, não sinta medo, tristeza, ansiedade ou desânimo, entre outras fontes de mal estar, e que trabalhe, produza, consuma e seja feliz. (PELEGRINI, 2003).

Dessa forma, a relação com o corpo, com a saúde ou a suposta ausência dela passou a ser permeada por saberes especialistas que diferem do papel hegemônico ocupado até então por outros saberes tradicionais. O paradigma dominante passa a ser biomédico, e, em conjunto com a *Big Pharma*, gera consequências sociais, culturais e econômicas em diversos contextos. Uma delas é a medicalização da vida, que pode ser caracterizada como um processo que reduz as experiências humanas desconfortáveis em objetos de área da saúde. Aquilo que poderia ser de âmbito amplo social e político encaixa-se então sob a dominação médica. (FREITAS e AMARANTE, 2011).

Há, sem dúvida, uma complexidade devido à pluralidade de concepções, além da intersetorialidade e transversalidade de saberes em torno do que seria o campo da saúde mental. O que seria então uma doença, uma desordem mental? E o que seria parte da vida humana? A questão parece mais complexa na medida em que há diversas nuances, que vão muito além de uma lógica reducionista ou dualista-racionalista, uma vez que a existência envolve possibilidades e variações infinitas (AMARANTE, 2007).

O desafio proposto neste projeto de mestrado é o de problematizar os dados referentes à prevalência de depressão a partir de um olhar crítico diante dos elementos envolvidos, sem perder de vista a multiplicidade de aspectos implicados, como o contexto histórico da ascensão

da depressão como doença, a exploração do conceito e dos usos atribuídos à epidemia, o paradigma biomédico e a sociedade contemporânea, que serão abordados nos capítulos a seguir.

2. DA BILE NEGRA AO DSM

Adeus, Meus Sonhos

Adeus meus sonhos, eu pranteio e morro!
 Não levo da existência uma saudade!
 E tanta vida que meu peito enchia
 Morreu na minha triste mocidade!

Missérrimo! Votei meus pobres dias
 À sina doida de um amor sem fruto...
 E minh'alma na treva agora dorme
 Como um olhar que a morte envolve em luto.

Que me resta, meu Deus?!...morra comigo
 A estrela de meus cândidos amores,
 Já que não levo em meu peito morto
 Um punhado sequer de murchas flores!
 Álvares de Azevedo

O poeta brasileiro Álvares de Azevedo (1832-1852) foi um representante importante da segunda onda do Romantismo. Na segunda metade do século XIX, os chamados ultrarromânticos imprimiam angústia, mal estar e melancolia em suas obras.

Serão trazidos aspectos marcantes na construção e conceituação da depressão partindo da melancolia e de acordo com recortes culturais e históricos.

Os estados de alteração do humor podem ser encontrados na mitologia greco-romana e até mesmo em escrituras bíblicas, nas quais as questões mentais eram encaradas a partir de uma visão religiosa e mítica. A partir de estudos socráticos (469 a.C.-399 a.C), se formou o embrião do modelo científico, havendo um deslocamento das concepções divinas das doenças mentais para outras que envolviam a natureza. Surgiram outras construções, como a de Aristóteles, em que o coração seria o centro das emoções, e, o cérebro, das funções. Já Hipócrates propôs a teoria segundo a qual os fluidos corporais (bile, sangue, bile negra e fleuma) influenciariam nos “humores” humanos (colérico, sanguíneo, melancólico e fleumático). Conforme tal pensamento, na doença “melancólica” o sujeito seria tomado pela bile negra e desenvolveria medo, tristeza, falta de apetite, irritabilidade. Mais tarde, Galeno associou a teoria dos quatro humores aos quatro elementos (fogo, ar, terra e água) e a melancolia, assim chamada por

Hipócrates, passou então apresentar-se sob três tipos de acordo com lugar do desequilíbrio ao qual ela estivesse ligada: sangue, cérebro ou estômago (SOUZA & LACERDA, 2012).

Segundo a ótica aristotélica, a melancolia fazia parte da organização do sujeito, do caráter de artistas, ou uma condição humana, não se limitando a uma doença. Porém, essa posição coloca a melancolia como uma condição aliada à genialidade; um excesso interno que gera criatividade, arte, filosofia, adquiriu o estatuto patológico mediante categorias diagnósticas (MOREIRA, 2008). Contudo, com a ascensão do cristianismo, a apatia, a tristeza e o enfraquecimento da vitalidade passaram a ser encarados como os “demônios do meio-dia”, pois algo de “demoníaco” ameaçava o equilíbrio dos primeiros mosteiros por volta dessa hora. Era a chamada “acédia”, termo que significava inércia, desordem mental, preguiça, melancolia ou descuido e que fazia monges perderem a crença na caridade, a vontade de exercer trabalhos ou manterem-se firmes em relação às crenças que se propuseram a seguir. Na Idade Média, a “acédia” entrou na lógica do pecado e a definição de Tomás de Aquino foi disseminada: “uma tristeza devastadora que produz no espírito do homem uma depressão tal que ele não tem mais vontade de fazer nada. A acédia é um desgosto pela ação” (SOUZA & LACERDA, p. 43, 2012).

A forma como os estados mentais eram encarados sofria também influências das organizações políticas, religiosas e as dinâmicas de poder em cada época. A concepção demoníaca ligada aos acometimentos mentais perdurou e ganhou força à medida em que a igreja se impôs politicamente. Paralelo a isso, outros pensadores elaboraram contribuições significativas para o tema, como o médico árabe Ishaq Ibn Imran, que escreveu a obra “Melancholia”, ou a freira alemã Hildegard von Bingen, que discorreu sobre como homens e mulheres reagiam diferentemente à melancolia. Com o advento do Renascimento e a Idade Moderna, as teorias se modificaram, e passou-se a supor que a melancolia provinha dos nervos, marcando o início da diferenciação de quadros clínicos. Em 1489, o filósofo italiano Marsílio Ficino publicou “Três Livros da Vida”, falando de doença e bem-estar. Mais tarde, em 1568, foi escrito “Tratado da Melancolia” pelo médico e clérigo britânico Timothie Bright, utilizando conceitos médicos. Influenciado por essas obras, o também britânico Robert Burton escreveu em 1621 a obra “A Anatomia da Melancolia”, diferenciando a melancolia dos quadros de “loucura” considerados na época (que depois receberam outras nomenclaturas, como mania e transtorno bipolar) com nuances que incluíam o suicídio. Burton considerava ainda que

a melancolia [...] reside no temperamento ou no hábito. no temperamento, é aquela melancolia transitória que vai e vem em cada pequeno momento de tristeza, necessidade, doença, problema, medo, pesar, paixão ou perturbação da mente, qualquer preocupação, descontentamento ou pensamento que cause angústia, desgosto, mal-estar e aflição [...] e desses temperamentos melancólicos nenhum homem está livre. a melancolia nesse sentido, é o traço da mortalidade (BURTON, 2001, p 143 apud HORWITZ e WAKEFIELD, 2010, p 81).

E utilizou fontes de estudo voltadas a fatores comportamentais, hereditários, sobrenaturais, ambientais, entre outros. (SOUZA e LACERDA, 2012).

No Século XVIII, já sob as lentes do Iluminismo, o psiquiatra escocês William Cullen, precursor do uso do termo “neurose”, propôs uma classificação nosográfica que distinguia a melancolia de outros estados – influenciado pelas ideias de Locke, que defendia que a loucura seria uma falha no processo de conhecimento, e Kant, que diferenciou melancolia, insanidade e mania. A melancolia foi então caracterizada como uma “[...] insanidade parcial, causada por um grau de torpor na atividade do sistema nervoso que afetava tanto a sensação quanto a volição” (SOUZA e LACERDA, 2012, p 20). Além disso, através do Romantismo, o sentimento de tristeza ganhou outras nuances e características: o poeta inglês George Gordon, por exemplo, falava sobre desajuste, solidão, tédio e mal-estar e influenciava outros escritores que se identificavam com esse conjunto de sentimentos, que passou a ser chamado de “mal do século”.

Baseado na psicodinâmica, em 1917, Freud diferenciou o luto e a melancolia. O luto seria um processo “natural”, um trabalho psíquico que deriva de uma reação à perda de um objeto amado ou tipo de perda importante, podendo haver certo afastamento de atividades que não sejam relacionadas ao objeto e uma sensação de que o mundo se torna momentaneamente pobre e vazio. Com o tempo, os investimentos libidinais passariam a ser desligados da perda em si e, quando ocorre a conclusão do trabalho de luto, o ego fica livre novamente para investir no mundo, ou seja, em outros objetos (FREUD, 1917). Os estados depressivos após a perda do objeto revelariam traços obsessivos diversos da relação e escolha objetal, com regressão e ambivalência de sentimentos, culminando em um luto patológico expressando culpa e remorso da pessoa enlutada. Na melancolia também haveria uma perda, mas com certa rigidez e de natureza mais ideal. Nesse caso, objeto pode não ter morrido, mas ter sido perdido, como no fim de uma relação amorosa. A reação se diferenciaria do luto, pois há aí uma disposição patológica, e o objeto perdido seria então introjetado pela pessoa sendo ela própria alvo de agressões e punições - assim, se vingaria do objeto através do declínio da sua própria

autoestima. Essas recriminações seriam então, na verdade, direcionadas ao objeto perdido, mas que foram libidinalmente deslocadas para o ego que se identifica com o objeto ou traços dele. Nesse caso, o próprio ego é desprovido de valor e é exatamente essa característica que diferenciaria os estados de luto e de melancolia na teoria freudiana. Porém, em ambos casos, poderia haver desinteresse pela vida, tristeza e perda da capacidade de amar:

Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetual se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação (FREUD, 1915, p254-255).

Freud identificou a melancolia como um destino subjetivo e não necessariamente como uma categoria nosográfica. A posição subjetiva requer então uma compreensão dos processos psíquicos que envolvem perda, desamparo, circulação de energia, investimento objetual, que dizem respeito à ordem psicodinâmica (MOREIRA, 2008).

A ciência pioneira nos estudos dos transtornos mentais era o “alienismo”, que mais tarde daria lugar à psiquiatria. O termo alienismo foi criado por Philippe Pinel, fortemente influenciado pelas descobertas de Kraepelin, e desenvolvido por seu discípulo Jean-Étienne Esquirol na primeira metade do século XIX. A ótica kraepeliana entendia que os transtornos mentais tinham causas orgânicas e bioquímicas e que por isso deveriam ser classificados e tratados bem como as doenças físicas.

A dificuldade em estabelecer limites entre loucura e sanidade superlotou os estabelecimentos psiquiátricos. Os alienados eram então aqueles que sofriam de “alienação mental”, um distúrbio das paixões; uma espécie de desarmonia da mente que os impossibilitava de uma percepção fidedigna da realidade. Sob essa ótica, um indivíduo alienado era considerado um potencial perigo para si e para a sociedade. “Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, p 29, 2011). Surgiu então a proposta de “colônias de alienados”, que se disseminaram pelo Brasil com esforços dos alienistas Waldemar de Almeida e Juliano Moreira. Acreditava-se que o trabalho teria um potencial terapêutico e enfraqueceria os sintomas dos pacientes. Porém, os problemas de superlotação, violência e enclausuramento eram evidentes. Após a Segunda Guerra Mundial, a

sociedade encarou a semelhança entre colônias e campos de concentração como uma absoluta *mortificação do sujeito*. A ineficiência desse modelo de assistência psiquiátrica fez surgir então diversas iniciativas de reformas psiquiátricas, na intenção de transformar ou até mesmo extinguir os hospitais psiquiátricos existentes e propor novos olhares às doenças mentais. Houve experiências significativas em países como a Itália, com Franco Basaglia, fortemente influenciado pelas obras de Foucault e Goffman (AMARANTE, 2007).

O modelo desenvolvido em Trieste não propugnava a suspensão dos cuidados aos que deles necessitavam, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender, de lidar e tratar a loucura. E ainda, a negação da instituição não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam a psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social. (BEZERRA e AMARANTE, 1992, p 44).

É importante entender os níveis de interação interpessoais e simbólico-institucionais, e como os problemas sociais nas *instituições totais* são condicionados pela estrutura social subjacente a todas elas (GOFFMAN, 1961). Nesse sentido, a psiquiatria, no contexto institucional clássico, pode ser facilmente vista como instrumento para ajustamento social, que está associado aos conceitos de sociedade disciplinar de Foucault, como mostra o seguinte trecho:

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (FOUCAULT, 1975, p 25).

Analisando as bases do próprio funcionamento da instituição, se torna claro o potente instrumento de controle de que se trata; um lugar de “troca zero”. Há imposição de regras, condutas, horários, alimentação, uniformização, regime e regulação. Pessoas identificadas por leitos e números, na tentativa de ordenar a desordem do louco (SARACENO, 1999). Inaugura-se a mortificação do sujeito. Há algo que se assemelha a quase que uma ruptura da continuidade

da existência. As perdas perpassam pela ausência de valor social, de trocas. Tornar-se doente mental pressupõe-se uma “objetificação” do ser que passa por manipulações diversas, reduzido à sua condição e submisso a relações de poder estabelecidas institucionalmente. A atribuição da loucura extermina possibilidades, de forma que nega “traços simbólicos”. (BIRMAN, 1980).

Instaurou-se então um novo personagem dominado por regras e ordem pedagógicas e disciplinares. O ator principal é alguém ausente, pela exaltação de um corpo em detrimento da experiência subjetiva. O esvaziamento do sujeito é “compensado” pelo preenchimento medicamentoso afirmando um corpo doente que atravessa as práticas, metodologias e aspectos simbólicos de dentro e fora da instituição. Muitos questionamentos e transformações sociais são provocadas também a partir das condições asilares, de tal maneira que hoje, ancorados em concepções importantes de autores clássicos, percebemos que, muitas vezes, a lógica de asilo padronizado e silenciador ainda permeia nossos modos de viver mesmo em contexto extra muros (SARACENO, 1999).

Através dessa breve contextualização, podemos perceber que a condição melancólica era utilizada tanto para se referir a uma emoção e um transtorno mental quanto a episódios epilepsia e delírio sem febre (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010). Portanto, a forma como a melancolia foi identificada ao longo do tempo foi atravessada por contextos, dinâmicas e forças distintas de acordo com o próprio desenvolvimento da psiquiatria. Houve mudanças de paradigmas que regiam a matriz psiquiátrica, como a psicanalítica de Freud e a fisicalista de Kraepelin e seus discípulos, e movimentos como a psiquiatria democrática de Basaglia, que contribuíram para a psiquiatria atual e suas correntes (FERREIRA, 2011).

Falar da psiquiatria mundial é falar também da psiquiatria americana contemporânea, marcada pela ascensão do modelo biológico a partir da disseminação da terceira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) de 1980. A primeira classificação oficial de transtornos mentais ocorreu em 1840, dividida entre idiotismo e insanidade. Em 1880, passaram a existir outras categorias, como mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1934, a Associação Médicopsicológica Americana (depois tornou-se a Associação Psiquiátrica Americana- APA) lançou a primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana. Após a Segunda Guerra Mundial, outras classificações surgiram devido aos efeitos

e pressões pós-guerra. Em 1948, foi publicada a Classificação Internacional de Doenças em sua sexta edição, a primeira a apresentar transtornos mentais. A APA publicou em 1952 o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), no qual havia o entendimento de que os acometimentos mentais seriam reações às dificuldades enfrentadas na vida e referenciados na psicanálise. Em 1968, o DSM-II apresentou algumas mudanças e não era mais marcado pela noção de reação, mas pelo discurso psicanalítico baseado em estruturas de personalidade. Para a elaboração do DSM-III, divulgado em 1980, formou-se um comitê ligado à universidade de Washington com o intuito de embasar empiricamente o novo manual visando uma linguagem comum sem vínculos teóricos e rompendo absolutamente com as classificações anteriores psicanalíticas (AGUIAR, 2004).

Na terceira versão há uma diferenciação muito clara entre o normal e o patológico, desconsiderando nuances entre as categorias ou mecanismos subjacentes. E, sobretudo, com uma lógica classificatória e pró-diagnóstica, negando possibilidades dos transtornos mentais serem compreendidos de maneira processual. A característica atórica permanece nas edições mais recentes (IV e V) e, principalmente, com a ascensão da psiquiatria biológica em detrimento da psicodinâmica. A retirada e inclusão de classificações corroboraram com a ideia de ampliação diagnóstica universal, atemporal e acultural (FERREIRA, 2011).

Pretendia-se colocar a psiquiatria no mesmo patamar que a medicina geral e, para isso, os métodos diagnósticos deveriam ser padronizados seguindo uma etiologia específica com o intuito de aumentar a confiabilidade e validade, além de haver estudos empíricos rigorosos vindos da biologia. Através disso, havia o objetivo de remedição da psiquiatria, rompendo com referências psicanalíticas, humanistas ou psicossociais e compreendendo as doenças mentais como algo universal e passivo de investigação objetiva. Ou seja, procedimentos terapêuticos, incluindo psicoterapia, apenas poderiam ser considerados se puderem ser descritos e testados empiricamente e quantitativamente. Hoje, temos o predomínio do modelo biológico em detrimento de debates de modelos teóricos distintos (AGUIAR, 2004).

3. DIAGNOSTICANDO O MAL ESTAR

Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes o próprio apesar de que nos empurra para a frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita foi a criadora de minha própria vida (LISPECTOR, 1998, p 26).

A nomenclatura “depressão” vem do latim *deprimere*, que significa baixar, pressionar, conferindo um caráter metafórico, uma vez que, em inglês, estar *down* significa estar triste. Como condição independente, a depressão ganhou consolidação já no século XIX, e herdou muito do que era chamado de melancolia. Entretanto, a concepção do que seria essa perspectiva melancólica ligada a um contexto histórico específico era algo que a modernidade procurava apagar. Portanto, algo de introspectivo e reflexivo que era característico da melancolia passou a ser sintomático. (PINHEIRO e VERTZMAN, 2003).

A respeito da condição intra psíquica em relação à depressão, será feita uma breve exposição de orientação psicodinâmica. Para Birman (1999), melancolia e depressão diferem entre si em alguns fatores, sendo um deles a centralidade psíquica. O melancólico seria um autocentrado com um excesso de introspecção, já o deprimido estaria autocentrado, porém esvaziado de reflexão. Fédida (1999) indica que há depressão na melancolia e localiza algo de paradoxal na depressão, como uma reação ao traumático: uma imobilidade e amortecimento paralelos a uma violenta aflição, agito e excitação interna. A imobilidade depressiva como uma espécie de defesa contra a ameaça de aniquilamento. Há certa dificuldade em simbolizar essa ausência devido às falhas no ambiente de origem. A depressão seria a absorção da falta no mundo primordial, uma vez que houve um rompimento no processo de constituição psíquica no que diz respeito do desenvolvimento do objeto interno através da retenção da presença do ausente. Haveria um “fechamento de tempo” na depressão, uma fixidez, algo que denuncia um profundo vazio e imobilidade do existir. Nessa perspectiva psicodinâmica, a depressão seria um estado que poderia ocorrer em diversos quadros clínicos e que faria parte de uma condição primitiva de desamparo. A desvitalização e o recolhimento seriam parte de um processo de organização narcísica promovida pelo próprio estado de depressão. Após essa fase, viria a chamada *depressividade*, que desenvolve um potencial criativo, mas que está constantemente lidando com um descompasso interno, uma cisão na qual o sujeito se vê espectador imóvel de um mundo acelerado. Portanto, a vivência da depressão e da depressividade seria uma forma de proteção frente às constantes ameaças ao psiquismo.

A melancolia deixou de ser utilizada no meio psiquiátrico dando lugar à depressão e a classificação dos transtornos depressivos foi ganhando diferentes roupagens. No DSM-I, a depressão estava dividida em três categorias (reação maníaco-depressiva, tipo depressiva; reação depressiva psicótica e reação depressiva) pertencentes a duas classes classificatórias (transtornos psicóticos e transtornos psiconeuróticos). No DSM-II, de 1968, a depressão passou a ser dividida em cinco categorias diagnósticas (melancolia involutiva, doença maníacodepressiva, tipo depressiva; doença maníaco-depressiva; tipo circular, deprimido; reação psicótica depressiva e neurose depressiva) em duas classes (psicoses não atribuídas a condições físicas e neuroses) (FERREIRA, 2011).

Como abordado no capítulo anterior, o DSM-III foi o grande marco da retomada da psiquiatria fisicalista neokrapeliana. Entre os DSMs III e IV, houve menos modificações. O DSM-IV contou com as seguintes categorias diagnósticas: episódio depressivo maior, transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo sem outra especificação, transtorno bipolar I, fase depressiva, transtorno bipolar II, fase depressiva, transtorno ciclotímico, transtorno do humor tipo depressivo, transtorno do humor induzido por substância, e tipo depressivo) e uma classe no capítulo de transtornos de humor (FERREIRA, 2011).

No DSM-V (2013), houve algumas mudanças em relação à categoria de Transtornos Depressivos. Os sintomas da condição clássica Transtorno Depressivo Maior foram mantidos, mas com a possibilidade de características mistas e de ansiedade. Foram incluídos: Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor, Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e Transtorno Depressivo Persistente (abrange depressão crônica e distímia). Além disso, uma modificação marcante foi a questão do luto como diagnóstico diferencial para o Transtorno Depressivo Maior. A partir daí, seria possível que alguém que estivesse passando por um processo de luto também fosse diagnosticado com depressão (ARAÚJO, NETO, 2014). Entendeu-se que pessoas enlutadas poderiam desenvolver transtornos mentais graves associados à perda e, por isso, necessitariam de tratamento medicamentoso como indicado no manual:

Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves, e o prognóstico é pior comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos (DSM-V, APA, 2013, p 155).

O quadro 1 a seguir traz as classificações diagnósticas do DSM-V para Transtornos Depressivos.

Quadro 1: Classificações diagnósticas para Transtornos Depressivos DSM-V.

Transtornos Depressivos (155)	
Os seguintes especificadores se aplicam aos Transtornos Depressivos, conforme indicado:	
^a <i>Especificar</i> : Com sintomas ansiosos (<i>especificar</i> gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com características mistas; Com características melancólicas; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]); Com início no periparto; Com padrão sazonal	
296.99 (F34.8)	Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (156)
__._ (__.)	Transtorno Depressivo Maior ^a (160)
__._ (__.)	Episódio único
296.21 (F32.0)	Leve
296.22 (F32.1)	Moderado
296.23 (F32.2)	Grave
296.24 (F32.3)	Com características psicóticas
296.25 (F32.4)	Em remissão parcial
296.26 (F32.5)	Em remissão completa
296.20 (F32.9)	Não especificado
__._ (__.)	Episódio recorrente
296.31 (F33.0)	Leve
296.32 (F33.1)	Moderado
296.33 (F33.2)	Grave
296.34 (F33.3)	Com características psicóticas
296.35 (F33.41)	Em remissão parcial
296.36 (F33.42)	Em remissão completa
296.30 (F33.9)	Não especificado
300.4 (F34.1)	Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) ^a (168)
	<i>Especificar</i> se: Em remissão parcial, Em remissão completa
	<i>Especificar</i> se: Início precoce, Início tardio
	<i>Especificar</i> se: Com síndrome distímica pura; Com episódio depressivo maior persistente; Com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual; Com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual
	<i>Especificar</i> gravidade atual: Leve, Moderada, Grave
625.4 (N94.3)	Transtorno Disfórico Pré-menstrual (171)
__._ (__.)	Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento (175)
	Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
	<i>Especificar</i> se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência
293.83 (__.)	Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (180)
	<i>Especificar</i> se:
(F06.31)	Com características depressivas
(F06.32)	Com episódio do tipo depressivo maior
(F06.34)	Com características mistas
311 (F32.8)	Outro Transtorno Depressivo Especificado (183)
311 (F32.9)	Transtorno Depressivo Não Especificado (184)

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição. Associação Americana de Psiquiatria, 2013.

Dessa forma, se estabeleceu “uma etiologia ancorada numa estrutura cerebral disfuncional de origem ainda não desvendada” (FERREIRA, 2011, p 85), de forma que o

próprio luto passou a ser passível de antidepressivos. Trata-se da queda de um modo de existir para advir uma nova ordem social em que o conhecimento médico científico adquiriu centralidade. A existência é então patologizada e marginalizada (PINHEIRO e VERTZMAN, 2003).

Em consonância com os preceitos da APA, o MS instituiu que o tratamento indicado para quem apresentasse depressão envolveria medicamentos escolhidos de acordo com antecedentes familiares e pessoais e a boa resposta a determinados antidepressivos, que podem apresentar 90 a 95% de eficácia e que se não realizado corretamente há risco de cronificação da doença (MS, 2020). Além disso, como causas discrimina:

Genética: estudos com famílias, gêmeos e adotados indicam a existência de um componente genético. Estima-se que esse componente represente 40% da suscetibilidade para desenvolver depressão;

Bioquímica cerebral: há evidências de deficiência de substâncias cerebrais, chamadas neurotransmissores. São eles Noradrenalina, Serotonina e Dopamina que estão envolvidos na regulação da atividade motora, do apetite, do sono e do humor;

Eventos vitais: eventos estressantes podem desencadear episódios depressivos naqueles que tem uma predisposição genética a desenvolver a doença (MS, 2020, n.p).

Assim, percebemos um movimento que levou os sujeitos a aderirem, com o mínimo de crítica, a discursos patologizantes da vida e soluções “dentro de pílulas”. E, paralelamente, a investir cada vez menos em uma busca por destinos criativos e artísticos do mal-estar cotidiano, que remete ao mal-estar freudiano, mas revestido de desequilíbrios neuroquímicos. Angel (2007) afirma que passou a haver assim uma corrupção entre as produções científicas e a indústria farmacêutica, que, ao instituir novas drogas para novos transtornos, apenas faz uso de medicamentos já conhecidos, mas com outros nomes e outras promessas. Da mesma maneira, Pignarre (2001) aponta que os medicamentos passaram a ser encarados como o marcador biológico de forma que seus efeitos promovem a possibilidade de criação de diferentes tipos de transtornos. Portanto, para cada “deficiência” há uma droga: “depressivos que têm necessidade de serem estimulados e aqueles que precisam ser tranquilizados; depressivos ansiosos e depressivos agressivos ou totalmente inibidos” (CAPONI, 2010, p 139).

É flagrante, portanto, a dominação da psiquiatria biológica que vem selando sua rentável parceria com a indústria farmacêutica e isso se revela nas concepções dos transtornos mentais

e suas indicações de tratamento. De acordo com Vertzman (1995), o mercado dos psicotrópicos vem ganhando investimento maciço e passa a contar com diversas drogas antidepressivas como tricíclicas, IMAOs (Inibidores da MonoAminOxidase), as ISRSs (Inibidoras Seletivas de Recaptação de Serotonina), entre outras, oferecendo então opções diversas capazes de aliviar o “existir”.

3.1 UMA EPIDEMIA?

De acordo com o levantamento do Ministério da Saúde de 2019, a depressão está envolvida em 23% os atendimentos no Sistema Único de Saúde, número que aumentou 52% entre 2015 e 2018. Em suas modalidades mais graves, o transtorno depressivo pode implicar desfechos como o suicídio, que ocorre a cada 40 segundos no mundo. De acordo com Caponi, 2010,

Para que a depressão possa se transformar na epidemia do século, foi necessária a criação de uma rede de pequenas interações entre sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos e um aparelho estatístico e médico cada vez mais sofisticado de classificação de sintomas, de localização cerebral, de diagnósticos por imagem (p 136).

A aplicação de “epidemia” ao contexto da depressão evoca certa problematização, uma vez que se difere da concepção clássica epidemiológica, e que se trata de um acometimento não transmissível, subjetivo, sobretudo em relação às causas, conjunturas, condições de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), uma epidemia é caracterizada por:

uma ocorrência, numa coletividade ou região, de casos da mesma doença (ou surto epidêmico) em número que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada, e derivados de uma fonte comum ou que se propagou. O número de casos que caracteriza a presença de uma epidemia varia segundo o agente infeccioso, o tamanho e o tipo da população exposta, sua experiência prévia com a doença ou a ausência de casos anteriores e o tempo e o lugar da ocorrência (MS, 1977, p 29).

Nesse sentido, Virchow (1848) classificou as epidemias em naturais e artificiais de acordo com seu uso e com o cenário que está inserida, considerando epidemias artificiais àquelas ligadas à uma falsa cultura, ou seja, falhas na organização política e social, bem como um processo social em construção. (BARATA, 1987). Nesse sentido,

A história mostrou mais de uma vez como os destinos dos maiores impérios foram decididos pela saúde de seu povo e de seu exército; não há mais dúvida de que a história das doenças epidêmicas deve ser uma parte inseparável da história cultural da humanidade. As epidemias correspondem a grandes sinais de alerta que mostram ao verdadeiro estadista que um distúrbio ocorreu no desenvolvimento de seu povo, que nem mesmo uma política caracterizada pelo desinteresse pode negar (ROSEN, 1979 apud BARATA, 1987, p 12).

Em outras palavras, haveria uma fragilização dos Estados-nação enquanto estruturas sociais devido à grande influência dos ganhos e conveniências centrados nas forças do capital e do mercado (BAUMAN, 2007). Em suposto nome da saúde, do acesso aos avanços tecnológicos, intervenções farmacológicas e do controle dos riscos que nos ameaçam constantemente, cedemos à noção de normalidade, de categorização, de segregação e do enfraquecimento da noção de coletivo e comunidade (CASTIEL, 2013). Portanto, há uma realidade importante em termos sociais que não pode ser excluída dos processos de produção de subjetividades que sofrem e que adoecem.

Na própria história da Medicina Social, que será explicitada no tópico a seguir, as práticas de controle em relação aos surtos eram direcionadas para a questão biológica e de contágio, mas havia a necessidade de uma compreensão do recorte histórico e econômico como o aumento populacional em áreas urbanas e as condições de saúde dos trabalhadores. Dessa forma: “os problemas são deslocados da esfera da produção para os hábitos morais da população trabalhadora e a prática educativa baseada na transmissão de princípios higiênicos adequados” (BARATA, 1987, p. 13).

Ao reduzir uma epidemia ao seu valor biológico, em um modelo unicausal, se instituiu a contenção das doenças sob responsabilidade do desenvolvimento científico através de instrumentos e conhecimento, isentando o Estado e a economia que estão imbricados nas condições de vida da população. Além disso, Barata (1987) afirma que “o que faz da epidemia um fato único é a especificidade do contexto no qual ela ocorre, e não a essência da doença em questão” (p 11). Sob esse ponto de vista Foucault pontua:

A epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usar com ela, um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo, processo único, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto (FOUCAULT, 1977, p. 27).

Observo que o esgarçamento do termo epidemia utilizado em cenário epidemiológico para a incidência de depressão tende a reduzi-la a algo estritamente biológico, ou seja, um déficit de serotonina poderia homogeneizar o sofrimento. Não pretendo negar a existência da depressão como um transtorno, mas justamente compreender os atravessamentos implicados e na diferenciação do que seria uma patologização do sofrimento.

Freitas e Amarante (2017) e Whitaker (2017) conjecturam a ideia de *epidemia de psicofármacos*, assim como Angell (2007) em seu texto *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Os estudos de Kirsch (2010) apontam o efeito reduzido das drogas em relação ao placebo e, ainda, os inúmeros efeitos adversos diante da retirada de medicação. O que nos leva a questionar o imenso volume de drogas psiquiátricas lançadas no mercado. Em um estudo feito entre seis drogas antidepressivas, concluiu-se que o efeito placebo era 82% tão eficaz quanto as drogas. Muitas medicações tendem a trazer mais malefícios do que benefícios aos pacientes que, ao longo do tempo, podem passar a ter desajustes cerebrais que desencadeiam outros problemas. É o caso dos amplamente utilizados ISRS (Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina), que aumentam a disponibilidade do neurotransmissor na fenda sináptica. O cérebro então, em uma tentativa compensatória chamada feedback negativo, passa a liberar menos serotonina ou tornar as partes receptoras dos neurônios (dendritos) insensíveis a ela. Essa desregulação e perturbação causada pelo medicamento torna os transtornos mentais de episódicos para crônicos (WHITAKER, 2017). Diferentemente do uso de psicoterapia e práticas como yoga, meditação e exercícios físicos, que podem alcançar efeitos benéficos, mas que não geram o mesmo lucro dos medicamentos. Tais pontuações instauram reflexões a respeito dos sistemas de poder vinculados entre ciência, indústria na disseminação medicamentosa ignorando sua eficácia limitada (CAPONI, 2018).

4. O PODER DA VIDA

Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista? (MACHADO DE ASSIS, 1994, p 17).

Os estudos de Foucault foram ampliados a diversos contextos, sendo discutidos em termos políticos, filosóficos, médicos e pedagógicos (LEMKE, 2010). A concepção foucaultiana acerca do Biopoder tornou-se interessante de ser aqui trabalhada justamente pela visão política do corpo e pela atuação do poder sobre ele. Sendo o poder uma estrutura de ações que promove outras ações através de constrangimentos, induções, seduções, porém sem violência concreta ou confrontação. O poder atua em pessoas livres ou enquanto o são na verdade; o poder está sempre articulado ao saber, e não se detém poder, se exerce, na medida em que poder se expressa em relações (FOUCAULT, 1982).

Em *Microfísica do poder*, mais precisamente no texto “O nascimento da medicina social”, há uma discussão acerca da medicina moderna que surge no fim do século XVIII. Foucault desenvolve a ideia de que a medicina moderna é social à medida que é uma prática que se formou a partir de três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. A primeira, a medicina de Estado, foi iniciada na Alemanha e era pautada na noção do corpo visto como força de uma nação, e a medicina deveria então aprimorá-lo. A segunda etapa foi a medicina urbana, segundo a qual, através do exemplo da França, o corpo era parte do urbano, havendo a necessidade de unificá-lo constituindo um corpo coerente e homogêneo sob o domínio de um poder único. Uma vez que a cidade é um lugar de mercado e de produção, era necessário um poder para regular a população urbana e evitar possíveis revoltas do povo operário. Diante disso, o tecido urbano gerou então o *pânico urbano* devido às epidemias e ao amontoamento de mortos nos cemitérios, e então passou a ser praticado um plano de urgência em que todos os habitantes da cidade eram inspecionados, a cidade era dividida em bairros para diminuição da circulação, com abertura de avenidas para a circulação de ar, vigilância constante e desinfecção das casas. Houve aumento da angústia e do medo com o amontoamento de casas, oficinas, epidemias, cemitérios, esgotos. O mecanismo de exclusão e exílio dos doentes passou a ocorrer tendo em vista a purificação dos espaços. A medicina urbana tornou-se uma medicina do ar, da água e das condições de vida, e foi a partir dela que se deu o estabelecimento da questão coletiva e social na medicina científica do século XIX. A terceira etapa trata-se da

medicina inglesa, da força de trabalho, em que o operário passou a ser o objeto de medicalização. O pobre, ao invés de útil como anteriormente, era perigoso. Útil pois entregava correspondências, fazia limpezas e outros trabalhos nas cidades. E perigoso para a saúde do restante da população urbana, pois foi associado à origem dos fenômenos epidêmicos, à escassez de higiene e, portanto, a problemas sanitários. A cidade foi sendo dividida entre pobres e ricos e foi instituída a *Lei dos pobres*, em que haveria o controle dessa população mediante a assistência médica. O perigo em torno dos habitantes de baixa renda também ganhou viés político, considerando a força das revoltas e de resistências perante as medidas tomadas pelo Estado.

Várias interpretações foram feitas a respeito dos conceitos trazidos por Foucault e desenvolvidas de forma distinta. De acordo com Lemke (2010), a noção de Biopolítica nos textos de Foucault não aparece de forma estática. A sua primeira citação ocorreu em 1974 e introduzida em 1976 nas aulas no *Collège de France* e no texto *História da Sexualidade*. O termo foi trabalhado de acordo com análises históricas e delimitações dos mecanismos de poder; poder soberano e biopoder, os quais regiam o direito de viver e morrer. Porém, houve transformações importantes nesse percurso como o crescimento industrial e agrícola que estimularam o conhecimento médico e científico sobre o corpo humano através das epidemias, doenças e fome. Portanto, os avanços da medicina estavam autorizados a atuar com certo controle sobre a vida. Assim, os métodos e o poder do conhecimento assumiram a responsabilidade de modificar e controlar a vida, disciplinando os corpos e o controle regulatório da população e fazendo viver ou deixando morrer. Podemos identificar alguns significados empregados por ele como uma ruptura do pensamento e prática política através de uma rearticulação do poder soberano. Outra atribuição seria como um mecanismo de papel central na ascensão do racismo moderno, além de governos que emergiram com elementos liberais de regulação social e individual (LEMKE, 2010).

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Formam-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia-política”: que é também igualmente uma mecânica do poder, está nascendo (...) A disciplina fabrica assim corpos submissos, exercitados, corpos ‘dóceis’ (FOUCAULT, 1977, p. 127).

Na segunda metade do século XVIII, outra categoria de poder é descrita por Foucault, e compreende o corpo social em que há tentativas de regulação e controle através da busca de um equilíbrio interno corpóreo. A tecnologia disciplinar tem especificidades de acordo com seus elementos históricos e foi desenvolvida dentro de instituições como exército, prisões, hospitais, escolas. Portanto, há o corpo como organismo disciplinar institucional e os mecanismos regulatórios dos processos biológicos populacionais. Disciplina e controle são diferenciados por Foucault, mas preservam relações intermediárias entre si (LEMKE, 2010).

4.1 MEDICALIZAÇÃO

Cabe nessa discussão da ciência médica e do paradigma biomédico o conceito de *medicalização*, articulado fortemente por Foucault e que, desde a segunda metade do século XX, passou a ganhar destaque na literatura científica, uma vez que os impactos da Segunda Guerra geraram diversas novas formas de tratamentos e de prevenção de doenças. Nesse contexto, a medicina e as suas práticas adquiriram uma nova magnitude, tanto em termos evolutivos da própria ciência com descobertas revolucionárias, quanto em legitimidade de seu lugar social. A medicina científica não ocupa um lugar isento - há interesses, relações e jogos de poder instituídos.

A medicina como controle social e como promotora da medicalização da sociedade foi trazida por Zola em 1972 e analisada em eixos como a vida cotidiana e a medicina; o poder da medicina naturalizado; a aquisição da medicina ao livre acesso a diversas áreas humanas e a expansão da medicina através de “boas práticas de vida”. Portanto, há diferentes discursos e atores envolvidos no processo de medicalização da vida de um modo geral como a indústria farmacêutica, a ciência, as tecnologias em saúde, além de pacientes, familiares, seguros de saúde e advogados (FREITAS e AMARANTE, 2011).

Em termos da medicina voltada para os problemas mentais, na década de 1950 se estabeleceu uma aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, bem como a descoberta dos antipsicóticos como a Clorpromazina (CPZ) e antidepressivos. A CPZ foi utilizada inicialmente por Laborit, que publicou seu primeiro artigo em 1952 e destacou os efeitos do uso da droga em seus pacientes, se referindo a uma “lobotomia farmacológica” e que haveria uma espécie de “indiferença psíquica à dor” (MISSA, p 255, 2006 apud CAPONI, 2018). Portanto,

a CPZ foi orientada para uso voltado para o controle de reações de estresse em situações limites como as que se viviam nos campos de batalha, e foi então incorporada nos primeiros socorros médicos dos soldados americanos na Guerra da Coreia (HEALY, 2000 apud CAPONI, 2018).

O efeito psicológico mais constante era a inércia e o desinteresse. As excitações do mundo exterior pareciam chegar a um modo amortizado. Eles respondem aos estímulos com um ligeiro retardo, com um tom neutro e indiferente, os olhos baixos, afundados em uma doce indiferença, parecem separados do ambiente por um tabique invisível (DENIKER, 1952, p 267 apud CAPONI, 2018, p 29).

Sendo assim, a partir da premissa de que as drogas podem aliviar os sintomas mentais, a teoria do desequilíbrio químico expandiu fronteiras. A medicina ganhou o direito de ditar formas de como se relacionar, trabalhar, dormir, viver. De forma que os diagnósticos passaram a atuar como motores produtores de subjetividades que atuam contando, quantificando, criando normas, estabelecendo correlações, medicalizando, biologizando, transformando em genético, normalizando, burocratizando e reivindicando a identidade. Esses motores endossam as categorias diagnósticas baseadas em localizações biológicas, promovendo a legitimação social dos transtornos psiquiátricos (HACKING, 2006 apud CAPONI, 2010).

A fim de elucidar a história da psiquiatria, Caponi (2018) promove uma reflexão acerca do conceito do regime de verdade de Foucault que se refere à imposição de crenças, abordando como certas regras foram naturalizadas através de estratégias de imposição sem mediação, implicando nas tecnologias de governo sobre os homens.

Um conjunto de regras, normas, instituições e leis que encontram sua legitimidade nas diferentes verdades que o saber psiquiátrico defendeu ao longo de sua história. O marco da descoberta da CPZ dá início a esse regime de verdade centrado na psicofarmacologia que a psiquiatria biológica defende até hoje (CAPONI, 2018, p. 21-22).

A psiquiatria utilizou-se das bases da medicina geral, como se a CPZ fosse equivalente a penicilina, apontando para um saber voltado para a doença e, portanto, para as perturbações do cérebro. A droga está na centralidade e por meio dela e de seus mecanismos de ação são descobertas as funções cerebrais. Apesar de todos os esforços e da tentativa de trazer a ótica revolucionária dos psicofármacos, a origem das psicoses e outras condições mentais ainda é desconhecida (CAPONI, 2018).

Como abordado no capítulo anterior, a instituição do DSM incorporou muitas experiências da vida humana à ordem patológica, promovendo a perda de autonomia dos sujeitos devido à diminuição do potencial criativo e cultural de lidar com as questões próprias do viver, transformando-as em potencial mercadoria. O modelo de desenvolvimento em que estamos inseridos é naturalizado e encarado como evolutivo, porém, à medida que ele cresce, se torna mais patogênico (FREITAS e AMARANTE, 2011).

A tabela 3 abaixo ilustra o aumento expressivo de categorias diagnósticas desde a primeira edição do DSM em 1952 até a penúltima em 1994 (MAYES & HORWITZ, 2005)

Tabela 3: Número de categorias diagnósticas das edições do DSM.

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

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

É possível apreender que a vida subjetiva e as suas mais diversas manifestações se tornaram objeto de uma patologização e de medicalização. Peter Conrad (2007) identifica a medicalização como um fenômeno complexo que trata questões de ordem humanas a partir de uma ótica médica restrita.

As possibilidades de tratamentos mais disseminadas são baseadas no uso dos psicofármacos, encarados como *pílulas mágicas* (WHITAKER, 2017). O advento de tais pílulas gerou um contingente cada vez mais interessado em consumi-las e, assim, apaziguar suas angústias. Dessa forma, a elevação do número “doentes” e seu papel social e econômico se tornou essencial para o estabelecimento dos comportamentos normais ou patológicos. Os psicotrópicos são utilizados visando atingir a adaptação do que é cultuado como normal - ter sucesso e ser produtivo, feliz e saudável. Em outras palavras, ser saudável implica assim em ajustar, corrigir, gerir e regular o que chamamos de sofrimento humano (FURTADO, 2018). Além disso, a perpetuação de doentes alimenta a produção, os lucros, as representações e

construções sociais de saúde e doença e, assim, novas subjetividades (FREITAS e AMARANTE, 2011). Sendo assim:

Os efeitos nefastos dessa apropriação se apresentam quando toda a experiência de sofrimento é cooptada pela lógica biomédica de saber, negligenciando-se as dimensões sociais, intersubjetivas e psíquicas que lhes são inerentes, bem como as possibilidades de compreendê-las a partir de leituras antropológicas, psicológicas, históricas, econômicas ou mesmo mítico-religiosas. Nesse caso, além da negação dos efeitos colaterais ou negativos das intervenções biomédicas, invalida-se a sensibilidade das pessoas frente a suas experiências, sempre permeadas por afetos, conflitos, elaborações, dúvidas e dificuldades de diferentes ordens. O discurso médico torna-se totalizante, fazendo com que nós mesmos prestemos menos atenção nas várias dimensões de nossas vivências (MIRANDA, 2017, p 58).

Para Amarante e Freitas (2011), a medicalização é um processo complexo em que experiências humanas tornam-se objetos de saúde, transformando o que seria de ordem política e social para algo do âmbito da ciência biomédica. Para cada sentimento, emoção ou modo de sofrer surge um nome, uma categoria. Dessa forma, ocorre a perda de autonomia dos sujeitos enquanto capazes de assumir responsabilidades pessoais e coletivas, de maneira a promover a incapacidade de sentir dor por meio de uma paralisação diante dos diagnósticos estigmatizados. Da mesma maneira, por vezes, o que é de ordem pública, política ou social é transformado em doença, isentando o Estado de seus deveres e seus indivíduos pelos seus comportamentos (SZASZ, 1971).

Quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer nosso amigo, e mais a doença se despolitiza (ILLICH, 1976, p 96).

Nesse sentido, Rose esclarece que

a biopolítica contemporânea está fortemente entrelaçada às novas biotecnologias e à reformatação dos limites dos Estados liberais, envolvendo o exercício de novas formas de biopoder, instando os indivíduos a se responsabilizarem por gerenciar e arquitetar seus aspectos vitais, ou o que se pode chamar de “a vida em si” (ROSE, 2007, p 12).

Há então uma imbricação de fatores que, através de um processo histórico e dinâmico, corroborariam para uma saúde centrada e propulsora de doenças por meio da medicalização da vida de acordo com um paradigma dominante psiquiátrico (WHITAKER, 2017). Paradigmas têm propostas amplas no sentido de dominar e instituir pressupostos absolutos (OLIVA, 2003). A questão que se coloca está associada à existência de paradigmas distintos, bem como da

imposição de um saber único proposto pelo discurso biomédico, que se diz capaz de fazer frente à complexidade do viver e, assim, dos cuidados em saúde (FERTONANI, 2014). Esse pensamento abarca parâmetros instituídos e do desenvolvimento da própria ciência enquanto cenário de disputas e de jogos de interesses político-econômicos que estão alinhados com os tipos de produção científica em destaque, incentivadas e inseridas em uma lógica de mercado de uma sociedade capitalista (OLIVA, 2003).

5. SOCIEDADE INDIVIDUALIZADA E SUAS PRODUÇÕES SUBJETIVAS

Um ano depois, irrompeu o conflito que lhe subtraiu o mundo suas belezas. Não só destruiu a beleza dos campos que atravessava e as obras de arte que encontrava em seu caminho, como também destroçou nosso orgulho pelas realizações de nossa civilização...Maculou a elevada imparcialidade da nossa ciência, revelou nossos instintos em toda a sua nudez. Amesquinhou mais uma vez nosso país e tornou o resto do mundo bastante remoto. Roubou-nos do muito que amáramos e mostrou-nos quão efêmeras eram inúmeras coisas que considerávamos imutáveis (FREUD, 1916, p 319).

O sujeito contemporâneo seria marcado por uma autocentralidade, porém vazia, (BIRMAN, 1999), de forma que há a exaltação da individualidade e a afirmação da auto imagem. Maia e Albuquerque (2000) identificam na sociedade atual a *cultura da imagem* e a busca pela satisfação imediata e o prazer de ter e consumir, e a angústia da espera é aplacada através da medicação. Portanto, o “caminho” do capital já está traçado: ideais de vida impossíveis de serem alcançados geram mal-estar social que é aliviado com o uso de drogas psicotrópicas. Esse circuito passa a ser extremamente rentável e mantido de acordo com interesses da indústria como um todo.

O aumento da incidência dos distúrbios depressivos nas últimas décadas do século XX nos diz que há um aparente descompasso entre uma sociedade que dita moldes de uma vida saudável, alegre e feliz. Vive-se de acordo com o binômio saúde/beleza, que compreende uma “economia da vitalidade” e “economia da esperança”, vinculadas à ordem do capital contemporâneo em termos de biopolítica (BASTOS e CASTIEL, 2013). Bauman (1997) afirma que há exigências de ordem, beleza e pureza que levam o homem a investir em seu corpo de acordo com tais ideais do mercado do bem-estar, do vigor e aparências em detrimento da sua real felicidade. Além disso, a economia da esperança estaria associada às descobertas científicas que prometem cada vez mais potencializar a vida aliviando sofrimentos, atenuando dores e marcas, disseminando a incessante busca por essas novas biotecnologias (ROSE, 2007; CASTIEL E VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

É evidente a soberania do capitalismo que impõe modos e concepções de vida naturalizadas e extremamente nocivas à saúde mental, como segregação e busca pelo acúmulo de capital na ânsia pelo consumo, produzindo subjetividades competitivas, sem tempo, solitárias, tristes e medicadas (PELEGRINI, 2003).

Bezerra Jr (2014) denuncia a mudança ocorrida em decorrência do encontro do sujeito com o diagnóstico. Os sistemas classificatórios representam e constituem a própria cultura e, “pela força performativa de suas categorias, se tornam verdadeiros atores sociais com forte poder de agenciamento na vida subjetiva dos indivíduos” (p 15).

Há certa mudança na subjetividade que vem ocorrendo com o passar dos anos, influenciada pelos discursos científicos e tecnológicos e não mais saberes sociais e familiares (LEBRUN, 2004). Como aponta Birman

De qualquer forma, se a subjetividade contemporânea não consegue mais transformar dor em sofrimento, isso se deve à impossibilidade de interlocução do sujeito, que lançado na vida nua e no mundo sem sentido se chafurda no abismo da depressão. Enfim, o vazio da subjetividade atual é o correlato do mundo que perdeu o sentido intoxicados por tranquilizantes e antidepressivos, incapazes que somos de criar mediações no mundo (BIRMAN, 2017 p 55).

À medida que surgem mais e mais drogas que sustentam a promessa de melhora e de cura, mais deprimidos temos. A expansão pesada da indústria farmacêutica vende o rápido aniquilamento da dor de existir que pode haver em qualquer ser, em maior ou menor grau (WHITAKER, 2017).

A cultura ocidental se torna individualizante à medida que projeta em cada um de nós o imperativo de que somos capazes e de que só depende de nós. Isso propõe certa desagregação, com responsabilização individual em detrimento da coparticipação, da força do coletivo e dos deveres do Estado enquanto propulsor de cuidado das suas populações. Durante anos e ainda hoje, a direção clínica e social é centrada no isolamento, na segregação da diversidade, na ideia do louco, do doente, do deprimido, indo de encontro do que se preconiza na própria “invenção” humana do viver (FREITAS e AMARANTE, 2011).

O contexto contemporâneo envolve elementos passíveis de análise como a ordem do desempenho e da produção, que refletem na saúde através da mercantilização (BARBOSA, 2004). Nessa conjuntura, há implicações dinâmicas tanto nos âmbitos social, relacional, cultural, político, ético e econômico quanto nos modos de fazer e pensar a promoção de saúde mental. Haveria certa interdependência entre os setores e os meios em que estão inseridos, pois a melhoria da saúde está ligada às circunstâncias sociais, culturais e históricas que influem nos

estilos de vida e na disseminação de visões de saúde, que acabam sendo centradas na individualidade e responsabilização dos indivíduos em detrimento da coletividade, corresponsabilização e contexto social (VERDI, 2005).

Deparamo-nos com a intensificação do lugar ocupado pelo paradigma científico que se diz dominar todo o saber e oferecer uma lógica do impossível, da ausência de faltas, de um bem estar ideal. De forma que a vida subjetiva e as suas mais diversas manifestações se tornam objeto de uma patologização, de padrões estipulados e de viabilidade inalcançável. Nesse sentido, a análise do cenário atual e os impactos na saúde mental das pessoas aponta para um descompasso visível entre o que é disseminado socialmente e a realidade possível. A cultura da imagem, da ordem da felicidade, do sucesso, da virilidade e da valorização de um padrão de beleza único e prioritariamente atrelada à jovialidade se tornaram uma fábrica em potencial de subjetividades frustradas, chamadas “deprimidas”, que se julgam incapazes e inúteis (TAVARES, 2010). Como aponta Lipovestky,

A era do vazio, como caracteriza a vida pós-moderna, a “crise” nos sentidos que atribuíamos à nossa existência vai nos expor mais diretamente à dor do vazio. E, para alguns indivíduos, o vazio assume a forma de apatia, desânimo, tristeza, falta de sentido de si e de perspectiva de vida (LIPOVETSKY, 1983 p 56).

A forma como se encara a saúde e a suposta ausência dela diz de uma sociedade que valoriza modos de vida dominantes em detrimento aos que estão à margem. Há imperativos sociais que impactam e são impactados por conceitos, pesquisas, estudos científicos e pelas práticas em relação à saúde de um modo geral. Saberes antes tradicionais deram lugar ao saber científico, que comanda as esferas públicas e privadas. A forma como o sofrimento e a dor são assumidos nos dias atuais não pode ser analisada de maneira simples sem constructos históricos e a problematização dos caminhos traçados pela sociedade contemporânea delineados na transformação da lógica temporal. Em uma sociedade onde tornou-se possível e extremamente valorizado realizar inúmeras tarefas simultaneamente com o uso dos diversos aparatos tecnológicos e não há tempo a perder, eliminar dores incapacitantes em alguns minutos após a ingestão de algum medicamento aparece como a “solução”. A ordem do capital urge e a produção e o consumo são os guias (TAVARES, 2010).

Estamos rodeados de referências simbólicas que norteiam comportamentos, relacionamentos, visões de mundo. Somos atravessados por paradigmas estabelecidos ou em

busca de um estabelecimento e, muitas vezes, a custos muito altos como a saúde em todos os seus amplos aspectos. A centralização no modelo biomédico atualmente está intimamente ligada às mudanças trazidas pelo mundo pós-moderno em que há a intensificação da verdade da ciência, caracterizada por um saber pautado por uma completude em que tudo é possibilitado pelo saber e poder dos especialistas. Dessa forma, as questões ligadas à irracionalidade humana são renunciadas, o lugar da interlocutividade com o sujeito é esvaziado e as possibilidades de intervir em um protocolo já estabelecido são anuladas. Porém, esse saber se defronta constantemente com um real incapaz de se dominar, tropeçando diante da complexidade do que é um sujeito. (LEBRUN, 2004). Assim,

Birman (2001) caracteriza a depressão como campo de um vazio que não se configuraria mais como a experiência de uma perda. O deprimido do mundo pós-moderno apresenta um encolhimento vital. A questão está na não realização dos ideais imaginários, a cultura narcísica e performática se impõe ao eu alienado pelo consumo. O sofrimento da depressão não nasce da perda de um objeto, mas do vazio de não realizar a cena performática e estetizante da cultura do narcisismo (MOREIRA, 2008, p 5).

De acordo com Birman (2005), a subjetividade na atualidade está marcada pela positivação do corpo, das ações e sensações em oposição ao pensamento e à temporalidade. As novas tecnologias colaboram com a mudança de concepções em um mundo ocidental voltado para a ciência do absoluto e da totalidade. A questão não se trata de vilanizar a ciência em si - estamos longe de negar seus benefícios e avanços capazes de transformar vidas antes desenganadas -, mas de analisar suas consequências no âmbito da saúde. Houve grandes conquistas com pesquisas e descobertas que hoje garantem a vida de milhares de pessoas. Porém, a partir do momento em que o foco do tratamento passa a ser a doença e não a pessoa doente, temos um corpo medicalizado e um sujeito excluído de sua própria história.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem (GUIMARÃES ROSA, 1956, p 334).

A definição do objeto de estudo percorreu um caminho com tentativas de afinar as questões que poderiam ser trabalhadas. Por se tratar de um tema bastante interessante, atual e vasto, houve uma constante busca por delimitar o que, agora, seria possível abordar. Sendo assim, o objeto passou por lapidações nem sempre precisas, mas que puderam produzir um percurso de extração de conteúdos e análises e que passou e, possivelmente, ainda passará, por polimentos de diversas modalidades.

O método utilizado foi sendo modificado de acordo com os processos sofridos ao longo destes dois anos. Algumas transformações ocorreram impactando diretamente no curso da pesquisa e no objeto de estudo. Trata-se de um percurso dinâmico e construído de acordo com a evolução do meu tema, que foi ganhando forma respeitando as necessidades dessa dissertação e com o apoio dos meus orientadores. Assim como trouxe Foucault em “A arqueologia do saber”:

Não tenho um método que se aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método (FOUCAULT, 1980, p 229).

Portanto, o princípio é de que o método deve ser escolhido conforme o desenvolvimento do objeto. Nesse sentido, a quebra de saberes universais é necessária para a abertura às novas possibilidades. As questões dadas a priori devem ser despidas para que novos arranjos possam emergir na própria experiência do estudo (FERREIRA NETO, 2015). Assim, “um campo de experiências em que sujeito e objeto são ambos constituídos apenas em certas condições simultâneas, mas que não param de se modificar” (FOUCAULT, 1984/2004, p. 238).

Temos aqui um trabalho singular, carregado de lutas e potencialmente transformador para objeto e pesquisador. Portanto, se trata de suspender o objeto escavando os discursos, disputas políticas e silenciamentos envolvidos que impactam inclusive nas práticas em saúde. Para Batista, Borges e Matta (2015), advogando uma proposta de análise de políticas públicas

de influência foucaultiana, o advento do novo requer a construção de um olhar amplo considerando as possibilidades, as rupturas, as manutenções, os saberes envolvidos e os instituídos; enfim, a complexidade dos fenômenos estudados.

Durante a busca por leituras, conceitos e questões para nortear a análise metodológica, houve uma tentativa de transitar por autores alinhados a um caráter crítico quanto aos fenômenos sócio-históricos, da mesma maneira que meus orientadores e eu. Encarei a pesquisa com olhos às vezes perdidos, mas sempre estimulados a desmistificar muitos pontos engessados nos modos de produzir e pesquisar. Nesse sentido, é importante pontuar uma ideia que atravessa toda essa dissertação: a implicação de quem escreve. Portanto, não há um pesquisador que está fora, eximido de sua pesquisa - ele não está neutro em relação aos significados trazidos, como pontuou Minayo (2014) a respeito da possibilidade de considerar o envolvimento entre investigador e objeto como forma de potência:

Grupos e pessoas estão sob a mira de um desafio: ou experimentam vôos de águias ou se contentam com o conservadorismo que corrói a energia das instituições (2014, p 19).

Dessa forma, há elementos dinamicamente imbricados, associados a fatores múltiplos que devem ser considerados durante todo o processo investigativo. O caráter contextual deve ser observado: mudanças enfrentadas nas últimas décadas do século XX e início do XXI impactam em diversos campos e, também, nos científicos. As questões sobre as quais nos debruçamos hoje estão cada vez mais atravessadas por diversas disciplinas e denunciam as dinâmicas e forças envolvidas nos modos de fazer e avaliar a ciência, como financiamento, perfil dos investigadores, tecnologias, mercado, capital, política, interesses e instituições envolvidas. (MINAYO, 2014).

Não proponho a descoberta de algo novo ou inovador em si, mas sim do uso de algumas ferramentas metodológicas já existentes para analisar o material. De forma a considerar os discursos inseridos, as forças, relações, questões históricas e associações com fenômenos diversos. Essas estratégias vão ao encontro da proposta de analisar as publicações científicas quanto à associação dos termos “depressão” e “epidemia”. Essa construção do método contou com o apoio e suporte dos meus orientadores que possibilitaram que minha liberdade criativa pudesse aflorar.

Trata-se então de um trabalho de revisão de literatura que estaria a serviço de um mapeamento do campo, um levantamento do cenário a respeito da suposta epidemia de depressão. O trabalho com bibliografias em bases de dados evidencia o papel que essas publicações exercem nos mecanismos de produção de conhecimento e esse método pode trazer reflexões pertinentes. Sendo assim, as etapas explicitadas até agora compreenderam em identificação do tema, objeto de estudo e questão de pesquisa. Agora partiremos para a definição das estratégias de busca em bases de dados, filtros utilizados, gerenciamento de dados, aplicação de critérios de inclusão/exclusão e análise dos documentos selecionados.

A escolha de tal modalidade de pesquisa relaciona-se diretamente com a possibilidade de criação, estranhamento e análise proporcionada e sustentada por meus orientadores, além da própria história com meu objeto. O fato de estar inserida no campo também como psicóloga clínica atuando com questões muito próximas do meu objeto suscitou o desejo de realizar um levantamento nas bases de dados a respeito da temática proposta e, para isso, a pesquisa bibliográfica seria a escolha mais adequada neste momento. Os resultados desse estudo servirão de base para discussões futuras que pretendo realizar. A partir dos textos acadêmicos publicados em revistas da área da saúde, seria possível analisar o que está sendo veiculado no meio científico a respeito da temática. Um meio restrito e dominado por poucos, que produz e reproduz o domínio do discurso biomédico, como foi pormenorizado nos capítulos anteriores.

Procurei explorar as produções científicas a respeito da temática da depressão associada ao termo “epidemia”. A correspondência entre os dois, por vezes, é feita através de expressões como “o mal do século” sugerindo que há um grande número de pessoas vivendo nessa condição e é justamente isso que me chamou atenção.

Visando uma compreensão de como as produções científicas têm se debruçado sobre esse tema, foi realizada a primeira busca formalizada em novembro de 2018 com o auxílio do bibliotecário do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), Adriano Silva. Escolhemos as seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde por meio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS). Compreende uma rede de gestão de informações científicas em saúde trabalhando de forma cooperada entre instituições. Também foi consultado o Scopus,

pertencente à empresa Elsevier, que se identifica como o maior banco de dados de resumos e citações da literatura, com revisão por pares: revistas científicas, livros, processos de congressos e publicações do setor, das áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades. Assim como *Web of Science*, uma plataforma que abrange conteúdos nas áreas de ciências, ciências sociais, artes e humanidades pertencente à Clarivate Analytics e produzida pelo Institute of Scientific Information. E também o PubMed, vinculado à Medline e oferecido pela Biblioteca Nacional de Saúde dos Estados Unidos. Essas bases foram escolhidas devido à abrangência e representatividade nas publicações dos estudos na saúde.

Utilizamos termos da árvore do vocabulário estruturado e trilingue DeCS (Descritores em Ciências)¹ acompanhados dos operadores booleanos: Depressão OR “sintomas depressivos” AND Medicalização OR Patologização OR “Mercantilização da saúde” OR “Paradigma biomédico” OR “Complexo Econômico-Industrial da Saúde” OR “Indústria farmacêutica”. Foram encontradas 398 publicações. Após algumas análises e reflexões, em 2019 foi realizada uma nova busca, pois os descritores utilizados anteriormente estavam voltados diretamente para a minha visão e hipóteses iniciais no que diz respeito ao envolvimento do paradigma biomédico, da indústria farmacêutica e dos processos de medicalização na suposta epidemia de depressão, o que poderia direcionar os resultados.

Na segunda busca, foram utilizados somente os descritores “Depressão” e “Epidemia” e o operador AND, a fim de correlacionar os termos em inglês em todas as bases. Desta forma, a pesquisa nas bases de dados estaria condizente ao objetivo inicial do presente trabalho de problematizar a suposta epidemia de depressão buscando o que é publicado a respeito. Sendo assim, os termos “depressão” e “epidemia” deveriam aparecer concomitantemente nas publicações e sem restrição de língua. Inicialmente, encontramos na BVS mais de 50 mil

¹ O vocabulário estruturado e trilingue DeCS - Descritores em Ciências da Saúde foi criado pela BIREME para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como LILACS, MEDLINE e outras. O DeCS é um vocabulário dinâmico totalizando 31.865 descritores, sendo destes 27.232 do MeSH e 4633 exclusivamente do DeCS. Existem 2.084 códigos hierárquicos de categorias DeCS em 1516 descritores MeSH. As seguintes são categorias DeCS e seus totais de descritores: Ciência e Saúde (218), Homeopatia (1.945), Saúde Pública (3.492) e Vigilância Sanitária (827). O número é maior que o total, pois um descritor pode ocorrer mais de uma vez na hierarquia. Por ser dinâmico, registra processo constante de crescimento e mutação registrando a cada ano um mínimo de 1000 interações na base de dados dentre alterações, substituições e criações de novos termos ou áreas. Com a criação das BVS, surgiram as estratégias de buscas temáticas para facilitar o trabalho de pesquisa aos temas mais importantes de cada BVS (disponível em decs.bvs.br).

resultados o que nos levou (eu e o bibliotecário Adriano Silva) a restringir a busca para chegarmos a um número passível de análise, uma vez que ainda ampliaríamos para as outras bases. O filtro que identificamos pertinente ao trabalho foi o de publicações realizadas no continente americano na última década (2009 a 2019). A escolha do filtro dos últimos dez anos se justifica devido às mudanças em relação aos critérios diagnóstico, à maior prescrição de drogas, à importante transição entre os DSM's e ao aumento de pessoas diagnosticadas nos últimos anos, como citado na introdução da dissertação. O continente americano foi adicionado ao filtro devido à grande influência da psiquiatria americana no Brasil e no mundo. Seus critérios diagnósticos, conceitos e métodos foram adotados pela Associação Mundial de Psiquiatria e pela Organização Mundial de Saúde desde a década de 1980, quando houve a ascensão da psiquiatria biológica, o que impactou maciçamente a forma de diagnosticar e tratar as questões mentais (AGUIAR, 2004).

Após a aplicação dos filtros atingimos o número de 1390 documentos nas quatro bases de dados: Web of Science (245), BVS (751), Scopus (341) e PubMed (53). Em seguida, utilizando o gerenciador de dados Zotero², foram realizadas as leituras dos títulos, palavras chave e resumos. Os critérios de exclusão foram: duplicidade dos documentos, depressão não estar relacionada à ideia de epidemia e não ser o foco central do artigo. Foram descartados 1202 documentos. As 188 publicações (artigos, documentário, editorial, cartas ao editor) que restaram foram discriminadas e agrupadas de acordo temáticas por mim criadas. Ao término da parte metodológica e dos resultados, percebi que havia incluído duas bases na primeira busca e não o tinha feito na segunda. A fim de manter o padrão nas buscas, solicitei ao mesmo bibliotecário que adicionasse as bases de dados o PsycInfo, produzido pela Associação Americana de Psicologia, que engloba títulos nas ciências sociais e comportamentais, e o Sociological Abstracts, pertencente à Proquest, que indexa literatura internacional em sociologia e disciplinas relacionadas. Foram encontrados 167 documentos e, seguindo o mesmo procedimento de filtragem, foram categorizadas 30 publicações.

² Zotero é uma ferramenta, um gerenciador de referências de acesso livre e código aberto. Utilizado para organizar dados bibliográficos relacionados a pesquisas. Suas características principais são a integração com navegadores, sincronização online, geração de citações em texto, rodapés e bibliografias, bem como a integração com os processadores de texto Microsoft Word, LibreOffice, OpenOffice.org Writer e NeoOffice. É produzido pelo Centro de História e Novas Mídias (Center for History and New Media) da Universidade de George Mason (George Mason University (GMU)) (disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Zotero>).

As categorias mencionadas (agrupamentos temáticos inicialmente construídos) serão mais especificadas através do quadro a seguir, com destaque para o eixo “Depressão e Epidemia”, que será trabalhado no capítulo referente aos resultados. A análise dos documentos selecionados como corpus principal considerou as práticas discursivas, suas verdades produzidas e as forças que tensionam os jogos de poder considerando os contextos, conteúdos, intencionalidades, influências e seus impactos na subjetividade e saúde de um modo geral.

Quadro 2: Distribuição de documentos de acordo com categoria, frequência e especificações.

Categoria	Frequência	Especificações
Depressão e outros acometimentos	59 documentos	Alzheimer, Doença Renal Crônica, Epilepsia, câncer, doença respiratória, saúde bucal, tuberculose, doenças ortopédicas, diabetes, bruxismo, obesidade, Parkinson, hepatite C, hipotireoidismo, ebola, disfunção temporomandibular, cuidados paliativos, AVC, pressão arterial.
Depressão e maternidade	27 documentos	Sem especificações.
Depressão e envelhecimento	20 documentos	Sem especificações.
Depressão e outras questões mentais	20 documentos	Ansiedade, Abstinência, transtornos somáticos, compulsões, síndrome das pernas inquietas, Burnout, internação psiquiátrica, violência, bipolaridade, suicídio, uso de substâncias, insônia.
Depressão e HIV	21 documentos	Sem especificações.

Depressão e Epidemia	17 documentos	Documentos que relacionassem depressão em relação ao termo “epidemia” ou outros que sugiram número ou aumento do número de diagnósticos como “prevalência”, “taxas”, “incidência”, “epidemiologia” ou ainda que expressem algum nível de problematização.
Depressão e processos de trabalho	8 documentos	Sem especificações.
Depressão e Substâncias	10 documentos	metanfetamina, proteína c reativa, cortisol, ketamina, antidepressivos, serotonina.
Depressão e desenvolvimento	7 documentos	infância, adolescência.
Depressão e Sexualidade	6 documentos	Sem especificações.
Depressão e gênero	4 documentos	Sem especificações.
Depressão e atividade física	3 documentos	Sem especificações.
Depressão e Saúde Pública	3 documentos	Sem especificações.
Depressão e Qualidade de Vida	3 documentos	Sem especificações.
Depressão e estudantes	3 documentos	Sem especificações.
Depressão e Vulnerabilidades	2 documentos	Sem especificações.
Depressão e Quilombolas	2 documentos	Sem especificações.
Depressão Animal	1 documento	Sem especificações.
Depressão e Economia	1 documento	Sem especificações.
Depressão e Espiritualidade	1 documento	Sem especificações.

Fonte: documentos resultantes da busca nas bases de dados: BVS, Scopus, Pubmed, Web of Science, PsychInfo e Sociological Abstracts de acordo com os descritores: Depressão e Epidemia e com os filtros: continente americano e última década (2009-2019).

Serão analisados 16 documentos, pois o artigo *Manufacturing of a mental illness epidemic: the psycho-pathologization and medication of normality* não foi encontrado mesmo em acesso fechado. O artigo *The epidemic of depression with obesity* foi incluído por tratar da epidemia de depressão com obesidade e não da depressão como comorbidade à epidemia de obesidade (como seria o caso da categoria “depressão e outros acometimentos”). Os 16 títulos do eixo “depressão e epidemia” serão listados no quadro a seguir de acordo com seus respectivos dados em relação a título, formato (artigo, carta ao editor, editorial, documentário), revista ou veículo em que foi publicado; autores, ano e país. Portanto, serão analisados: 1 documentário, 1 editorial, 2 cartas ao editor e 12 artigos conforme o quadro a seguir:

Quadro 3: Distribuição dos documentos de acordo com título, formato, revista, autores, ano e país de publicação.

Título	Formato	Revista	Autores	Ano	País
A nationwide populationbased study of depression in Brazil.	Artigo	Journal of Affective Disorders Elsevier.	Munhoz, Nunes, Wehrmeister, Santos, Matijasevich.	2016	Brasil
Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors TT	Artigo	Cadernos de Saúde Pública	Gonçalves, Mari, Bower, Gask, Dowrick, Tófoli, Campos, Portugal, Ballester e Fortes.	2014	Brasil
Brasil: world leader in anxiety and depression rates.	Carta ao editor	Revista Brasileira de Psiquiatria	Souza e Machado-de Souza.	2017	Brasil
Culture bound syndromes: Disease entities or simply concepts of distress?	Editorial	Asian Journal of Psychiatry Elsevier	Keshavan	2014	Estados Unidos

Darwinian blues: Evolutionary psychiatry and depression.	Artigo	History, Philosophy and Theory of the Life Sciences.	Luc Faucher	2016	Canadá
Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence.	Artigo	Journal of Affective Disorders Elsevier.	Hidaka	2012	Estados Unidos
Depressive disorders and contemporary capitalism.	Artigo	Caderno CRH	Corbanesi	2018	Brasil
Diseases of the world': from epidemiology to etiology of child and adolescent psychopathology - a commentary on Polanczyk et al.	Artigo	The Journal of Child Psychology and Psychiatry.	Costello	2015	Estados Unidos
Introduction: Depression, one and many.	Artigo	Pertence ao livro Sadness or Depression.	Wakefield e Demazeux	2016	Estados Unidos
Psychiatry's continuing expansion of depressive disorder.	Artigo	Pertence ao livro Sadness or Depression.	Wakefield e Horwitz	2016	Estados Unidos
The epidemic of depression with obesity.	Carta ao editor	J Clin Psychiatry	McElroy	2015	Estados Unidos
The depression epidemic: how shifting definitions and industry practices shape perceptions of depression prevalence in the United States	Artigo	Advances in Medical Sociology	Kuppin	2010	Estados Unidos

The Misunderstood Epidemic: Depression.	Documentário	Ironzea films	Schutz	2010	Estados Unidos
The pharmaceutical industry and psychoanalysis facing the 'epidemic of depression': Possible answers	Artigo	Psicologia em Estudo	Machado, Ferreira	2014	Brasil
The research basis for Robert whitaker's "anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America.	Artigo	Issues in Mental Health Nursing	Roman	2012	Estados Unidos
Work in question in the "depression epidemic"	Artigo	Tempo social- revista de sociologia da USP	Pereira	2011	Brasil

Fonte: documentos resultantes da busca nas bases de dados: BVS, Scopus, Pubmed e Web of Science, PsycInfo e Sociological Abstracts de acordo com os descritores: Depressão e Epidemia e com os filtros: continente americano e última década (2009-2019).

A seguir, será apresentado o quadro 4, referente à ficha de análise das publicações listadas anteriormente no quadro 3. As fichas serão trabalhadas no capítulo concernente aos resultados e foram desenvolvidas de acordo com as próprias leituras e percurso metodológico, na medida em que eram realizadas apropriações sobre o objeto. Da mesma maneira, os eixos que serviram de norte para a investigação partiram da necessidade de extrair concepções que vão ao encontro dos objetivos propostos nesta dissertação. Os itens como “título”, “autor”, “ano de publicação”, “revista” e “instituição” fazem parte da identificação do documento a fim de especificar a origem, além de outros dados importantes a respeito da publicação. Os elementos

seguintes relacionados ao conteúdo do documento como “conceito de depressão”, “sobre o termo epidemia”, “aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos” e “causas da depressão” podem responder aos questionamentos iniciais sobre a existência de uma epidemia de depressão e os elementos relacionados.

Portanto, para efeitos de organização das informações emanadas do corpus, o quadro 4 que contém a ficha de análise dos documentos:

Quadro 4: Ficha de análise para os documentos relativos ao eixo Epidemia e Depressão.

FICHA DE ANÁLISE: <u>Título:</u> <u>Autor:</u> <u>Ano/ formato de publicação:</u> <u>Revista:</u> <u>Conceito de depressão:</u> <u>Sobre o termo epidemia:</u> <u>Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos:</u> <u>Causas da depressão:</u>
--

7. RESULTADOS

A seguir, serão elencados e analisados os documentos selecionados de acordo com a metodologia e ficha de análise mencionadas anteriormente.

FICHA DE ANÁLISE 1

Título: Depressive disorders and contemporary capitalism.

Autor: Corbanezi, E.

Ano/ formato de publicação: 2018/ Artigo.

Revista/ Instituição: Caderno CRH/ Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Instituto de Ciências Humanas e Sociais.

Conceito de depressão: O artigo traz problematizações a respeito da delimitação do conceito de depressão a partir dos sintomas que foram desenvolvidos pela psiquiatria e estão voltados para a lógica do mercado, do capitalismo. Ou seja, letargia, ausência de vontade de realizar tarefas do dia a dia, dificuldade em concentrar-se em uma atividade, anedonia, improdutividade, sentimento de inutilidade correspondem a aspectos relacionados à produção, ao trabalho, ao imperativo de felicidade, empreendedorismo. O imaginário da vida social estaria então impregnado com estratégias de produção e eficiência que geram a patologização de quem não se adequa a esse cenário.

Sobre epidemia: Segundo o autor, a ideia de epidemia depressiva não resulta da alta incidência efetiva de casos severos. O discurso institucional da OMS contribuiria para a fabricação da epidemia depressiva aplicando ao nível de gravidade de depressão a todos os casos indistintamente.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O autor cita a flexibilização classificatória, aumento de classificações nosográficas e a extensão da psiquiatria biológica no tecido social. Além do paradigma psiquiátrico, edições do DSM abarcam cada vez mais estados de sofrimento como patológicos.

Causas da depressão: Os indicadores biológicos são insuficientes para constituir a fisiopatologia específica da depressão, apesar da prática clínica se basear neles. Ao invés de uma questão existencial, a depressão foi reduzida a uma disfunção neuroquímica. Porém, quando contextualizados, os sintomas depressivos podem não ser considerados patológicos.

FICHA DE ANÁLISE 2

Título: The pharmaceutical industry and psychoanalysis facing the 'epidemic of depression': possible answers.

Autor: Machado, L., V. Ferreira, R. R.

Ano/ formato de publicação: 2014/ Artigo.

Revista/ Instituição: Psicologia em Estudo/ Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Estadual de Maringá.

Conceito de depressão: O artigo não deslegitima a existência da depressão como um transtorno mental de acordo com o que é preconizado pela psiquiatria, mas estabelece uma discussão a respeito da disseminação dos diagnósticos: “não defendemos a tese de que a depressão é um transtorno inexistente, o que inquieta é o caráter epidêmico que esse mal adquiriu: ocupou nosso cotidiano de tal maneira que não há mais espaço para sentir, sofrer, elaborar perdas, insucessos, lutos”(p.6).

Sobre epidemia: O “surto” de depressão se configura como uma verdadeira epidemia: “não é por acaso que a depressão é hoje a quarta causa mundial de incapacidade, devendo passar à segunda posição nos próximos vinte e cinco anos”. Os autores trazem ainda definições do Dicionário Michaelis para o termo epidemia. Seria “uma doença que ataca ao mesmo tempo muitas pessoas da mesma terra ou região; ideias, sistemas ou coisas que se difundem com abundância e rapidez, dominando os espíritos ou os costumes”. A epidemia é então algo que se relaciona com tempo e quantidade.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: São trazidos conceitos de medicalização da vida, mercado da doença, metodologia *fast food* para problematizar a multiplicação de diagnósticos e o aparecimento constante de novas síndromes na psiquiatria contemporânea que promete correção de estados psíquicos supostamente desviantes.

Causas da depressão: Teses genéticas, sociológicas ou psíquicas não são o bastante para determinar a causa da depressão. Os autores citam campanha nacional do Ministério da Saúde de 2011 de uso racional de medicamentos e elenca a depressão como um dos temas-chave. E distribui suas causas entre as três teses: sociológica, biológica e psicológica. O DSM também é citado nesse sentido uma vez que traz a cada nova edição muitos novos transtornos, alguns velhos como nova roupagem, e limites para sua identificação cada vez mais elásticos. Citam Pignarre: “nós fabricamos a depressão e ela nos fabrica”.

FICHA DE ANÁLISE 3

Título: Brazil: World Leader in Anxiety and Depression Rates.

Autor: Souza, Machado de Souza.

Ano/ formato de publicação: 2017/ Artigo.

Revista/Instituição: Revista Brasileira de Psiquiatria.

Conceito de depressão: Voltado para os conceitos da OMS e do DSM.

Sobre epidemia: O autor questiona se o aumento de casos estaria relacionado a uma questão de diagnósticos clínicos serem dados de maneira indiscriminada resultando, por exemplo, na medicalização da tristeza. Por outro lado, os diagnósticos podem direcionar as políticas públicas e auxiliar na qualidade de vida de muitas pessoas que passaram a receber tratamento adequado. De qualquer forma, o problema ganhou proporções mundiais que demandam ações coletivas da comunidade científica e das agências de governo.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Não cita.

Causas da depressão: Mudanças populacionais e outros fatores devem ser melhor investigados.

FICHA DE ANÁLISE 4

Título: Brazilian Multicentre Study of Common Mental Disorders in Primary Care: Rates and Related Social and Demographic Factors.

Autor: Gonçalves, Mari.

Ano/ formato de publicação: 2014/ Artigo.

Revista/Instituição: Cadernos de Saúde Pública.

Conceito de depressão: É utilizado o mesmo conceito descrito no DSM e CID.

Sobre epidemia: Não cita especificamente o termo epidemia, mas descreve as altas taxas de prevalência de depressão em megacidades como São Paulo e as iniciativas e mudanças que o sistema de saúde brasileiro tem realizado em termos de saúde mental nos atendimentos da atenção básica como a Estratégia de Saúde da Família.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O artigo ressalta a necessidade de mais investigação. Aponta que mais da metade dos adultos atendidos na ESF foram classificados com provável diagnóstico de transtorno mental. As políticas de saúde devem então desenvolver estratégias que façam frente a essa situação com atendimentos especializados em saúde mental. Uma vez que transtornos mentais não devem ser vistos como categorias apenas, mas como fatores de risco para outros transtornos mais severos.

Causas da depressão: O artigo indica a importância de medir e identificar prováveis situações de risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos englobando questões relacionadas a estresse emocional e vulnerabilidade, e não necessariamente focando na categorização como ansiedade e depressão. Transtornos mentais comuns foram associados a gênero, nível de educação e renda, sendo maiores em mulheres desempregadas, com menor nível de educação e renda.

FICHA DE ANÁLISE 5

Título: The Misunderstood Epidemic: Depression.

Autor: Suzan Polis Schutz.

Ano/ formato de publicação: 2010/ Documentário.

Revista/Instituição: PBS.

Conceito de depressão: A depressão é vista como um transtorno mental severo que pode causar suicídio. “É uma nuvem cinza, é obscuro... você vive em um estado que não vale a pena, um momento em que você preferiria estar morto”.

Sobre epidemia: As pessoas que se apresentam no documentário são de origens distintas e, em suas falas, bem como no curso do filme, é possível empreender o sentido de epidemia que a depressão tomou. É encarado como algo que se alastrou mundo afora, que não vê idade, classe, etnia específica; ou seja, que qualquer pessoa pode estar propensa a desenvolver tal transtorno. “Não é algo que escolhe classe social, cor, idade, nacionalidade”.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: A depressão é tratada como uma doença estigmatizada e o documentário passa a ideia de ampliar o conhecimento da depressão como um transtorno que deve ser tratado como qualquer outro e que as pessoas não podem ser culpabilizadas, de maneira que precisam de acolhimento e tratamento adequado. Não há questionamento quanto ao crescente número de diagnósticos. “É uma doença de verdade... que você não consegue controlar. É como um ladrão que invade sua casa à noite e te deixa desamparado. Você sente que não há motivo para viver... então por que levantar da cama?”.

Causas da depressão: Em diversos momentos, a causa da depressão é referida como desequilíbrio mental no sentido químico: “entendemos agora que é um problema de desequilíbrio cerebral”. Porém, há um discurso específico de um homem indiano de meia idade que se refere a ausência de provas do desequilíbrio químico e da real necessidade de tratar a depressão através de medicações e do grande número de efeitos adversos. “Tenho constipação, efeitos sexuais, não tenho emoções ou sentimentos. Meu psiquiatra diz que é um desequilíbrio

químico e eu pergunto a ele se existe um exame que possa provar que meu cérebro tem um desequilíbrio. Mas não há, então como ele pode provar que eu preciso de medicação? E ele apenas adiciona mais e mais drogas, mas não pode provar o porquê eu preciso tomar”.

FICHA DE ANÁLISE 6

Título: A Nationwide Population-based Study of Depression in Brazil.

Autor: Munhoz, T. N., Nunes, B. P., Wehrmeister, F. C., Santos, I. S., Matijasevich, A.

Ano/ formato de publicação: 2015/ Artigo.

Revista/Instituição: Journal of Affective Disorders/ Elsevier.

Conceito de depressão: Os critérios de acordo com a CID e com o DSM.

Sobre epidemia: Não cita.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Após análise de outros estudos, o artigo associa questões de comorbidade ao aumento de depressão, como cardiopatias e tabagismo. Haveria fatores de risco para doenças cardíacas entre pessoas deprimidas, como hipertensão arterial, tabagismo e sedentarismo. Além disso, a vida urbana estaria associada à prevalência de depressão, e que maior exposição ao barulho, violência, aglomerações, medo e inequidades que podem ser fatores de risco para doenças mentais.

Causas da depressão: O estudo busca avaliar os fatores associados ao aumento do risco de depressão no Brasil de acordo com suas macrorregiões pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), juntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A análise descritiva da frequência de depressão no Brasil está associada à área de residência (urbana, rural), sexo, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, e presença de tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias. O estudo apresenta o que seriam fatores de risco sociais e biológicos. Haveria a integração de aspectos afetivos, biológicos e cognitivos. A susceptibilidade dessas dimensões interage com eventos estressores como exposição à violência e dificuldades interpessoais e de relacionamento durante o curso da vida que atuam como gatilho para a eclosão de sintomas depressivos e que também determinam o grau de severidade do quadro.

FICHA DE ANÁLISE 7

Título: The Epidemic of Depression with Obesity.

Autor: McElroy, S. L.

Ano/ formato de publicação: 2015/ Artigo.

Revista/Instituição: J Clin Psychiatry.Center of Hope, Research Institute.

Conceito de depressão: Transtorno mental, presença dos sintomas descritos pelo DSM a partir de duas semanas de duração e que pode ser associado a outras questões de saúde como obesidade, síndrome metabólica. Além disso, questões como gênero, baixa escolaridade, etnia, circunferência abdominal e obesidade seriam fatores de risco para o desenvolvimento de depressão.

Sobre epidemia: Haveria um aumento dos casos de depressão e de obesidade e esses dados foram analisados enquanto fatores de risco. Dessa forma, haveria uma relação bidirecional: obesidade aumenta o risco de depressão e esta pode levar ao desenvolvimento de obesidade. Uma relação similar ocorre entre depressão e síndrome metabólica.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Não cita.

Causas da depressão: Os casos de obesidade poderiam estar relacionados com depressão devido ao estigma ou à própria carga na saúde que a obesidade pode acarretar. Bem como devido aos efeitos inflamatórios no sistema nervoso central causados pelo excesso de tecido adiposo. A obesidade causaria depressão também por questões como grande quantidade de ingestão de comida, sedentarismo e distúrbios do sono. Além disso, um subtipo atípico de depressão poderia ser um forte preditor de obesidade. Transtornos alimentares como compulsões e perda do controle sobre a alimentação também podem contribuir para a associação depressão e obesidade. O curso da depressão juntamente com obesidade pode resultar em prognósticos complicados uma vez que haveria alterações neuro estruturais.

FICHA DE ANÁLISE 8

Título: Commentary: Diseases of the world: from Epidemiology to Etiology of Child and Adolescent Psychopathology- a commentary on Polanczyk et al.

Autor: Costello, E. J.

Ano/ formato de publicação: 2015/ Artigo.

Revista/Instiruição: The Journal of Child Psychology and Psychiatry.

Conceito de depressão: O artigo sugere enquadrar a depressão como um transtorno mental de acordo com DSM III/ DSM IV.

Sobre epidemia: O artigo faz um questionamento a respeito da existência de uma epidemia de depressão em relação a crianças e adolescentes e problematiza achados numéricos em termos de prevalência e incidência, que seriam úteis, porém não trariam o conhecimento a respeito de causas e de cura das “diseases of the world”.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Estudos apontam para diferença de prevalência de depressão entre crianças (entre 6 e 11 anos) e adolescentes (entre 12 e 18 anos), sendo 69% maior em adolescentes. Os aspectos em relação ao aumento dos casos vêm sendo estudados, uma vez que é objeto de interesse tanto da ciência quanto em termos políticos. Mas questões a quanto à confiabilidade e aos instrumentos de diagnósticos devem ser considerados. Algo apontado como muito significativo seria a entrevista diagnóstica capaz de trazer grandes diferenças em termos de diagnósticos mais criteriosos. Além disso, quando se trata de crianças e adolescentes, há especificidades quanto aos informantes da entrevista que podem ser pais, professores e os próprios sujeitos e há grande desencontro de informações.

Causas da depressão: O artigo questiona se haveria nações mais propensas a desenvolver doenças mentais em crianças e adolescentes. No caso de uma resposta positiva, pesquisas a respeito de causas culturais e genéticas seriam convenientes. Porém, resultados apontam para mais similaridades do que diferenças entre os países estudados.

FICHA DE ANÁLISE 9

Título: Depression as a Disease of Modernity: Explanations for Increasing Prevalence.

Autor: Hidaka, B. H.

Ano/ formato de publicação: 2012/ Artigo.

Revista/ Instituição: Journal of Affective Disorders- Elsevier/ Department of Dietetics and Nutrition, University of Kansas Medical Center.

Conceito de depressão: O termo depressão é referido como um conjunto de sintomas que definem o Transtorno Depressivo Maior de acordo com o DSM.

Sobre epidemia: A depressão não seria algo totalmente novo, uma vez que aspectos relacionados a desânimo e tristeza estão presentes na história do ser humano. Haveria hoje uma classificação de algo que antes não havia, um nome específico que tenta abarcar tudo que alguém pode sentir. Portanto, o aumento do número de pessoas com depressão pode estar vinculado à mudança de critério diagnóstico que desconsidera possibilidades contextuais que vão além da patologia. Dessa forma, condições existenciais e reacionais passam a ganhar o valor de um transtorno mental.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O artigo aponta para o estilo de vida das sociedades atuais, que geraria maior incidência de depressão (citado na próxima categoria). A depressão é considerada uma das doenças da modernidade, uma vez que também está ligada ao estilo de vida atual que foi evoluindo a partir do domínio da agricultura, passando

pela industrialização, urbanização e inovações tecnológicas que impactam na estrutura social.

Causas da depressão: Alguns elementos característicos da sociedade atual são expostos como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de depressão. Tais como a carga de outras doenças crônicas, estilos de vida que acarretam sobrepeso, deficiências nutricionais, sedentarismo, privação de sono e de sol e isolamento social. Além de questões como desigualdades socioeconômicas e solidão.

FICHA DE ANÁLISE 10

Título: Culture Bound Syndromes: Diseases Entities or Simply Concepts of Distress?

Autor: Matcheri S. Keshavan.

Ano/ formato de publicação: 2014/ Editorial.

Revista/ Instituição: Asian Journal of Psychiatry- Elsevier/ Massachusetts Mental Health Center and Harvard Medical School, Boston, USA.

Conceito de depressão: O texto apresenta questionamentos sobre algumas classificações de acometimentos ligadas a aspectos culturais, mas indica considerar a depressão vinculada ao DSM e CID. Pontua considerações a respeito da terminologia de transtornos ligados à cultura nos dois últimos DSMs e na CID. O DSM-IV manteve a terminologia mas a integrou a um apêndice. A CID incluiu distúrbios específicos da cultura em um anexo da seção de critérios diagnósticos para pesquisa. Já o DSM-V redefiniu a categoria em conceitos culturais de angústia.

Sobre epidemia: Não cita.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Não cita.

Causas da depressão: O texto fala de questões culturais ligadas à determinadas síndromes, mas que isso seria controverso, pois não seria um acometimento ligado a uma única cultura, uma vez que ocorre em diversos contextos.

FICHA DE ANÁLISE 11

Título: Work in question in the "depression epidemic".

Autor: Luciano Pereira.

Ano/ formato de publicação: 2011/ Artigo.

Revista/ Instituição: Tempo social- revista de sociologia da USP.

Conceito de depressão: O autor não se refere especificamente ao conceito do que seria depressão. Debruçou-se sobre as suas causas.

Sobre epidemia: O autor cita a epidemia depressiva como “mal do século” e que o termo surgiu na década de 1980 e se tornou um sinônimo de mal-estar contemporâneo. O processo de saúde-doença implicado na própria depressão estaria ligado à atividade que ocupa a maior parte do tempo em vigília: o trabalho.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O autor traz algumas explicações feitas por psicanalistas, sociólogos e antropólogos do que poderia ter transformado a depressão em epidemia. “As explicações variam entre a sociedade de consumo, o “supereu” do imperativo de gozo, a vivência de uma temporalidade acelerada, a medicalização da sociedade, a hegemonia da psiquiatria diagnóstica, as mudanças nos padrões normativos” (p 66). Mas salienta que nenhuma se dedicou o suficiente a analisar a precarização do trabalho e a lógica atual da necessidade de produção, que poderiam gerar o tal mal-estar. Além disso, aponta para o aumento das nomenclaturas para doenças, que de 1952 até 2000 quadruplicou de acordo com as edições DSMs. Sendo assim, o DSM classificaria nosograficamente muitos afetos, condutas e processos humanos vitais.

Causas da depressão: O texto vincula o sofrimento psíquico a uma possível relação com a condição em que a pessoa está inserida em seu trabalho. O trabalho estaria numa posição de centralidade, na constituição da identidade e, portanto, seria um potencial gerador de saúde e de doença. O autor traz diversos conceitos a respeito dos processos de trabalho como a psicodinâmica do trabalho. Ressalta-se que aspectos como performance, individualismo, estabelecimento de vencedores e perdedores, avaliações de desempenho, competição em detrimento do estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores e sensação de pertencimento no que diz respeito à coletividade e solidariedade. Haveria então uma violência simbólica através de modos de dominação e controle pela imposição de responsabilidades e iniciativas, com assédio moral, servidão voluntária, sobrecarga simbólica e afetiva, fadiga, esgotamento, falta de reconhecimento e alienação ao trabalho que gerariam uma descompensação com perda de sentido e sofrimento depressivo.

FICHA DE ANÁLISE 12

Título: Darwinian Blues: Evolutionary Psychiatry and Depression.

Autor: Luc Faucher

Ano/ formato de publicação: 2015/ Artigo.

Revista/ Instituição: History, Philosophy and Theory of the Life Sciences/ Département de philosophie, Université du Québec à Montréal.

Conceito de depressão: O autor diferencia o que seria um sintoma de humor rebaixado em relação ao quadro de depressão como patologia e transtorno de acordo com o DSM. E analisa dois artigos que trazem versões distintas a respeito das possíveis causas da depressão em uma ótica evolucionista.

Sobre epidemia: O autor cita estudiosos da depressão que problematizam o aumento do número de casos em todo mundo de maneira a questionar a legitimidade dos critérios diagnósticos e do número cada vez maiores categorias do DSM. A cada vez maior distinção entre normal e anormal estaria implicada na chamada epidemia de depressão.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O autor traz questionamentos realizados por outros estudos a respeito do DSM devido ao aumento de categorias diagnósticas, à falta de empirismo e à desconsideração do contexto, gerando um enorme número de falsos positivos. Além disso, há a influência do mundo em que vivemos, denominado “depressogênico”, dentro do qual objetivos de uma vida ideal são irreais e somos submetidos à falta de sol, de exercícios e dietas pobres que causariam disfunções nos mecanismos cerebrais. O humor rebaixado é ativado de acordo com essa incompatibilidade ambiental.

Causas da depressão: Os dois estudos analisados pelo autor discorrem sobre a propensão a desenvolver depressão na perspectiva evolucionista sendo que um encara a depressão como uma resposta defensiva e o outro adaptativa em relação ao meio.

FICHA DE ANÁLISE 13

Título: Psychiatry’s Continuing Expansion of Depressive Disorder

Autor: Jerome C. Wakefield e Allan V. Horwitz

Ano / formato de publicação: 2016/ Artigo

Revista/ Instituição: O artigo é um capítulo do livro “Sadness or Depression” e os autores pertencem à Silver School of Social Work and Department of Psychiatry, New York University e Department of Sociology, Rutgers University respectivamente.

Conceito de depressão: O artigo utiliza o conceito de depressão de acordo com a categorização do DSM.

Sobre epidemia: A denominação de epidemia de depressão seria errônea, uma vez que uma tristeza intensa é muitas vezes diagnosticada como um transtorno depressivo. Portanto, haveria muitos casos com diagnósticos falsos.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O artigo cita a depressão como uma categoria diagnóstica recorrentemente utilizada, mas de maneira indiscriminada e ampliada pela disseminação do DSM, que desconsidera o contexto em que os sintomas aparecem. Pela similaridade dos sintomas entre tristeza normal, reação a estresses e depressão maior, os autores salientam a facilidade que os dois estados são confundidos.

Causas da depressão: Os autores não negam a existência de transtornos mentais severos e da necessidade de tratá-los, mas do domínio inflado do DSM sobre eles. Ressalta a importância da contextualização do sofrimento e traz teorias a respeito das possíveis causas, como endógenas.

FICHA DE ANÁLISE 14

Título: The Research Basis for Robert Whitaker's "Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America".

Autor: Marian W. Roman

Ano/ formato de publicação: 2012/ Artigo.

Revista/ Instituição: Issues in Mental Health Nursing/ University of Tennessee.

Conceito de depressão: O artigo discorre a respeito de um estudo de Robert Whitaker e entende a depressão como um transtorno mental.

Sobre epidemia: Refere-se a epidemia como um grande surto de novos casos, bem como o aumento da cronicidade e severidade.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Assume que a grande divulgação por parte da mídia e de informações a respeito dos transtornos mentais muitas vezes influenciam no aumento dos diagnósticos, nem sempre legítimos. Além disso, questiona até que ponto o uso em grande escala de psicotrópicos pode aumentar a incidência de problemas mentais, uma vez que, segundo as pesquisas de Whitaker, os medicamentos modernos podem ser em parte responsáveis pela cronicidade, deterioração do curso da doença e efeitos a longo prazo em transtornos diversos como os de humor.

Causas da depressão: A respeito da causa, especificamente, não há citações. Porém, cita estudos que relacionam o uso de psicofármacos à piora dos quadros de depressão.

FICHA DE ANÁLISE 15

Título: The Depression Epidemic: how shifting definitions and industry practices shape perceptions of depression prevalence in the United States.

Autor: Sara Kuppin.

Ano e formato de publicação: 2018/Artigo.

Revista/ Instituição: Advances in Medical Sociology.

Conceito de depressão: A autora fala de abordagens que definem a depressão como uma doença e como um transtorno mental de acordo com a lógica do DSM, com os critérios de no mínimo cinco sintomas manifestados há pelo menos duas semanas. Sob outro ponto de vista, encara a depressão sob um aspecto “não médico” – ou seja, que os sintomas seriam indicadores de uma experiência emocional normal ligada a internalização de fatores sociais, ao contrário de uma experiência de doença individualizada.

Sobre epidemia: O artigo aponta a depressão como um problema de saúde pública de proporções epidêmicas, mas que há um debate a respeito do status de epidemia. Cita uma instituição (Centro de Controle de Doenças) que define a epidemia como a ocorrência de uma doença em uma área geográfica específica ou uma população que manifesta um índice maior que o esperado.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: O aumento do número de casos de depressão vem ocorrendo desde o século XX, ganhando visibilidade no cotidiano das pessoas e se tornando a condição mental mais comum nos Estados Unidos. Há problematização sobre que casos seriam de depressão, como um transtorno mental, e quais seriam reações “normais” da vida.

Causas da depressão: Como apontado no item a respeito de conceito de depressão, haveria um questionamento se a depressão seria uma manifestação de questões sociais implícitas ou uma experiência individual patológica. A autora levanta as possíveis causas dos transtornos mentais e fala do risco de apenas considerar os aspectos biológicos e genéticos e não pensar em um fenômeno de múltiplos fatores - psicológico, social e ambiental.

FICHA DE ANÁLISE 16

Título: Introduction: Depression, One and Many.

Autor: Jerome C. Wakefield e Steeves Demazeux.

Ano e formato de publicação: 2016/ Artigo.

Revista/ Instituição: O artigo pertence ao livro “Sadness or Depression” e os autores são da New York University e da Université Bordeaux Montaigne, respectivamente.

Conceito de depressão: O artigo identifica a depressão como uma categoria diagnóstica de acordo com o DSM-5. Portanto, a considera como um rótulo médico, mas que pode implicar sentidos contraditórios.

Sobre epidemia: A epidemia seria uma característica do fenômeno da depressão que precisaria ser destrinchado em termos de suas possíveis causas.

Aspectos relacionados ao crescente número de diagnósticos: Os autores trazem teorias como a mudança de estilo de vida das pessoas de forma maciça nos últimos séculos e que o aumento de casos seria artificialmente produzido pelas categorias diagnósticas cada vez mais alargadas. Um exemplo disso foi o descarte do luto para diagnóstico diferencial de depressão no último DSM. Portanto, um momento de perda e de sofrimento pode ser qualificado como transtorno depressivo. O limite entre o que seria um processo normal e um patológico é cada vez mais transposto.

Causas da depressão: As possíveis causas poderiam estar relacionadas a um entrelaçamento de fatores tanto sociais quanto biológicos como a influência da alimentação, a menor exposição à luz solar, a ascensão do individualismo, o desenvolvimento do neoliberalismo, a cultura do narcisismo, a mobilidade social, a exposição a mídias sociais e, ainda, a especulação de agentes tóxicos ou infecciosos.

8. DISCUSSÃO

Perante o cenário que estamos vivendo, sob ameaça constante da Covid-19, é pertinente pontuar algumas questões. Na minha última busca, realizada em duas bases que haviam faltado na segunda busca, PsychInfo e Sociological Abstracts, houve resultados voltados para epidemias de doenças como zika, dengue, h1n1 e outras que afetam o sistema respiratório como é o caso do Coronavírus. Não cabe, neste momento, avançar sobre a temática, mas sim sinalizar esses achados que indicam mudanças a respeito das próprias publicações condizentes com o cenário atual.

Durante a elaboração das fichas de análise dos documentos elencados no capítulo anterior, realizei uma divisão em duas categorias: crítica e descritiva. A categoria crítica corresponde a publicações que abordaram a temática questionando e analisando elementos que envolvem depressão enquanto uma epidemia. A categoria descritiva, como o nome explicita, trabalha no sentido de descrever a realidade, e não necessariamente problematizar, de acordo com os objetivos propostos inicialmente.

Identifiquei 7 documentos como descritivos:

Brazil: World Leader in Anxiety and Depression Rates. Souza, 2017.
Brazilian Multicentre Study of Common Mental Disorders in Primary Care: Rates and Related Social Demographic Factors. Gonçalves, 2014.
The Misunderstood Epidemic: Depression. Schultz, 2010.
A Nationwide Population-based Study of Depression in Brazil, 2015.
The Epidemic of Depression with Obesity, McElroy, 2015.
Commentary: Diseases of the World: from Epidemiology to Etiology of Child and Adolescent Psychology- a commentary on Polanczyk et al. Costello, 2015.
Culture Bound Syndromes: Diseases Entities or Simply Concepts of Distress. Keshavan, 2014.

Para a categoria crítica, elegi 9 documentos.

Depressive disorders and contemporary capitalism. Corbanezi, 2018.
The pharmaceutical industry and psychoanalysis facing the 'epidemic of depression': Possible answers Machado, Ferreira, 2014.

Depression as a Disease of Modernity: Explanations for Increasing Prevalence. Hidaka, 2012.
Work in question in depression epidemic. Pereira, 2011.
Psychiatry's Continuing Expansion of Depressive Disorder. Wakefield, Horwitz, 2016
The Research Basis for Robert Whitaker's Anatomy of an Epidemic: magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. Roman, 2012
The Depression Epidemic: how shifting definitions and industry practices shape perceptions of depression prevalence in the United States. Kuppin, 2018.
Introduction: Depression, one and many. Wakefield, Demazeux, 2016.
Darwinian Blues: Evolutionary Psychiatry Depression. Faucher, 2015.

Após as minhas buscas iniciais, notei que o número de produções com uma visão crítica mostrou-se mais amplo fora das bases de dados. Além disso, a temática com o maior número de artigos enquadra-se na categoria descritiva, e identifica a depressão enquanto comorbidade (categoria depressão e outros acometimentos- 59 documentos). Esses achados podem indicar certas questões importantes em termos de produção e publicação científica na saúde. Entendo que há processos restritivos que impedem a disseminação de produções que não coadunam com a lógica vigente biomédica. A produção científica integra o complexo industrial médico hospitalar-farmacêutico que advém da estrutura político-social capitalista. Sendo assim, nesse contexto há publicações que atuam de modo a promover o fortalecimento e retroalimentação de todo esse sistema. Nesse sentido, artigos críticos, em menor número, tendem a denunciar a relação entre a produção científica e as forças dinâmicas que a sustentam, como aqueles que associam o aumento do número de casos de depressão com a expansão da psiquiatria biológica que fomenta o alargamento das categorias diagnósticas ocorridas nos últimos anos (OLIVEIRA, 2018).

O trabalho de Souza (2017) utiliza um argumento semelhante àquele do próprio DSM-V sobre a abrangência dos diagnósticos: tratar e oferecer qualidade de vida a um número maior de pessoas. Porém, a possibilidade de diferenciação de um sofrimento “normal” e um “patológico” por vezes é negada pela prática psiquiátrica. A falta de compreensão da complexidade do que é o sofrimento gera impactos na forma de como os transtornos psiquiátricos são encarados e tratados, uma vez que os saberes médicos são amplamente

difundidos de várias maneiras, assumidos como verdade única e incorporados nos sistemas simbólicos sociais (FERREIRA, 2011).

Sobre a questão diagnóstica, a análise do documentário “Depression: the misunderstood epidemic” revela uma direção a princípio ambivalente. Primeiramente, utiliza o termo epidemia de depressão investindo na desmistificação da imagem de quem é diagnosticado e tratando-a como doença. Retrata pessoas diversas que compartilham dores semelhantes, identificadas como fazendo parte dos sintomas. A intenção é válida no sentido de promover esclarecimentos e informar a respeito do tema a fim de reduzir os estigmas construídos socialmente acerca dos transtornos depressivos que leva muitas pessoas à morte todos os anos. Mas, para isso, acaba identificando a depressão como resultado de um processo de desajuste cerebral visando endossar a legitimidade da doença, uma vez que a condição biológica adquiriu, nos dias de hoje, o poder de encerrar qualquer questionamento quanto a existência de uma doença. Além disso, associa o termo epidemia à depressão, o que pode disseminar uma ideia errônea de uma condição grave e que envolve muito sofrimento no sentido de igualá-la a estados que podem ser comuns à vida humana. Assim como colocam Machado e Ferreira: “não defendemos a tese de que a depressão é um transtorno inexistente, o que inquieta é o caráter epidêmico que esse mal adquiriu: ocupou nosso cotidiano de tal maneira que não há mais espaço para sentir, sofrer, elaborar perdas, insucessos, lutos” (2014, p 6).

Os artigos de McElroy (2015), Munhoz (2015), Gonçalves (2014), Costello (2015) e Hidaka (2012) trazem a questão do risco para a discussão, convergindo com o parecer do MS ao afirmar que podem existir condições propensas para o desenvolvimento da depressão:

Fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão: histórico familiar, transtornos psiquiátricos correlatos, estresse crônico, ansiedade crônica, disfunções hormonais, dependência de álcool e drogas ilícitas, traumas psicológicos, doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, neoplasias, entre outras, conflitos conjugais, mudança brusca de condições financeiras e desemprego (MS, 2020, n.p).

Observa-se que a própria definição do Ministério da Saúde corrobora para um o individualismo dos fatores de risco em detrimento das questões sociais.

Os artigos citam ainda a mudança no estilo de vida urbano, como sedentarismo, deficiências nutricionais, obesidade, exposição ao sol reduzida e privação de sono. Ou seja, os riscos abrangem amplamente diversas áreas da vida e, por vezes, pressupõem que há medidas preventivas em massa “como se fôssemos todos equivalentes, iguais nas nossas suscetibilidades e propensões ao adoecimento” (CASTIEL, 2011, p 2).

Em função da saúde e bem-estar ditados pelos especialistas e ciência, estaremos sob a constante ameaça de depressão, podendo, inclusive, nos privar de assumir os riscos próprios do viver. Em nome da prevenção, nos submetemos a condições prescritas que podem nos causar sofrimento e até mesmo adoecimento.

Os trabalhos da categoria crítica trouxeram ao debate os possíveis atravessamentos quando associamos depressão e epidemia como a expansão da psiquiatria biológica, e fatores históricos, culturais, sociais e econômicos que serão explorados a seguir.

Temos um único artigo que se debruçou a respeito da problematização do próprio conceito de depressão desenvolvido de acordo com os critérios diagnósticos do DSM. Corbanezi (2018) aponta justamente para a natureza mercadológica desses critérios elaborados pela psiquiatria. Assim, letargia, falta de vontade, dificuldade de concentração e sentimento de inutilidade correspondem a aspectos ligados ao imperativo da produtividade. Os parâmetros verificativos da existência dos transtornos depressivos são orientados de acordo com as demandas de produção. O deprimido se torna aquele que não consegue atingir as expectativas neoliberais apresentando lentidão psicomotora, fadiga, falta de motivação, prazer e energia; em outras palavras, um fracassado para o capitalismo. A depressão aparece como um impedimento para a conservação de um sistema de princípios neoliberais, ainda que a indústria farmacêutica seja beneficiada. Nesse ponto, ela entra ditando nossa necessidade de consumir seus produtos, seja através de estimulantes para trabalhar mais ou indutores de sono para dormir. A psicofarmacologia cosmética aliada à biopolítica da saúde mental institui a necessidade de realização constante e bem-estar, ajustando os indivíduos às demandas sociais contemporâneas e produzindo novas subjetividades.

O artigo de Pereira (2011) salienta a questão laboral bem como Corbanesi (2018), porém de uma maneira distinta. Para ele, o trabalho atua como fonte de sofrimento e afirma que a

depressão seria o “mal do século”, apesar das categorias diagnósticas de transtornos mentais terem quadruplicado nas edições do DSM de 1952 a 2000, fato que sugere a classificação de afetos, condutas e processos que pertencem à existência de um modo geral. Pereira salienta que outros autores discutem as possíveis causas do fenômeno, como a sociedade de consumo, a medicalização, a hegemonia da psiquiatria biológica e a vivência acelerada do tempo, mas que nenhum sinaliza especificamente a precarização do trabalho como fonte de sofrimento psíquico. O autor traz elementos históricos de trabalhadores que tiraram suas vidas ou morreram exauridos como engenheiros toyotistas japoneses. Cita também Dejours (2004), que evidencia o aumento da produtividade e ascensão empresarial às custas da queda da subjetividade, incremento da sobrecarga e do assédio produzindo sofrimentos e patologias ligadas às práticas neoliberais. Destaca ainda aspectos como individualismo, “excesso de informações, sobrecarga simbólica e afetiva” (p 83), subserviência, competição e pressão por desempenho, que são cada vez mais estimulados na vivência dos trabalhadores em detrimento da solidariedade e coletividade resultando em uma violência simbólica. Nesse sentido, podemos traçar um paralelo entre a violência simbólica de Bourdieu (1989) e o biopoder proposto por Foucault (1982), uma vez que estamos tratando de formas de exercer o poder e dominação que podem ser identificadas em contextos diversos pela sua característica polissêmica. Um exemplo está nos ambientes de trabalho onde há, de maneira explícita ou não, o estabelecimento de relações de subjugação, constrangimento como forma de exercer o poder e controle. Podendo gerar consequências emocionais e psicológicas como apontado por Pereira (2011) que, nesse contexto, considera aspectos psicodinâmicos citando Sznelwar e Masseti:

[...] o próprio desejo fica comprometido, onde estaria agredido não apenas o pensamento, mas a subjetividade, o próprio fundamento da afetividade, dos sentimentos das emoções (2002, p 173).

Outra forma de aniquilamento da subjetividade está ligada à disseminação da depressão atrelada à indústria, pois há a dissolução das singularidades, da produção de vida em prol de um modo de existir universalizado em que qualquer experiência vivenciada é passível de cura e de correção medicamentosa, poupando o sujeito de se confrontar com suas frustrações de não ser o humano onipotente que a modernidade havia prometido (Machado e Ferreira, 2014).

Questionar o regime de verdade como a “imposição de crenças, aceitação irrestrita do que deve ser reconhecido, num momento histórico, como sendo verdadeiro” (FOUCAULT,

2012 apud CAPONI, 2018, p 25) impõe enunciados e estratégias de poder que atuam em dimensões amplas. Além da pesquisa e assistência em saúde, desloca as organizações subjetivas e, portanto, esse questionamento nos

Permite analisar o sistema de regras e as instituições que ajudaram a naturalizar a ideia de que é possível multiplicar psicofármacos para sofrimentos psíquicos ou alterações comportamentais consideradas como doenças mentais (CAPONI, 2018, p 25).

Procura-se nos dias de hoje, negar o que já havia sido apontado por Freud: não existe civilização sem renúncia, sem mal-estar. “Experimentamos na atualidade uma profunda crise no laço social, somado a um imenso desamparo” (FURTADO, 2018, p 40). A partir disso, cabe pensar nos destinos e desfechos possíveis considerando o que estamos nos tornando quando dimensões e condições singulares são constantemente apagadas e o sujeito é descentrado (LAFONTAINE, 2004, apud FURTADO, 2018). Logo, a revolução tecnocientífica incorpora novos valores, redimensiona a posição do sujeito frente a sua própria vulnerabilidade que é ultrapassada através dos dispositivos biotecnológicos. Nesse sentido, a relação com o sofrimento psíquico se transforma também pela queda dos aparatos, por assim dizer, que promovem os processos de simbolização e de produção de subjetividade (SZAPIRO, 2012).

O artigo de Faucher (2015) “Darwinian blues: evolutionary psychiatry depression” contempla outros aspectos quando se trata da gênese da depressão. São trazidas duas concepções sob a ótica evolucionista: a primeira assume que o humor deprimido seria uma resposta adaptativa, produto de um processo em que houve ausência de recursos de enfrentamento diante de frustrações e impossibilidades da vida. E, a segunda, que a depressão resultaria de mecanismos defensivos frente a desafios vividos. As duas circunstâncias expõem instrumentos que desenvolvemos evolutivamente e que não deveriam ser confundidos com transtornos, pois estados mentais ou comportamentos que causam desconforto podem ser encarados como estratégias defensivas ou adaptativas “normais”. Portanto, o autor aponta para o questionamento dos critérios diagnósticos a partir do próprio conceito e causa dos transtornos.

Nesse sentido, cabe indicar o artigo de Kuppin (2018), que discorre justamente a respeito das repercussões das mudanças conceituais e das práticas industriais na própria percepção da depressão. A autora ressalta que as transições diagnósticas e os fatores sócio-históricos associados promoveram a ascensão da compreensão da depressão a partir de uma lógica médica orientada em detrimento da contextual. Dessa forma, a distinção do que seria, de fato, um

transtorno mental e do que é uma experiência emocional parte da vida se desfaz. Caímos entre o normal e o patológico e muito do que atribuímos a uma reação anormal faz parte de fundamentos da própria cultura (HORWITZ E WAKEFIELD, 2010).

Horwitz e Wakefield em seu livro “a tristeza perdida” (2010) apontam que a era da depressão resulta de uma definição falha do transtorno depressivo por parte do próprio DSM e isso repercute não apenas no campo da saúde, mas no jurídico, na pesquisa, nas escolas, nas comunidades, na mídia, na indústria e muitos outros âmbitos. Nesse sentido, Whitaker (2017) aborda o grande número de famílias nos Estados Unidos que recebem e dependem do auxílio concedido a crianças que possuem diagnóstico psiquiátrico e realizam tratamento. Os autores Machado e Ferreira (2014) revelam que pessoas, grupos e organizações defendem que a depressão afeta a população da mesma forma que a diabetes, por exemplo, visando o enfraquecimento do estigma que pode haver atrelado ao diagnóstico de depressão. Os autores acreditam que muitas vezes pode se tornar mais legítimo assumir-se deprimido ao invés de refletir sobre o modo de vida contemporâneo, sobre a falta ou o excesso de felicidade que a sociedade nos exige. Obter um diagnóstico seria uma necessidade de pertencimento identitário relacionado ao sofrimento do sujeito, que busca a solução na esfera biológica e farmacêutica de se identificar com algum tipo de transtorno.

É notória a influência do DSM. Todos os artigos consideram o seu grande impacto no que diz respeito à identificação, tratamento e indicação medicamentosa dos transtornos depressivos. Porém, vale levar em conta em nossa discussão que há estudos como os de Kirsch (2010) e Whitaker (2017), que apontam o alto grau de prejuízos no uso das drogas psicotrópicas e que outras formas de melhora tão importantes quanto não são propagadas por não serem lucrativas, como o uso de drogas psicodélicas ou, ainda, intervenções não medicamentosas. A descoberta dos psicotrópicos ocorreu através da utilização de drogas que nada tinham a ver com transtornos mentais. Muitas substâncias podem ter efeito antidepressivo, como ervas medicinais, opioides, hormônio sintético da tireoide, sedativos e estimulantes (ANGELL, 2007). Apesar de diversas correntes afirmarem a existência de um desequilíbrio químico, Irvin Kirsch em 25 anos de estudos sobre os efeitos placebo e antidepressivos afirma que 75% dos placebos foram tão eficazes quanto os remédios, sugerindo que muito do que é disseminado e utilizado pela psiquiatria biológica pode ter sua validade e confiabilidade questionáveis.

Como indicam Wakefield e Horwitz (2004), muitos sintomas como tristeza, insônia e fadiga, comuns de serem manifestados diante de aspectos vividos, ganham status de depressão, estabelecendo grande incidência de falsos positivos. Na tentativa de aumentar a precisão dos diagnósticos, os DSMs encontraram também um problema de validade. O próprio DSM-V é citado e questionado no artigo de Wakefield e Demazeux (2016) por ter retirado o luto como critério de diagnóstico diferencial para transtorno depressivo maior. Os autores afirmam que há um aumento de casos artificialmente produzido pelas categorias diagnósticas cada vez mais alargadas, como é o caso do luto. Corbanezi (2018) aponta também para uma fabricação da ideia de epidemia depressiva no acúmulo de diagnósticos indiscriminados e afrouxados. Assim, a mudança na determinação dos conceitos de depressão modifica a sua extensão para o alcance prático do conceito de depressão e seu inevitável efeito de banalização, que produz, assim, a “epidemia depressiva”.

A ideia de “epidemia de depressão”, portanto, pode promover a homogeneização e banalização do que é singular e encerrar possibilidades de entendimento acerca do sofrimento e sua diversidade. Esse processo pode, inclusive, deslegitimar quem sofre na iminência de cometer um suicídio. Ou seja, se toda experiência de sofrimento é uniforme ao ponto de ser epidêmica, perde-se em termos de compreensão dos processos subjacentes e dos elementos implicados na subjetividade de cada um, comprometendo o apoio, o cuidado e a assistência necessários.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Delimitar as fronteiras da escrita foi tarefa difícil pela densidade do tema. Há muitas referências, com uma lista imensa de autores, e muito ainda a ser explorado. Os referenciais teóricos utilizados puderam servir de base para a compreensão dos resultados obtidos. Após as buscas nas bases de dados, distribuição dos documentos de acordo com as categorias criadas e análise das publicações selecionadas, foi possível delimitar os alcances da pesquisa e suas limitações também. Os resultados proporcionaram reflexões ao apontar os possíveis atravessamentos da suposta epidemia de depressão. Foi constatado que as transformações conceituais ao longo da história acerca de saúde e doença mental e elaboração dos critérios diagnósticos repercutem nos modos de vida e, conseqüentemente, nas concepções de normal e patológico de acordo com a cultura vigente. Assim, se produzem sujeitos condenados a seguir determinados padrões, tanto de viver como de sofrer. Portanto, a compreensão dos processos, interlocuções e articulações desse cenário podem promover a ampliação das possibilidades de cuidado que não sejam apenas médico-centradas. Nesse sentido, acredito que o fortalecimento da saúde coletiva enquanto movimento crítico que considera as interfaces sociais, políticas e econômicas do processo de saúde e doença torna-se crucial para transpor as barreiras biomédicas que limitam as práticas assistenciais.

Considero que a sensação de vazio existencial pode ser algo inerente à vida. Porém, foi possível verificar que, em determinados contextos, esse vazio é evidenciado mais fortemente de acordo com fenômenos sociais vinculados às transformações contemporâneas, como a transitoriedade das relações, a exposição nas redes sociais e o poder midiático da cultura da imagem, que, muitas vezes, trazem mais isolamento e solidão. Apesar da abertura à informação nas mídias sociais, o terreno da saúde e da doença mental ainda é pedregoso. Há dinâmicas de forças e interesses ávidos por lucrar através do silenciamento das dores da existência promovido pelo uso indiscriminado dos psicotrópicos. Os jogos de poder com o desenvolvimento da indústria farmacêutica aliado à afirmação da psiquiatria biológica que tenta se igualar às outras especialidades ampliando seus diagnósticos, bem como a mercantilização da saúde e a dominação do modelo médico-biológico, impactam na assistência em saúde e socialmente de um modo geral. Dessa maneira, o aumento das nomenclaturas de transtornos mentais pode estar proporcionalmente relacionado ao incremento do número de casos de depressão, criando uma falsa ideia de epidemia. Nesse sentido, o termo “epidemia de depressão” corrobora para a

uniformização dos sofrimentos, abreviando as possibilidades de existência, de compreensão do fenômeno do sofrimento e suas nuances e, conseqüentemente, do alcance dos cuidados em saúde. Portanto, falar em epidemia de depressão tende a reduzir todo sofrimento a uma doença numa perspectiva fisicalista, que segue protocolos de tratamento restritos e desconsidera a complexidade da vida psíquica.

Além disso, foi apontado que a dinâmica de vida e de trabalho desde a revolução industrial age como outro atravessamento do sofrimento psíquico. Vivemos imperativos neoliberais de produtividade, performance, competição e consumo que conduzem à degradação da coletividade, do pertencimento e da parceria. A própria noção do que é saúde é cada vez mais desvinculada da ótica contextual em termos de condições de vida, e é inclinada a responsabilizar os indivíduos quanto à manutenção de uma vida saudável. Ao mesmo tempo em que se atribui a responsabilidade por sua saúde, o sujeito é esvaziado de sua própria subjetividade, encerrando a possibilidade de diversidade, criatividade, invenção e potência de vida. Cabe então à ciência biológica e aos especialistas e, ainda, ironicamente, aos *coaches*, ditarem regras e receitas de como criar os filhos, estudar, trabalhar, ser saudável e amar; ou seja, viver, no geral. Fala-se muito sobre depressão e ansiedade, mas pouco se escuta. As pessoas sofrem de maneiras e por razões e sentidos distintos. Algumas precisam de auxílio, mas todas, com certeza, de afeto e respeito.

Através desta produção, encontrei algumas possibilidades de existência e resistência. Essa dissertação foi difícil de ser concluída, mas não à toa. Ela imprime muito de mim; carrega minhas lágrimas e minhas angústias, e, ao mesmo tempo, se tornou minha alegria e minha companhia em tempos de isolamento. Ela não é como eu a idealizei a princípio, mas é resultado da minha dedicação e existiu como meu alento. Eu e ela estávamos misturadas e agora nos “separarmos” - é estranho, pois somos fruto desse relacionamento intenso. Nestes dois anos, perdi pessoas, amores, e ganhei propósito, voz. Essas cento e poucas páginas são um pedaço meu a que dei sentido e agora liberto.

Esta etapa final e essencial do trabalho veio acompanhada de uma pandemia, algo que nunca esperávamos vivenciar e que, com certeza, marcará nossa história em aspectos diversos e inimagináveis. Falar de epidemia e saúde mental nesse momento nunca fez tanto sentido, diante de tantas incertezas, quedas e perdas. A partir desse momento, possivelmente viveremos

transformações no que diz respeito aos cuidados em saúde mental durante e após a quarentena. Muitos não poderão enterrar seus mortos, muitos morrerão ou sofrerão consequências da fome, do desemprego e da falência do Estado enquanto meio de amparo frente à devastação, tragédia, destruição, do colapso do sistema de saúde, do isolamento, da angústia de não saber o que será do futuro. Estaremos então diante de uma epidemia de deprimidos ou de uma multidão de enlutados?

10. QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com a resolução 510/16 (CNS), o trabalho não será submetido ao CEP/CONEP. Parágrafo Único do Art. 1º da Resolução CNS nº 510/16: Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/Conep: “VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica.”

Apesar de se tratar de um trabalho de revisão, a ética atravessa todo o processo de construção no sentido do compromisso com a legitimidade das informações levantadas e analisadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.A. **A psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Ed Dumará, Rio de Janeiro, 2004.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial** 3 ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
- _____. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política** ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5.** 5th ed. Washington: APA; 2013.
- ANDREOLA, Balduino. **O processo do conhecimento em Paulo Freire.** Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 32-42, jan./jun. 1993.
- ANGELL, M. A. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** Ed Record, São Paulo, 2007.
- APÓSTOLO, J. L. A. FIGUEIREDO, M. H. MENDES, A. C. RODRIGUES, M. A. **Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(2):[06 telas] mar-abr, 2011.
- ARAÚJO, A.C., LOTUFO NETO, F. **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5.** Rev. bras. ter. comport. cogn. vol.16 no.1 São Paulo abr, 2014.
- BAPTISTA, T. W. F., BORGES, C. F., MATTA, G. C., **Contribuições da Arqueologia do Saber para Estudos da Saúde Coletiva.** In BAPTISTA, T. W. F., AZEVEDO, C. S., MACHADO, C. V. Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- BARATA, R. C. B. **Epidemias.** Cadernos de Saúde Pública, 3(1): 9-15, 1987.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BASTOS, W., CASTIEL, L. D., CARDOSO, M. H. C. A., FERREIRA, M. S., GILBERT, A. C. B. **Epidemia de Fitness**. Saúde Soc. São Paulo, V 22, n 2, p485-496, 2013.

BECKER, H. (1999). **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. (M. Aguiar, Trad., 4a ed.). São Paulo: Hucitec, 1992.

BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B; COSTA, J. F. (Orgs). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Guia da BVS. Sobre a BVS**, 2020. Disponível em <http://guiabvs2011.bvsalud.org/sobre-a-bvs/>. Acesso em Fev 2020.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Civilização brasileira ed. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Mal-estar na atualidade**. 2 ed, Civilização brasileira ed. Rio de Janeiro, 2017.

_____. **Sexualidade na Instituição Asilar**. Ed. Achiamé, Rio de Janeiro, 1980.

_____. **Diagnósticos da contemporaneidade**. Polifonias: clínica, política e criação. ed Contracapa, 2005.

BOING, A. F., MELO, G. R., BOING, A. C., MPRETTI-PIRES, R. O., PERES, K. G., PERES, M. A. **Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional**. Saúde Pública, 46(4):617-23, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Cadernos Humaniza SUS vol 5- Saúde Mental**, 2015.

_____. Secretaria nacional de ações básicas de saúde. **Conceitos e definições em saúde coordenação de assistência médica e hospitalar**, 1977.

_____. Portal: Saúde Mental/Depressão/ **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnósticos e prevenção**, 2019. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saudemental/depressao>. Acesso em Dez 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico de 2016**. Brasília, 2017. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anu%C3%A1rio+Estat%C3%ADstico+do+Mercado+Farmac%C3%AAutico+-+2016/485ddf50-a37f-469f-89e5-29643c5c9df5>. Acesso em abril 2020.

CAPONI, S. **Uma Biopolítica da Indiferença. A propósito da denominada Revolução Psicofarmacológica**. In AMARANTE, P., PITTA, A. M. F., OLIVEIRA, W. F. (Orgs) *Patologização e Medicalização da vida: Epistemologia e Política*. São Paulo: Zagodini, 2018.

_____. **O diagnóstico de depressão, a “petit biologie” e os modos de subjetivação**. In CAPONI, S., VERDI, M., BRZOZOWSKI, F. S., HELLMAN, F. (Orgs) *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*. Ed Unisul, 2010.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: John Hopkins University, 2007.

CORBANESI, **Transtornos Depressivos e Capitalismo Contemporâneo**, Caderno CRH, 2018.

CASTIEL, L. D., **Utopia/Atopia- Alma Ata, Saúde Pública e o “Cazaquistão”**. In CAPONI, S., VALENCIA, M. F. V., VERDI, M., ASSMAN, S. J. (Orgs) *A Medicalização da Vida como Estratégia Biopolítica*. São Paulo: LiberArs, 2013.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedade do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CID-10 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 10 REVISÃO. São Paulo: USP, 1997.

CZERESNIA, D., MACIEL, E. M. G. S., OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença.** Ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

CORBANESI, E. **Transtornos Depressivos e Capitalismo Contemporâneo.** Cadernos CRH, Salvador, 2018.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi: dépression et société.** Paris: Éditions Odile Jacob, 1998.

FÉDIDA, P. **Depressão.** Escuta ed, São Paulo, 1999.

FERREIRA, S. A. T. **A evolução do conceito de depressão no século XX:** uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Ano 10 jan-mar, 2011.

FERREIRA NETO, J. L. **Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 31 n. 3, pp. 411-420, 2015.

FERTONANI, L. **Modelo assistencial e saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira,** 2014.

FIGUEIREDO, L. C. **Cuidado, Saúde e Cultura: Trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante.** Ed Escuta, São Paulo, 2014.

_____. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea.** Ed Escuta, São Paulo, 2009.

_____. **A Psicanálise e a clínica contemporânea.** Contemporânea - Psicanálise e

Transdisciplinaridade, Porto Alegre, n.07, 2009.

FOUCAULT, M. (1977). **Poderes e estratégias. Estratégia, PoderSaber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. (1984). **Ética, sexualidade, política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1983). **Política, e ética: uma entrevista.** Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **A história da loucura na idade clássica.** Ed perspectiva, São Paulo, 1972.

_____. **O nascimento da medicina social.** In Microfísica do poder. Org e Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: a história da violência nas prisões.** Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREITAS, F. AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria 2** ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

FREUD, S. (1917). **Luto e melancolia.** Rio de Janeiro: Imago, p. 271–291. (ESB, 14), 1976.

FURTADO, M. **Regulação Biotecnológica do Sofrimento e Eviscção do Sujeito: Efeitos sobre a Condição Humana.** In: AMARANTE, P., PITTA, A. M. F., OLIVEIRA, W. F. (Orgs) Patologização e Medicalização da vida: Epistemologia e Política. São Paulo: Zagodini, 2018

GOFFMAN. E. **Manicômios, prisões e conventos.** 7.ed. Perspectiva ed, São Paulo, 2001.

HORWITZ, A. V., WAKEFIELD, J. C. **A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda.** Summus, ed, São Paulo, 2007.

ILLICH, I. **Nemesis Médica: a expropriação da saúde.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

KIRSCH, I. **The Emperor's New Drugs: exploding the antidepressant myth.** New York: Basic Books, 2010.

KUPPIN, S. **The depression epidemic: how shifting definitions and industry practices shape perceptions of depression prevalence in the United States.** Advances in Medical Sociology. EUA, 2010.

LEBRUN, J. P. **Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social.** Companhia de Freud, ed. Rio de Janeiro, 2004.

LEMKE, T. **Bio-politics: an Advanced Introduction.** New York University Press, 2011.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo.** Lisboa: Relógio d'Água, 1983.

MACHADO, L. V., FERREIRA, R. R. **A indústria Farmacêutica e a Psicanálise diante da "Epidemia de Depressão": Respostas Possíveis.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, jan./mar. 2014

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber.** 3 edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MAD IN BRASIL: CIÊNCIA, PSIQUIATRIA E JUSTIÇA SOCIAL. <https://madinbrasil.org/>

MAIA, M. & ALBUQUERQUE, A. **Get there now! Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo.** Pulsional: revista de psicanálise. AnoXIII, no. 132, 81-88, 2000.

MAYES R, HORWITZ A. **DSM-III and the revolution in the classification of mental illness.** Journal of the History of Behavioural Sciences 41(3):249-67, 2005.

MINAYO, C. **O desafio do conhecimento.** Ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 1992.

MIRANDA, L. **O campo da saúde entre a medicalização e a criatividade.** Em: Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares. edUFSCAR, São Carlos, 2017.

MOREIRA, J. O. **Da melancolia dos dias cinzentos à depressão das noites sem fim.** Arquivos Brasileiros de Psicologia v 60, n 3, 2008.

OLIVA, A. **Filosofia da ciência.** Filosofia, Vol 31. Jorge Zahar ed Rio de Janeiro, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS/OMS. Folha informativa: **depressão**, 2018.

PELEGRINI, M.R.F. **O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade.** Psicologia ciência e profissão, 21 (3), 38-43, 2003.

PEREIRA, C. R. **A construção da subjetividade contemporânea e sua relação com a depressão.** Cadernos de Psicanálise- CPRJ, vl. 37, n 32, p 17-41, Rio de Janeiro, 2015.

PEREIRA, L. **O trabalho em questão na epidemia de depressão,** Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 23, n. 1 2011.

PINHEIRO, T, VERTZMAN, J. S. **As novas subjetividades, a melancolia e as doenças autoimunes.** In: PINHEIRO, T. (Org.). Psicanálise e formas de subjetivação contemporânea. Rio de Janeiro-RJ: Contra Capa, 2003.

PUBMED. **National Library of Medicine,** 2020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Acesso em Fev 2020.

ROSE, N. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century.** Princeton: Princeton University, 2007.

SANTA CLARA, C.J.S. **Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica.** Mental vol.7 no.13 Barbacena, 2009.

SARACENO, B. **Psiquiatria e saúde mental.** Em: Libertando Identidades, da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SCOPUS. **Guia do usuário,** 2010. Disponível em https://www.caism.unicamp.br/PDF/Scopus_Guia_do_usuario.pdf. Acesso em fev 2020.

SOARES, G. B. CAPONI, S. **Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida.** Interface, vol 15 n 37 Botucatu, 2011.

SOUZA T. R., LACERDA A. L. T. **Depressão ao longo da história,** In Depressão: teoria e clínica. Quevedo & Silva (orgs.) Artmed ed, São Paulo, 2012.

STOPA, S. R., MALTA, D.C., OLIVEIRA, M. M. **Prevalência do autorrelato de Depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, n 18, Dez, 2015.

SZAPIRO, A. M. **O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano.** In SZAPIRO, A. M. (Org) Clínica da Pós-modernidade: formas de subjetivação, violência e dessimbolização. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

SZASZ, T. **A fabricação da Loucura: um estudo comparativo da inquisição e do movimento da saúde mental.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1971.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)sistência do sujeito depressivo.** São Paulo: Unesp, 2010.

VERDI M., Caponi S. **Reflexões sobre a promoção de saúde numa perspectiva bioética.** Contexto Enferm Jan-Mar; 14(1):82-8, 2005.

VERTZMAN, J. **Tristeza e Depressão: pensando os momentos da vida.** Ed Vozes, Rio de Janeiro, 1995.

WEB OF SCIENCE, 2020. Disponível em <https://clarivate.com/webofsciencegroup/solutions/web-of-science/>. Acesso em Fev 2020.

WOOLF, V. **Mrs. Dalloway.** Ed Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1980.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Aumento Assombroso da Doença Mental.** Ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

WHO, Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Report 2017.

ANEXOS

ANEXO A

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 10 REVISÃO CID-10

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos

“somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui: episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
 - psicogênica
 - reativa
- reação depressiva **Exclui:** quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0) transtornos (de):
 - adaptação (F43.2)
 - depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”. Depressão:

- agitada
- maior episódio único sem sintomas psicóticos
- vital

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de

uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:
 - maior com sintomas psicóticos
 - psicótica
 - psicose depressiva:
 - psicogênica
 - reativa

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui: episódios recorrentes de uma:

- depressão
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva transtorno depressivo

sazonal **Exclui:** episódios depressivos recorrentes breves (F38.1)

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão:

- endógena
- maior recorrente sem sintomas psicóticos
- vital recorrente

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos Episódio recorrente grave (de):

- depressão:
 - maior com sintomas psicóticos
 - psicótica
- psicose depressiva:
 - psicogênica
 - reativa

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes**F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação** Depressão unipolar SOE

ANEXO B

Associação Americana de Psiquiatria

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM 2013.

DSM-V (Somente introdução dos Transtornos Depressivos)

Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Diferentemente do DSM-IV, este capítulo “Transtornos Depressivos” foi separado do capítulo anterior “Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados”. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. Para abordar questões referentes ao potencial de diagnóstico e tratamento excessivos do transtorno bipolar em crianças, um novo diagnóstico, transtorno disruptivo da desregulação do humor, referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo, é acrescentado aos transtornos depressivos para crianças até 12 anos de idade. Sua inclusão neste capítulo reflete o achado de que as crianças com esse padrão de sintomas tipicamente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtornos bipolares, quando ingressam na adolescência e na idade adulta.

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. Atenção especial é dada à diferenciação da tristeza e do luto normais em relação a um episódio depressivo maior. O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves, e o prognóstico é pior comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos. Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distímia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois

anos em adultos e um ano em crianças. Esse diagnóstico, novo no DSM-5, inclui as categorias diagnósticas do DSM-IV de transtorno depressivo maior crônico e distímia. Após cuidadoso exame

ANEXO C

LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE MENTAL

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O Presidente da República Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Artigo 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Artigo 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Artigo 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º.

Artigo 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Artigo 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Artigo 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Artigo 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Artigo 9º - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente,

pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Artigo 10 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Artigo 11 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde. Artigo 12 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Artigo 13 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001;

180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

ANEXO D

TRANSCRIÇÃO DOCUMENTÁRIO: THE MISUNDERSTOOD EPIDEMIC:
DEPRESSION. SCHUTZ, 2010. IRONZEAL FILMS.

“I used to be a blanket without seams- a silk cocoon of happy dreams. Now I am a quilt so square the same a pathwork of pleasure and pain” Susan Polis Schultz, from the book *Depression and back*.

- 1- Homem idoso branco: “é uma nuvem cinza, é obscuro... você vive em um estado que não vale a pena, um momento em que você preferiria estar morto”.
- 2- Mulher jovem muçulmana negra: “é uma doença de verdade... que você não consegue controlar. É como um ladrão que invade sua casa a noite e te deixa desamparado. Você sente que não há motivo para viver... então por que levantar da cama”.
- 3- Mãe de menino: “é difícil, uma batalha constante... sei como será a vida dele e gostaria que fosse mais fácil. Meu maior medo é ele estar propenso ao suicídio”.
- 4- Mulher jovem branca: “eu não queria esconder, mas eu tinha por conta do estigma... não podia mais esconder do meu próprio marido. Eu queria me divorciar, começar uma nova vida, sair da minha própria pele. É como queimar viva de tanta dor. Culpava minha vida, meu casamento. Achava que um marido mais compreensivo não me deixaria deprimida. Procurava qualquer coisa fora de mim que eu pudesse culpar. Então não seria minha culpa. Eu deveria ter ido morar na Califórnia e não me casado. Mas percebo que meu marido me ajudou, foi forte por nós dois e apenas por causa dele ainda estamos casados”. Marido: “até irmos procurar um aconselhamento eu não sabia da importância da depressão. Então eu parei de tentar ajudar ou falar sobre o assunto depressão. Eu não tinha ideia de como a depressão poderia afetar uma pessoa”.
- 5- Homem jovem negro: “não importa quanto dinheiro você tem.”
- 6- Casal meia idade branco fala da perda de sua filha por suicídio. “Nossa filha morreu 5 meses atrás, sofria de uma grave depressão. Era como um trem que nos atropelou. Ela sofreu por 10 anos. Aos 19 anos foi ficando pior. Achávamos que era típico da adolescência, mas ela foi de uma garota vibrante e viva para uma pessoa que apenas fumava e se deitava em sua cama. Ela não funcionava mais. (eles leem o diário dela) Ela sentia que nós sofríamos por conta dela e que ela era um fardo para a família. Tudo sobre ela era sobre sua doença. (passa um vídeo da filha) É como se Deus tivesse dito que teríamos 18 anos maravilhosos com nossa

filha e depois 11 anos de inferno, de sofrimento, mesmo assim eu escolheria ter minha filha, pois tivemos 18 anos maravilhosos com ela. Fizemos de tudo para salvá-la”.

2- “Com medicação e terapia eu fui melhorando... não importa o quanto difícil seja há um dia melhor por vir”.

7- Mulher meia idade branca fala de seu diagnóstico aos 17 anos. “Essa doença arruinou cinco anos da minha vida. Minha mãe ficou frustrada... dizia que eu não tinha nada e não deveria tomar medicação. Você sente vergonha o tempo todo, fora da sociedade”. Mãe dela: “eu pensei que... eu não sei o que pensei que era uma fase ruim apenas. Até que li o livro o demônio do meio dia e pude entender o que se passava com minha filha. Toda a descrição de sofrimento era como o da minha filha e eu não podia compreender até este dia... passamos a conversar sobre... entendi que é algo maior que nós e que eu deveria fazer algo para ajudar minha filha”. “Filha: Depois do livro ela começou a entender que é uma doença, um desequilíbrio químico em meu cérebro e por isso não posso parar de tomar as medicações”.

8- Mulher meia idade branca arruma seus remédios da semana: “eu demoro meia hora pra arrumar todos os meus remédios da semana. Minha depressão começou quando eu tinha 16, 17 anos. Ficava muito frustrada, gritava em meu travesseiro, não podia me mover, não funcionava”. Ex-marido: “ela era atleta quando eu a conheci. ela ficava apenas na cama, era uma pessoa promissora, uma atleta”.

9- Indiano, meia idade: “eu tinha 17 anos... é como se não houvesse mais nada na sua vida. Comecei a ter esses pensamentos então chamei meu pai e pedi que me hospitalizasse. O que meus pais poderiam fazer por mim? Ou que respostas me dar? Então não conversei sobre isso, sei que eles ficam mal. O pai diz: isso é minha culpa, por ter te dado livros sobre o sentido da vida e Deus”.

1- “A ideia de depressão nos anos 1970 não fazia parte do vocabulário de ninguém. Eu tinha muita dificuldade de sair da cama. Por anos pude cantar sobre meu sofrimento, mas fora do palco era diferente, não podia deixar meu corpo em pé. Como se a vida não tivesse fim, não haveria esperança. Os elementos depressivos eram expressos e eliminados através da minha música. Tenho filhos, netos, o melhor trabalho do mundo, apesar disso a depressão vem e é um demônio mesmo”.

5- “Não é algo que escolhe classe social, cor, idade, nacionalidade. Ficava isolado, no meio do nada. Psicólogo, médicos, família, minha rede de apoio poderia me ajudar. Há muito preconceito que nos faz sentir pior. Há muito estigma e as pessoas que têm preconceito me

fazem sentir pior. Fiquei paranoico, não queria estar perto das pessoas. No hospital eu faço terapia com psicólogo toda semana”.

7- Mãe: “há muito estigma, você tem um problema mental e ninguém fala sobre. Fala para minha filha superar... não tinha conhecimento do que ela sentia e me arrependo disso profundamente. É como se fosse um segredo, ninguém quer falar sobre. Faça algo para ajudar sua filha... Filha: ela entende agora, é compreensiva, entende que é um problema de desequilíbrio cerebral”.

8- “Alguém tem que me amar pelo que eu sou. Mas depois que digo sofrer de uma doença mental, nunca mais vejo as pessoas”.

10- Pessoa que não quis ser identificada: “em famílias japonesas, doenças mentais não é algo que se fala sobre, não há conhecimento. Na cultura todos querem esconder, pois é uma vergonha na família. Ninguém irá querer se relacionar com aquela família. Meus pais não entendem a doença e são muito preocupados com o nome da família então ninguém pode saber. Pessoas que sabem da minha doença eu posso contar em uma mão apenas. Em entrevista de trabalho não posso falar sobre essas questões”.

11- Mulher jovem branca: “estou aqui com 45 anos vivendo com minha mãe e dependendo dela, sem trabalhar mesmo depois de tudo que estudei. Eu amo medicina. Meu primeiro episódio de depressão eu não conseguia sair da cama nem para ir ao banheiro. Estava na faculdade de medicina. Não contei a ninguém. Eu mal conseguia trabalhar, mas quando estava no hospital fazia fotos para me expressar. Quando estava deprimida sentia muita raiva. Mas sentia uma pequena esperança e foi isso que me ajudou”.

7- “É como uma prisão em minha cabeça, como se nada fosse um dia melhorar ou mudar. Sem motivação, sem energia. Sempre me sentia assim. Até escovar os dentes era difícil. Tentava fugir disso tudo dormindo. Mãe: ver uma modelo, uma moça linda não conseguir se vestir...assistir essa garota imaculada não conseguir lavar seu rosto ou escovar seus dentes. Como qualquer outra mãe eu trocaria de lugar com minha filha”.

8 - Filha: “uma época lembro de minha mãe constantemente não sair da cama. Sempre era deixada na escola e ninguém ia me buscar. Eu achava que as mães eram todas assim. Mas via meus amigos com as mães fazendo almoço e eu ficava com vergonha em casa tinha que procurar qualquer coisa que eu pudesse comer. Ex-marido: ela precisava superar aqueles sentimentos para poder salvar nosso casamento”.

7- “Quando os meus medicamentos funcionam é como se minha depressão fosse situacional. Eu vivo uma vida diferente. Quando os medicamentos param de funcionar o inferno volta novamente”.

8- “Com os medicamentos o mundo ganhou cores novamente. Eu poderia rir novamente, fazer qualquer coisa como antes. (mostra uma lista imensa de muitas páginas de medicamentos que tomou nos últimos 15 anos). Algumas a mais tomei por conta dos efeitos colaterais. Ganhei muitos quilos”.

11- “Alguns tomam antidepressivos e causam ansiedade, tomam outra para controlar. Eu tenho tremores. Mas é difícil encontrar a medicação certa, não há um teste para determinar isso”.

9- “Por conta das medicações eu tenho ataque de pânico, tomo outra coisa para os ataques de pânico e assim você vai se tornando cada vez mais dependente”.

11- “Os efeitos colaterais às vezes podem ser mais severos que a própria depressão. Estou com fome o tempo todo. E tenho tremores e tenho que tomar outra medicação”.

5- “Eu não gosto de medicação, não quero ser uma prescrição, não quero ficar viciada nisso, em drogas, meu filho melhorou e não usa medicação”.

9- “Tenho constipação, efeitos sexuais, não tenho emoções ou sentimentos. Meu psiquiatra diz que é um desequilíbrio químico e eu pergunto a ele se existe um exame que possa provar que meu cérebro tem um desequilíbrio. Mas não há então como ele pode provar que eu preciso de medicação e ele apenas adiciona mais e mais drogas, mas não pode provar o porquê eu preciso tomar”.

11- Há efeitos ruins, mas efeitos bons que me mantem feliz.

3- Criança 8 anos: “é como se você estivesse bravo e triste o tempo todo. Alguém estranho, ninguém gosta de alguém assim. Muito triste, você se sente só, grita as vezes. Mãe: ele percebe que é diferente e luta com isso. Como mãe eu não conseguia entendê-lo. Pessoas não entendem depressão e nas escolas é pior. Eles não conseguem lidar. Parece que eu falhei como mãe. Como se algo estivesse indo errado em casa. Os médicos sempre são contra a medicação para ele. Ele sente-se diferente e se culpa muito, muito negativo, ninguém gosta dele. Mesmo que o seu cérebro diga algo a ele não é verdade. As crianças não entendem... mas precisamos do suporte na escola a ajudar ele a enfrentar”.

2- “O suicídio não é o caminho. Leio versos do alcorão e isso me ajuda. Deus não nos deu a vida para a tirarmos. não importa o quanto difícil pode ficar. Eu rezava toda noite para deus me matar. Mas sempre há possibilidades, um novo dia.” Falas dos participantes de um grupo de ajuda:

“Encontre um grupo, um grupo que realmente saiba o que você está sentindo e não apenas concorde com a cabeça”.

“É uma doença como qualquer outra, como quebrar a perna, mas há um estigma envolvido e aqui tentamos quebrar isso”.

“Se meu filho tivesse tomado o remédio certo ele não teria se matado”.

“Antes do grupo pensava que não havia ninguém mais como eu no mundo”.

“A menos que você viva com a doença, você não sabe como ela é”.

“Lutamos muito, você sempre se sente um *outsider* se comparando com os outros, com as pessoas normais. Quando você está em um grupo que te entende você não se sente mais fora”.

“Você precisa se socializar, ser mais generoso com você mesmo, fazer exercícios”.

“O grupo se tornou uma família para mim, tudo que você faça de bom deve ser levado em consideração e precisa ser reconhecido, elogiado”.

“A questão que se passa é que eu não estou realmente doente, que eu apenas não quero lidar com as minhas questões, mas é uma doença real”.

“Vir ao grupo é um ato de coragem. É como se você nadasse sozinho até achar um grupo”.

“Você não está sozinho, não é o único a pensar sobre isso no planeta”.

“Não tenha vergonha, não se esconda. As pessoas que te amam vão te ajudar”.

“Se as pessoas conhecerem podem ajudar. Conhecimento é poder. A partir dele as pessoas nos tratarão dignamente como nós merecemos”.

“Nunca subestime o poder dessa doença. Não ache que se sentir mal o tempo todo é um modo de viver a vida”.

“Se você sentir qualquer sinal em seus filhos, leve ao terapeuta. Se minha mãe tivesse me levado a terapia... poderia estar diferente.”

“Procure referências, na internet, faça tudo que puder”.

“A depressão precisa ser atacada com todo tipo de ajuda. Não somente psicólogos e psiquiatras”.

“Pesquisas falam de terapia e exercícios, que podem fazer muita diferença além dos remédios”.

“Minha filha encontrou uma forma de ajudar outras pessoas através do *Walk suicide prevention*, a partir do seu próprio problema. Filha: percebi que posso fazer algo com isso, mostrando que há caminhos possíveis”.

“Não há vergonha em ficar doente. E você vai melhorar quando se tratar”. Música

“Carry on my sweet survivor

Carry on my lonely friend

Don't give up your dreams".