



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

GIOVANA BACILIERI SOARES

A Depressão em Pauta: Um Estudo Sobre o Discurso da Mídia

Florianópolis

2009

GIOVANA BACILIERI SOARES

A Depressão em Pauta: Um Estudo Sobre o Discurso da Mídia

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Sandra Caponi

Florianópolis

2009

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha orientadora, Sandra Caponi, que admiro muito, desde as aulas da residência, e que, com paciência, ajudou a compreender um pouco melhor a minha prática médica a partir dos estudos do grupo e me incentivou durante todo o tempo.

Agradeço ao grupo pela solidariedade, incentivo e compreensão aos percalços de alguém que está iniciando. Em especial agradeço a Fabíola, Silvia e Ana pelo carinho, amizade, preocupação e também pelos ‘puxões de orelha’.... coisas de mães, que vocês foram...

A turma de mestrado, que realmente foi a melhor turma com quem poderia ter estudado.

As pessoas que fizeram parte desta caminhada pela Saúde Pública, desde Marcão até GESG, os quais foram fundamentais, não só na Universidade, mas em toda a construção do meu caminho como pessoa.

As amigas de sempre... Ligia, Flávia, Fernanda, Bianca, que nem sei como dizer o quanto são importantes pra mim.

Agradeço a minha família, que, embora pequena, é muito grande no meu coração.

Em especial agradeço ao Tiago, que foi fundamental nas horas de angústia, e que teve muuuuuita paciência nos últimos meses, pelo amor e pelo carinho... te amo.

RESUMO

A depressão vem sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil e nos demais países, em geral como um problema recorrente, podendo ser crônico em cerca de 20% dos casos. Sendo trazida como a quarta causa de incapacitação nos anos 90, estima-se para 2020 ser a primeira causa para países em desenvolvimento. Ganhando maior visibilidade nos últimos anos, a depressão é alvo de vários artigos e comentários nos meios de comunicação e cada vez mais perseguida como algo passível e necessário de tratamento. Seu diagnóstico vem mudando ao longo do tempo e tem se consolidado na atualidade com os critérios definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSMIV), o qual traz uma proposta de neutralidade atórica e objetiva ao diagnóstico. Através dos atuais critérios temos vivenciado a expansão do diagnóstico de depressão e conseqüente aumento da medicalização, tornando médicos problemas ou eventos da vida que antes eram considerados normais. Uma das formas de se visualizar a ascensão da depressão é a atenção dada na mídia para o tema. Com o objetivo de analisar o que se tem discutido sobre depressão na mídia realizamos uma pesquisa descritiva, analisando matérias jornalísticas sobre depressão divulgadas nas revistas eletrônicas *Folha online* e *Veja online* no período de 10 anos, entre 1999 e 2008, através da análise de conteúdo. A partir das 628 matérias analisadas quatro categorias foram levantadas: a depressão e o risco; a busca de um modelo causal; a valorização dada pelos indivíduos ao contexto de vida na gênese da depressão; e o tratamento para o modelo biológico. A expansão do risco é trazida pela mídia com a divulgação de associações estatísticas como verdades, e a crescente divulgação de doenças ou condições intermediárias que seriam responsáveis por maiores índices de depressão, como menopausa, andropausa, obesidade, entre outros. A exposição na mídia dos casos de pessoas deprimidas intermedia um processo de identificação e aceitação do diagnóstico de depressão através do efeito de arco. Após a identificação há um conseqüente reducionismo da história de vida complexa, que gerou esta identificação e diagnóstico, ao seu caráter biológico realizado através da inclusão do indivíduo nos critérios diagnósticos médicos. Por fim o tratamento é priorizado dentro de um modelo explicativo biológico privilegiando o uso de medicamentos, incluindo o que chamamos de novos antidepressivos, que tem por objetivo o tratamento de condições ou transtornos intermediários que elevariam o risco de depressão. O gerenciamento da vida e controle dos fatores desencadeantes do que se chamaria de depressão saem de cena, restando apenas o tratamento do corpo.

Palavras-chave: Depressão, Mídia, Risco, Medicalização

ABSTRACT

In Brazil and other countries world wide, depression is being considered a public health care problem. Usually it is a recurrent problem, possibly chronicle on about 20% of the cases. Being the fourth cause of disablement on the 90's it is estimated to be the first cause until 2020, for developing countries. Recently, depression has gaining significant visibility and has been discussed on several researches and communication media, being treated as something that can and require treatment. Its diagnostics has been changing over the time and being consolidated nowadays by the standards defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV), which proposes an non-theoric objective neutrality to the diagnostics. Through the current criteria, we have being experiencing an expansion in the diagnostics of depression and, consequently, an increase in its medicalization changing normal life events into medical problems. One way to visualize the expansion of depression it the high attention given in the communication media (CM). With the objective of analyzing what has been discussed in the CM about depression, we have performed a descriptive research analyzing journalistic material about depression published on the electronic magazines *Folha online* and *Veja online* over 10 years (1999 to 2008). The 628 editorial pieces analyzed were divided in four categories: Depression and risk; the pursue for a causal model; the valorization given by the individual to the context of life in the depression genesis; and the treatment for the biological model. The expansion of the risk bring by the CM with the announcement of statistics associations as truths and the increasing dissemination of diseases or intermediate conditions as responsible for higher indices of depression, as menopause, andropause, obesity, and others. The exhibition of cases of depressed people on the CM intermedate a process of identification and acceptance of the depression diagnostics through the looping effect. After the identification there is a reductionism of the complex life story that generated that identification and diagnostic to the biological character performed through the inclusion of the individual in the medical diagnostic criteria. Nevertheless, it is prioritized a treatment in the biologically explainable model prevailing the use of medication, including what we know as new anti-depressives, that intend to treat the conditions or intermediate disturbance that would increase the risk of depression. The management of life and control of the releasable factors of depression leave the scene, remaining only the treatment of the body.

Keywords: depression, media, risk, medicalization

SUMÁRIO

RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
3 CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS	9
4 DEPRESSÃO.....	12
5 MÍDIA E MEDICALIZAÇÃO	18
6 PERCURSO METODOLÓGICO	20
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
9 ARTIGO CIENTÍFICO - DEPRESSÃO EM PAUTA: UM ESTUDO SOBRE O DISCURSO DA MÍDIA	27
9.1 Introdução e Objetivo	29
9.2 Percurso Metodológico	30
9.3 Depressão e o Risco: O Discurso Científico e Jornalístico.....	31
9.4 A Busca de um Modelo Causal.....	38
9.5 Tratamento para o Modelo Biológico	41
9.6 A Exposição na Mídia e a Importância do Contexto	46
9.7 Considerações Finais	51
9.8 Referências Bibliográficas	52

1 INTRODUÇÃO

Trabalhando em Atenção Primária em Saúde diariamente depara-se com angústias, choros e tristezas das pessoas atendidas e estamos freqüentemente diante da suspeita, diagnóstico e tratamento de depressão. A depressão vem sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil e nos demais países, em geral como um problema recorrente, podendo ser crônico em cerca de 20% dos casos (Who, 2002).

A Organização Mundial de Saúde estima que 9,5% das mulheres e 5,8% dos homens passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses. (Who, 2001) Com prevalência anual na população em geral entre 3 e 11%,(Duncan, Schimidt *et al.*, 2004) varia, no Brasil, entre 1,9% (São Paulo) e 10,2% (Porto Alegre) segundo estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica(Almeida-Filho, Mari *et al.*, 1997). Sendo a quarta causa de incapacitação nos anos 90, estima-se para 2020 ser a primeira causa para países em desenvolvimento.(Duncan, Schimidt *et al.*, 2004)

Atualmente o diagnóstico é feito através de critérios pré-estabelecidos e operacionalizados através do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)(Dsm-Iv-Tm, 2002) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID-10)(Cid-10, 2004).

Citações mitológicas e de passagens bíblicas dão indícios de depressão ao longo da história. Segundo Cordás (2002) o termo depressão se estabelece no século XIX. A etiopatogenia da depressão envolve concepções atreladas ao seu tempo e lugar, tomando diferentes formas. Para a teoria hipocrática a bile negra seria uma de suas causas, havendo também teorias baseadas na possessão demoníaca da alma, até as explicações baseadas em neurotransmissores. (Cordás, 2002; Baptista, 2004)

Hoje é considerada por muitos uma doença multifatorial, com aspectos psicológicos, sociais e onde teorias neurológicas vêm ganhando espaço. A neuroquímica é a área de maior destaque nos últimos 50 anos, desde o descobrimento do mecanismo de ação dos medicamentos antidepressivos. Posições teóricas competitivas e novas abordagens dão origem a novos modelos para compreensão de transtornos depressivos. (Horimoto, Ayache *et al.*, 2005)

Em um enfoque antropológico para Abdala (apud Pérzola, 2007) tem-se que a sociedade ocidental é profundamente depressógena e uma autêntica visão antropológica da depressão não pode evitar os fatores socioculturais e sua influência. Em grande parte da humanidade a antropologia da depressão se entrelaça com a antropologia da fome e marginalização.

Ganhando maior visibilidade nos últimos anos, a depressão é alvo de vários artigos e comentários nos meios de comunicação e cada vez mais perseguida como algo passível e necessário de tratamento.

A sensibilização da população no sentido de auto-diagnóstico de certos transtornos mentais, realizada principalmente pela indústria farmacêutica, muitas vezes através da mídia, poderia produzir uma medicalização excessiva de situações da vida cotidiana. (Aguar, 2004) A produção e a circulação de formas simbólicas pela mídia têm um papel decisivo na vida social e no cotidiano das pessoas. (Moreira, 2008)

Como o meio de comunicação jornalístico aborda a depressão? O que se divulga na mídia como forma de prevenção, causa e forma de tratamento?

O meio de comunicação jornalístico segue a linha hegemônica, de diagnóstico baseado em sintomas segundo o DSM IV?

Buscar respostas a estas perguntas, compreender o enfoque dado ao público em geral a respeito de depressão, pode contribuir para reflexão e estímulo ao debate das visões atuais sobre o tema.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Analisar o conteúdo a respeito de depressão em um meio de comunicação jornalístico.

Objetivos específicos:

- Identificar e analisar a divulgação em um meio jornalístico referente a conceituação da depressão.
- Analisar a divulgação das formas de diagnóstico, causas, prevalência na população, formas de prevenção, e formas de tratamento de depressão em um meio de comunicação jornalístico.
- Analisar as formas de intervenção sobre o indivíduo e o coletivo recomendadas por este meio.

3 CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS

Na década de 1970 a psiquiatria biológica emerge como um movimento de reação a desmedicalização que predominou no campo psiquiátrico nos Estados Unidos nas décadas de 1950 a 1970. A busca do limite entre o normal e o patológico em termos biológicos é uma de suas metas, pois permitiria diferenciar a psiquiatria da psicologia, da psicanálise e das abordagens psicossociais sobre os transtornos mentais. (Aguiar, 2004)

Esta remedicalização prioriza o controle farmacológico dos sintomas, baseado em diagnósticos com descrições exclusivamente sintomáticas presentes no DSM-III de 1980, embora não se caracterize como uma renúncia às psicoterapias e psicanálise. Mas, para se adequarem ao pensamento hegemônico biológico, as demais terapias tiveram que se adequar ao padrão metodológico, onde somente tem validade o que pode ser descrito e observado de maneira objetiva, com definições claras de cada desordem, o que favorece as intervenções que atuem na redução e controle de sintomas. (Aguiar, 2004; Horwitz e Wakefield, 2007)

Para se afirmar no campo biológico, pesquisas demonstrando mudanças no funcionamento cerebral após tratamento psicoterápico são uma tentativa de legitimação desta modalidade terapêutica.(Aguiar, 2004)

Na Tabela 1 pode-se visualizar as mudanças dos diagnósticos de doenças psiquiátricas a partir de 1840, chamando a atenção para o grande aumento de patologias e o esforço no sentido de aumentar a confiabilidade do diagnóstico com critérios mais objetivos e definidos.

Para Russo e Venâncio (Russo e Venâncio, 2006) o DSM III implicou em uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico, com a ruptura em três níveis: quebra do ecletismo, que buscava a conciliação de teorias distintas, apresentando uma única lógica classificatória; ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte americana; e trazendo novas concepções sobre o normal e o patológico no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno.

Tabela 1- Evolução dos Diagnósticos Psiquiátricos

1840	1ª. Classificação psiquiátrica oficial dos EUA	2 categorias	Idiotismo, insanidade
1880	Mudança no sistema classificatório	7 categorias	Mania, melancolia, monomania, parestesia, demência, dipsomania, e epilepsia
1934	Nomenclatura Padronizada de doenças da Associação Médica Americana	Sem distúrbios agudos, psicossomáticos e transtornos de personalidade encontrados entre os combatentes da 2ª Guerra Mundial	Em 1940 considerada insuficiente pelos médicos das forças armadas Forte impacto da psicanálise americana no pós guerra
1948	CID- 6 Classificação Internacional de Doenças	Primeira CID a apresentar seção de transtornos mentais	Considerada insuficiente pela Associação Médico-Psicológica Americana
1952	DSM-I – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos mentais	106 diagnósticos (130 páginas)	Noção de doença mental como reação a problemas de vida e situações difíceis encontradas pelos indivíduos
1968	DSM- II	182 diagnósticos	Abandona a noção de reação e concepção biopsicossocial dos transtornos mentais, enfatizando mais aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico
1980	DSM- III	265 diagnósticos	Perspectiva descritiva e atórica, baseada em fenômenos puramente fenomenológicos e facilmente observáveis na clínica. Objetivo de aumentar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. Diagnósticos explícitos e objetivos.
1987	DSM- III R	292 diagnósticos	
1994	DSM- IV	297 diagnósticos (886 páginas)	Grande ênfase a “significância clínica” dos critérios diagnósticos na tentativa de

			eliminar diagnósticos falso positivos.
2000	DSM IV RV	880 páginas	Sem novos transtornos ou grandes alterações nos critérios diagnósticos

(Dsm-Iv-Tm, 2002; Aguiar, 2004; Conrad, 2007)

O DSM III contribui para ascensão da psiquiatria biológica ao se colocar como atóxico e, portanto, objetivo onde cada transtorno tem seu diagnóstico a partir critérios passíveis de mensuração e observação empíricos. Quebra com a classificação anterior que, ao se basear em uma possível etiologia para os transtornos mentais, os quais seriam subjacentes e inferidos pelo clínico, não teriam a capacidade de ter uma observação empírica rigorosa. (Russo e Venâncio, 2006; Conrad, 2007)

Ao ser aceito pela Organização Mundial de Saúde reflete a globalização da psiquiatria norte americana, que pretendia ser, não somente atórica, mas neutra e generalizável para todos os tempos e lugares. Além disso, apresentava grande afinidade com ensaios clínicos randomizados, largamente financiados pela indústria farmacêutica interessada na inclusão de novos medicamentos no mercado, criando critérios claros para inclusão e exclusão, contribuindo também para uma grande expansão da epidemiologia psiquiátrica. (Russo e Venâncio, 2006; Horwitz e Wakefield, 2007)

4 DEPRESSÃO

O diagnóstico de depressão que traremos são os presentes na Classificação Internacional de Doenças (Cid-10, 2004) e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV-TM (Dsm-Iv-Tm, 2002).

A depressão hoje está codificada no CID 10 entre os agrupamentos de transtornos do humor (transtornos afetivos), que compreende os códigos F30-F39: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente, transtornos de humor (afetivos) persistentes, outros transtornos do humor, transtorno do humor não especificado. Assim são definidos os transtornos de humor:

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.(Cid-10, 2004)

Nos episódios depressivos (F32) típicos, tanto leve quanto moderado ou grave o paciente apresenta, segundo a CID 10, uma série de sinais e sintomas:

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 frequentemente

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. (Cid-10, 2004)

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo:

- leve: 2 ou 3 dos sintomas citados
- moderado: 4 ou mais sintomas, com alguma limitação das atividades rotineiras
- grave: vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, perda da auto-estima, idéias de desvalia ou culpa, sintomas somáticos, com idéias e atos suicidas muitas vezes presentes, pode ainda apresentar sintomas psicóticos, como alucinações, idéias delirantes, ainda lentidão psicomotora ou estupor impossibilitando atividades sociais normais.(Cid-10, 2004)

No DSM IV temos os diagnósticos de episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior. No episódio depressivo maior cinco (ou mais) dos seguintes sintomas abaixo estão presentes durante um mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é: (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. (Dsm-Iv-Tm, 2002)

1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex. sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (p. ex.: chora muito). Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex. mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

4) Insônia ou hipersônia quase todos os dias.

5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser

delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto e não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex.: hipotireoidismo). (Dsm-Iv-Tm, 2002)

Da mesma maneira os sintomas não são melhor explicados por luto, com a perda de um ente querido e sintomas persistentes por mais de 2 meses ou caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor. (Dsm-Iv-Tm, 2002)

O Transtorno Depressivo Maior é um curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. O quadro clínico não deve ser melhor explicado por outros transtornos mentais. (Dsm-Iv-Tm, 2002)

Estudos realizados entre 1980-1985 e em 1990 pelos Epidemiological Catchment Area Study e o National Comorbidity Survey mostram prevalência de transtornos mentais em 32% da população americana, e de 48% na população de 15 a 54 anos respectivamente. Dentre estes transtornos a depressão, alcoolismo e transtornos de ansiedade são os mais prevalentes. (Aguiar, 2004)

Esta alta prevalência fez questionar a importância clínica destes transtornos, ou se eram criados pelos instrumentos diagnósticos. Como resposta o DSM IV de 1994 deu grande ênfase a “significância clínica” dos critérios diagnósticos na tentativa de eliminar diagnósticos falso positivos. (Aguiar, 2004)

Atualmente afirma-se que a prevalência média da depressão em cuidados primários é superior 10% em diversos países, sendo duas a três vezes maior em mulheres que homens. Em pacientes internados varia entre 22 e 33%. (Duncan, Schimidt *et al.*, 2004) E, como já citado, o estudo multicêntrico no Brasil traz em São Paulo prevalência de 1,9%, Brasília 2,8% e Porto Alegre 10,2%. (Almeida-Filho, Mari *et al.*, 1997)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001) a prevalência de depressão na atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro situa-se em 15,8%, ficando em 4º lugar entre as cidades estudadas, sendo como observado no Quadro 1.

Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na Atenção Primária à Saúde (%)				
Cidades	Depressão	Ansiedade	Dep. Álcool	Todos transt.
Ancara, Turquia	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas, Grécia	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore, Índia	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlim, Alemanha	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen, Holanda	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadã, Nigéria	4,2	2,9	0,4	9,5
Munique, Alemanha	11,2	7,9	7,2	23,9
Manchester, GB	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki, Japão	2,6	5,0	3,7	9,4
Paris, França	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio de Janeiro, Brasil	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago, Chile	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle, EUA	6,3	2,1	1,5	11,9
Shangai, China	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona, Itália	4,7	3,7	0,5	9,8
TOTAL	10,4	7,9	2,7	24,0

Quadro 1 Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na Atenção Primária à Saúde (%)

Fonte: Goldberg DP, Lecrubier Y – 1995 in Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001- Organização Panamericana da Saúde (OPAS)- Organização Mundial de Saúde (OMS) - ONU, World Health Report - WHO - Genève - Swiss - disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

Autores como Ian Hacking (2006) e Peter Conrad (2007) questionam o aumento da depressão, pondo em dúvida se há mesmo um aumento de depressão no mundo ou não passa de pressão ou o aumento da indústria farmacêutica frente o lançamento de novas drogas.

As causas dos transtornos mentais e comportamentais, segundo a OMS, resultam de

fatores genéticos e ambientais, sendo resultado da interação da biologia com fatores sociais. Em relação à depressão, o relatório sobre a saúde no mundo coloca ser possível não ocorrer anormalidades anatômicas distintas, onde o risco de doença pode ser devido a variações na responsividade dos circuitos neurais. (Who, 2001)

Os fatores de risco levantados para a depressão incluem questões biológicas, ambientais, sociais e psicológicas. Entre eles temos: histórico de depressão, sexo feminino, família disfuncional, baixa educação dos pais, grande número de eventos estressantes, pouco suporte social, baixa auto estima, baixa competência intelectual, problemas de saúde, técnicas de enfrentamento das situações reduzida, excessiva interdependência pessoal, morte prematura de um dos pais, fatores genéticos, superproteção familiar na infância e adolescência, comportamentos de internalização de problemas, abuso sexual. (Baptista, 2004)

Um grande número de fatores de risco são levantados, dos mais variados tipos, onde dificilmente alguma pessoa deixaria de apresentar pelo menos um fator de risco para depressão ao longo da vida, sendo que alguns se tornam inevitáveis, por exemplo, ser do sexo feminino.

As opções de tratamento variam entre biológicos, psicoterapia e tratamentos psicossociais. Os tratamentos biológicos incluem terapêuticas medicamentosas, eletroconvulsoterapia, estimulação transcraniana magnética. Outros tratamentos, menos utilizados incluem fototerapia, privação do sono, exercício físico, psicocirurgia (cirurgia límbica) e estimulação vagal. (Duncan, Schimidt *et al.*, 2004; Horimoto, Ayache *et al.*, 2005)

O tratamento medicamentoso está entre os mais utilizados, o papel da indústria farmacêutica é colocado atuando tanto sobre o médico- intermediário para o consumo do medicamento, quanto sobre o indivíduo através da propaganda e campanhas de sensibilização para o auto-diagnóstico. (Aguiar, 2004)

No Brasil houve um aumento no orçamento público brasileiro na década de 90 para a medicação psicotrópica muito significativo de 0,1% para 15,5%. Havendo uma redução de 95,5% a 49,3% do orçamento para os hospitais psiquiátricos, com aumento de 3,6% para 20,2% do orçamento para outros serviços não hospitalares, refletindo uma política de aumento destes serviços (Who-Aims, 2007), condizente com a política antimanicomial.

Com a propaganda dos psicofármacos e o DSM III, os médicos gerais, a partir da década de 60, se tornaram uma forma de ampliação do campo da psiquiatria, o que Aguiar chama de psiquiatria dos generalistas. Estes se apresentavam com formação e tempo insuficientes para uma abordagem mais cuidadosa do tema, prevalecendo o empirismo e terapêutica com medicamentos. (Aguiar, 2004)

Segundo Hernáez (2006), a atenção à saúde mental nas sociedades de capitalismo avançado está baseada na contenção neuroquímica para doenças graves e ampliação da assistência para transtornos leves, com uso de novos antidepressivos.

A ampliação do diagnóstico de depressão e conseqüente expansão da medicalização fazem parte do cotidiano dos sistemas de saúde, e das pessoas em geral, sendo cada vez mais discutida as conseqüências deste processo na sociedade atual. (Horwitz e Wakefield, 2007)

5 MÍDIA E MEDICALIZAÇÃO

Segundo Xavier (2006) existem 2 tipos distintos de comunicação na área da saúde evidentes a partir da década de 80, a “comunicação em saúde” e “saúde na mídia”. A primeira é institucional e relativa às diretrizes de comunicação pública a partir do Estado e de suas políticas e instrumentos, como governo, conselhos de saúde, meios acadêmicos e organizações não governamentais. Possuindo, segundo o autor a capacidade de induzir muita reflexão, mas alcançar pouca repercussão e abrangência.

A “saúde na mídia” refere-se ao modo pelo qual o conceito de saúde é apropriado, veiculado, “mediado” e posto em circulação pelas várias mídias de massa no país. Neste entendimento “mídia” é identificada como *medium* e mediação criativa, comunicação que transcende os esquemas mecânicos compostos por emissor-canal-receptor e leva à identificação de nova forma de consciência social. (Xavier, 2006)

O jornalismo, onde a mensagem do cientista é traduzida com o objetivo de atingir diretamente o leitor é chamado de jornalismo científico. Para Bueno (apud Bialsk, 2004) esse tipo de jornalismo possui seis funções básicas: informativa, educativa, cultural, social, econômica e político-ideológica.

Em uma visão crítica dos meios de comunicação, Bueno (2006) nos lembra que o conceito de saúde hegemônico na mídia está comprometido com uma visão positivista, em que se imagina ser possível reduzir todas as doenças a uma causa orgânica, defende o distanciamento entre médico e paciente, advoga a tecnificação do processo de tratamento e cura e adere à hiperespecialização.

Para Levéfre (apud Bueno, 2006) a visão mecanicista e a concepção do corpo como máquina faz com que o ser humano se sinta ignorante e impotente em relação ao seu corpo, além de induzir o indivíduo à automedicação, ou à apropriação indébita de instrumentos e

processos técnicos na tentativa desesperada e irracional de recuperar o controle e a gerência do funcionamento cotidiano de seu corpo.

Contrariando a discussão trazida por Canguilhem (2006) e Lecourt (2006), onde o indivíduo é quem traçaria sua norma ao se definir como saudável ou doente, somos envoltos diariamente em uma série de critérios, a partir dos quais somos externamente definidos como normais ou patológicos.

A mídia pode contribuir para o processo de reconhecimento das pessoas como doentes, deprimidas, principalmente na divulgação dos critérios diagnósticos, alguns em formato de lista de checagem de sintomas, baseados nos critérios já vistos no DSM-IV, associada a propaganda de medicamentos geralmente financiadas por grandes empresas farmacêuticas. (Bueno, 2006)

Outras formas de identificação também são vistas, com reconhecimento em histórias de vida semelhantes ou histórias de vida desejáveis onde o tema depressão está envolvido. Mas cabe lembrar que o leitor não é um ser passivo, ao ler acaba por refletir, rejeita ou incorpora as idéias trazidas. Há um processo dialético individual e coletivo de construção de consciência política e cidadã e de um saber do senso comum. (Machado, 2004)

Para Hacking (2006) dar um nome para algo não basta para criá-lo. No caso da depressão podemos dizer que o rótulo dado a pessoa interage com ela mesma, podendo o indivíduo assumir ou recusar tal rótulo.

O processo de medicalização, aqui entendido como tornar médico certos eventos ou problemas da vida (Conrad, 2007), apresenta alguns possíveis indícios com relação à depressão. Tem-se um aumento de cerca de 300% do número de casos diagnosticados entre os anos de 1987 e 1997. Houve um incremento na prescrição de medicamentos antidepressivos, com aumento nos gastos com os mesmos de 600% na década de 90 nos Estados Unidos (Horwitz e Wakefield, 2007) e no Brasil, como vimos, um aumento no orçamento público na década de 90 para a medicação psicotrópica de 0,1% para 15,5%.

Publicações científicas sobre o tema subiram de 703 em 1966 para 8.677 em 2005, aumento de 12 vezes. Também há o aumento de destaque da mídia sobre o tema, com programas populares na televisão, livros, mais artigos em revistas, relatos de casos de depressão, inclusive de personalidades públicas (Horwitz e Wakefield, 2007), o que nos leva a refletir sobre as funções que estes meios vêm a desempenhar (Xavier, 2006).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Como afirma Horwitz (2007), uma das formas de se visualizar a ascensão da depressão é a atenção dada na mídia para o tema. Para analisarmos o que se tem apresentado ao público sobre depressão optamos por uma pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como fonte matérias publicadas de forma escrita. As fontes selecionadas foram o jornal *Folha de São Paulo* e revista *Veja*, ambos de grande circulação nacional.

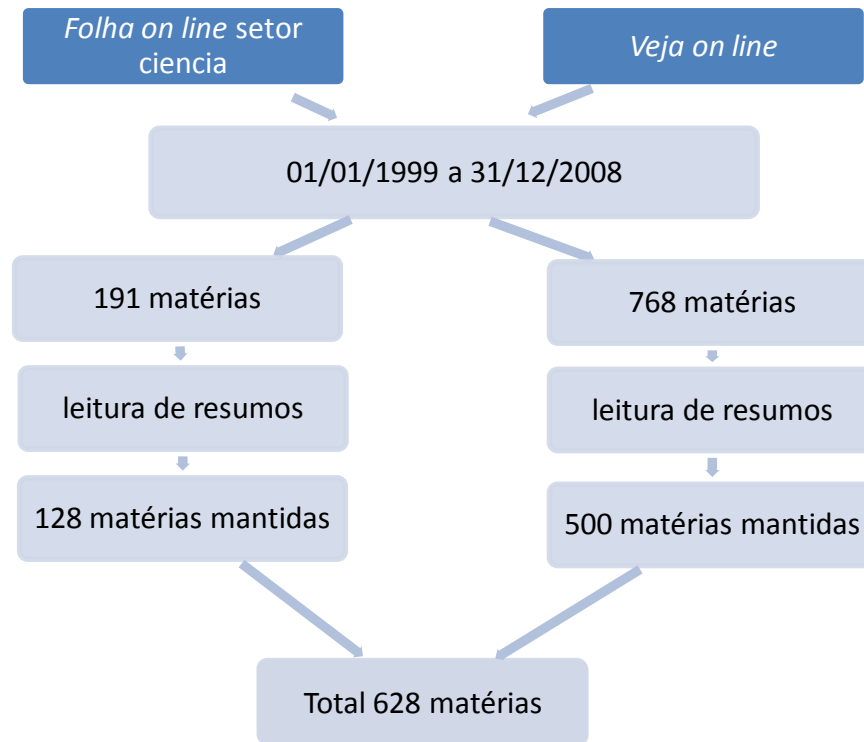
A escolha da internet ao material impresso deu-se pela gratuidade e à facilidade de acesso, sendo pesquisados o jornal *Folha online* (<http://www.folha.uol.com.br/>), disponível em um dos portais mais acessados no país e revista *Veja online* (<http://veja.abril.com.br/>) que disponibiliza, além de matérias realizadas para seu *site*, matérias que foram publicadas na revista impressa *Veja*, com exceção da última edição.

Ambos disponibilizam uma ferramenta de busca que possibilita acesso à matérias de interesse por palavras-chave, e por períodos definidos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: depressão, transtorno depressivo, episódio depressivo e transtorno de adaptação, em um período de 10 anos, de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2008. A data de 1999 foi escolhida pela disponibilidade das publicações da *Folha online* na época do acesso, entre os dias 19 e 21 de fevereiro de 2009.

Com essas palavras-chave surgiram 191 matérias na *Folha online* do setor ciência e 768 na *Veja online*. O número maior de matérias da *Veja online* deve-se ao fato de que não foram separadas matérias pela sessão saúde ou ciência. Num primeiro momento realizou-se a leitura do trecho do texto que contém a palavra-chave. Assim foi possível excluir as matérias que não falavam de depressão no sentido de interesse da pesquisa, como artigos que se referiam a depressão do solo, por exemplo.

Através deste primeiro contato foram excluídas 331 matérias, restando 128 e 500 matérias da *Folha online* e *Veja online* respectivamente. Desta forma, conforme a figura 2, 628 matérias foram incluídas na análise.

Figura 2- Fluxo de inclusão de matérias no corpo de análise



Como referencial de análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que, segundo Minayo, pode desvendar o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo colocado. (Minayo, Deslandes *et al.*, 2007) Para tal, o autor de referência foi Bardin (1977) que divide este método em 3 partes: Pré análise, onde é feita a escolha dos documentos, retomada das hipóteses e objetivos iniciais, realizando sua reformulação caso necessário; A exploração do material, a codificação, com recorte do material, contagem, classificação e agregação dos dados; E o tratamento dos resultados obtidos e interpretação segundo o marco teórico com a elaboração de uma síntese interpretativa (Bardin, 1977; Minayo, 1993; Minayo, Deslandes *et al.*, 2007)

A partir da pré análise e exploração do material, visualizou-se temas recorrentes que foram separados em 5 grupos: causas, conseqüências e fatores de risco (297 matérias); Descrição de depressão em pessoas, geralmente celebridades (162 matérias); Tratamento, efeitos colaterais, prevenção (106 matérias); Estatísticas, questionários, diagnóstico (45 matérias); Outros (18 matérias).

Para a análise foram utilizadas as categorias, que aparecem com maior freqüência nos

textos analisados. Categorias são estruturas analíticas criadas pelo pesquisador que reúnem e organizam as informações a partir do fracionamento e classificação de temas autônomos inter-relacionados e freqüentes. (Duarte, 2006)

As categorias devem ter coerência interna, podendo seguir princípios gerais, segundo Sellitz (apud Duarte, 2006): ser derivado de um único princípio de classificação, esgotar o tema e pertencer somente a uma categoria.

A análise temática foi utilizada, que procura descobrir os núcleos de sentido do texto, onde determinados temas denotam valores de referência e modelos de comportamento do discurso. (Bardin, 1977; Minayo, 1993)

Assim, quatro categorias foram levantadas, as quais discutiremos com base no marco teórico:

- A depressão e o risco;
- A busca de um modelo causal;
- A valorização dada pelos indivíduos ao contexto de vida na gênese da depressão;
- O tratamento para o modelo biológico

As limitações encontradas ligadas ao método seriam: primeiro, a “ilusão de transparência”, pode-se ter a impressão de que o real, na análise dos dados, estaria se mostrando nitidamente ao pesquisador; segundo, refere-se ao envolvimento nos métodos e técnicas esquecendo a fidedignidade das significações presentes; e terceiro, a dificuldade em se juntar teorias e conceitos abstratos com os dados colhidos em campo. (Minayo, 1993)

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo estarão sob a forma de artigo científico conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. O mesmo será submetido à publicação após aprovação pelo Programa.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A. A. D. A Psiquiatria no Divã: Entre as ciências e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2004. 166 p.
- Almeida-Filho, N., J. D. J. Mari, *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. British Journal of Psychiatry, v.171, p. 524-529. 1997.
- Baptista, M. N. Suicídio e Depressão: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, v.1. 2004
- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa Edições 70. 1977
- Bialsk, S. Jornalismo Científico: uma revisão conceitual. Ciência e Comunicação. 1: <http://www.jornalismocientifico.com.br/revista1artigosergiobialski.htm> acessado em 11/08/2008 p. 2004.
- Bueno, W. D. C. A Comunicação da Saúde na Web: Os Compromissos de uma Autêntica Ação Educativa. In: A. Santos (Ed.). Caderno Mídia e Saúde Pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006. A Comunicação da Saúde na Web: Os Compromissos de uma Autêntica Ação Educativa
- Canguilhem, G. O normal e o patológico: FORENSE JURÍDICA. 2006. 293 p.
- Cid-10. Classificação Internacional de Doenças: OPS/OMS EDUSP. 1 2004.
- Conrad, P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders Paperback. 2007
- Cordás, T. A. Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores; Uma introdução histórica. São Paulo: Lemos Editorial. 2002. 103 p.
- Dsm-Iv-Tm. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ARTMED. 2002. 880 p.
- Duarte, J. Entrevista em profundidade. In: J. Duarte e A. Barros (Ed.). Métodos e técnicas de pesquisa e comunicação. São Paulo: Atlas, 2006. Entrevista em profundidade
- Duncan, B., M. I. Schimidt, *et al.* Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção

Primária. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 2004

Hacking, I. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas e suas interações. In: M. Russo e S. Caponi (Ed.). Estudos de Filosofia e história das ciências biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas e suas interações

Hernández, Á. M. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones Política y Sociedad, v.4, n.3, p.43-56. 2006.

Horimoto, F. C., D. C. G. Ayache, *et al.* Depressão: Diagnóstico e Tratamento Pelo Clínico. São Paulo: Editora Roca, v.1. 2005. 216 p.

Horwitz, A. V. e J. C. Wakefield. The loss of sadness. New York: Oxford. 2007

Lecourt, D. Normas. In: M. Russo e S. Caponi (Ed.). Estudos de filosofia e História da Ciências Biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. Normas

Machado, A. L. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. Ciênc. saúde coletiva, v.9, n.2, p.483-491. 2004.

Minayo, M. C. D. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO. 1993

Minayo, M. C. D. S., S. F. Deslandes, *et al.* Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes. 2007. 108 p.

Moreira, A. D. S. Cultura midiática e Educação Infantil. Criança e consumo 2008.

Pérgola, F. Apuntes para la historia de la depresión. Revista AMA - Asociación Médica Argentina. Rev. 3: http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=208, acesso em 23/06/2007 p. 2007.

Russo, J. e A. T. Venâncio. Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, v.IX, n.3, p.460-483. 2006.

Who-Aims. Report on Mental Health System in Brazil. WHO and Ministry of Health. Brasília, Brazil: disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf, p.51. 2007

Who. Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001. Genève, Swiss: Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde - ONU, World Health Report - WHO 213 p. 2002.

Who, W. H. R.-. Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde - ONU, World Health Report - WHO Genève, Swiss: disponível em disponível em http://www.universomental.com.br/imprensa/relatorio_oms.pdf, p.213. 2001

Xavier, C. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia. In: A. Santos (Ed.). Caderno Mídia e Saúde

Pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia

9 ARTIGO CIENTÍFICO - DEPRESSÃO EM PAUTA: UM ESTUDO SOBRE O DISCURSO DA MÍDIA

Giovana Bacilieri Soares¹

Sandra Caponi¹

Correspondência:

Sandra Caponi

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88010-970

E-mail: sandracaponi@newsite.com.br

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Resumo

A depressão vem sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil e nos demais países, em geral como um problema recorrente, podendo ser crônico em cerca de 20% dos casos. Sendo trazida como a quarta causa de incapacitação nos anos 90, estima-se para 2020 ser a primeira causa para países em desenvolvimento. Ganhando maior visibilidade nos últimos anos, a depressão é alvo de vários artigos e comentários nos meios de comunicação e cada vez mais perseguida como algo passível e necessário de tratamento. Seu diagnóstico vem mudando ao longo do tempo e tem se consolidado na atualidade com os critérios definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSMIV), o qual traz uma proposta de neutralidade atórica e objetiva ao diagnóstico. Através dos atuais critérios temos vivenciado a expansão do diagnóstico de depressão e conseqüente aumento da medicalização, tornando médicos problemas ou eventos da vida que antes eram considerados normais. Uma das formas de se visualizar a ascensão da depressão é a atenção dada na mídia para o tema. Com o objetivo de analisar o que se tem discutido sobre depressão na mídia realizamos uma pesquisa descritiva, analisando matérias jornalísticas sobre depressão divulgadas nas revistas eletrônicas *Folha online* e *Veja online* no período de 10 anos, entre 1999 e 2008, através da análise de conteúdo. A partir das 628 matérias analisadas quatro categorias foram levantadas: a depressão e o risco; a busca de um modelo causal; a valorização dada pelos indivíduos ao contexto de vida na gênese da depressão; e o tratamento para o modelo biológico. A expansão do risco é trazida pela mídia com a divulgação de associações estatísticas como verdades, e a crescente divulgação de doenças ou condições intermediárias que seriam responsáveis por maiores índices de depressão, como menopausa, andropausa, obesidade, entre outros. A exposição na mídia dos casos de pessoas deprimidas intermedia um processo de identificação e aceitação do diagnóstico de depressão através do efeito de arco. Após a identificação há um conseqüente reducionismo da história de vida complexa, que gerou esta identificação e diagnóstico, ao seu caráter biológico realizado através da inclusão do indivíduo nos critérios diagnósticos médicos. Por fim o tratamento é priorizado dentro de um modelo explicativo biológico privilegiando o uso de medicamentos, incluindo o que chamamos de novos antidepressivos, que tem por objetivo o tratamento de condições ou transtornos intermediários que elevariam o risco de depressão. O gerenciamento da vida e controle dos fatores desencadeantes do que se chamaria de depressão saem de cena, restando apenas o tratamento do corpo.

Palavras-chave: Depressão, Mídia, Risco, Medicalização

ABSTRACT

In Brazil and other countries world wide, depression is being considered a public health care problem. Usually it is a recurrent problem, possibly chronicle on about 20% of the cases. Being the fourth cause of disablement on the 90's it is estimated to be the first cause until 2020, for developing countries. Recently, depression has gaining significant visibility and has been discussed on several researches and communication media, being treated as something that can and require treatment. Its diagnostics has been changing over the time and being consolidated nowadays by the standards defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV), which proposes an non-theoric objective neutrality to the diagnostics. Through the current criteria, we have being experiencing an expansion in the diagnostics of depression and, consequently, an increase in its medicalization changing normal life events into medical problems. One way to visualize the expansion of depression it

the high attention given in the communication media (CM). With the objective of analyzing what has been discussed in the CM about depression, we have performed a descriptive research analyzing journalistic material about depression published on the electronic magazines *Folha online* and *Veja online* over 10 years (1999 to 2008). The 628 editorial pieces analyzed were divided in four categories: Depression and risk; the pursue for a causal model; the valorization given by the individual to the context of life in the depression genesis; and the treatment for the biological model. The expansion of the risk bring by the CM with the announcement of statistics associations as truths and the increasing dissemination of diseases or intermediate conditions as responsible for higher indices of depression, as menopause, andropause, obesity, and others. The exhibition of cases of depressed people on the CM intermediate a process of identification and acceptance of the depression diagnostics through the looping effect. After the identification there is a reductionism of the complex life story that generated that identification and diagnostic to the biological character performed through the inclusion of the individual in the medical diagnostic criteria. Nevertheless, it is prioritized a treatment in the biologically explainable model prevailing the use of medication, including what we know as new anti-depressives, that intend to treat the conditions or intermediate disturbance that would increase the risk of depression. The management of life and control of the releasable factors of depression leave the scene, remaining only the treatment of the body.

Keywords: depression, media, risk, medicalization

9.1 Introdução e Objetivo

A depressão tem sido tema freqüente na área da saúde nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde estima que 9,5% das mulheres e 5,8% dos homens passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses, mostrando uma tendência ascendente nos próximos 20 anos. (Who, 2001)

Autores como Conrad e Horwitz alertam para uma reflexão dos números crescentes da depressão em análises estatísticas atuais com base em critérios diagnósticos definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM IV, colocando em dúvida se há realmente um aumento do transtorno depressivo ou uma transformação em problemas médicos de condições humanas antes tidas como normais.(Conrad, 2007; Horwitz e Wakefield, 2007)

Ganhando maior visibilidade nos últimos anos, a depressão é alvo de vários artigos e comentários nos meios de comunicação e se apresenta cada vez mais perseguida como algo passível e necessário de tratamento.

Publicações científicas sobre depressão subiram de 703 em 1966 para 8.677 em 2005, aumento de 12 vezes. Também há o aumento de destaque da mídia sobre tema, com programas populares na televisão, livros, mais artigos em revistas, relatos de casos de depressão, inclusive de personalidades públicas (Horwitz e Wakefield, 2007), o que nos leva a refletir sobre as funções que estes meios vêm a desempenhar (Xavier, 2006).

A sensibilização da população no sentido de auto-diagnóstico de certos transtornos mentais, realizada principalmente pela indústria farmacêutica, muitas vezes através da mídia, poderia produzir uma medicalização excessiva de situações da vida cotidiana. (Aguiar, 2004) A produção e a circulação de formas simbólicas pela mídia têm um papel decisivo na vida social e no cotidiano das pessoas. (Moreira, 2008)

Para Horwitz (2007), uma das formas de se visualizar a ascensão da depressão é a atenção dada na mídia para o tema. Assim este artigo tem como objetivo analisar o conteúdo a respeito de depressão vinculado na mídia através das revistas *Veja e Folha online*.

9.2 Percurso Metodológico

Para analisarmos o que se tem apresentado na mídia sobre o tema depressão optamos por uma pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como fonte matérias publicadas de forma escrita. As fontes selecionadas foram o jornal *Folha de São Paulo* e revista *Veja*, ambos de grande circulação nacional.

A escolha da internet ao material impresso deu-se pela gratuidade e à facilidade de acesso, sendo pesquisados o jornal *Folha online* (<http://www.folha.uol.com.br/>), disponível em um dos portais mais acessados no país e revista *Veja online* (<http://veja.abril.com.br/>) que disponibiliza, além de matérias realizadas para seu site, matérias que foram publicadas na revista impressa *Veja*, com exceção da última edição.

Através de uma ferramenta de busca a matérias de interesse por palavras-chave,

disponibilizada pelos *sites*, foram selecionadas 191 matérias na *Folha online* do setor ciência e 768 na *Veja online*. As palavras-chave utilizadas na busca foram: depressão, transtorno depressivo, episódio depressivo e transtorno de adaptação, em um período de 10 anos, de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2008.

Foram excluídas 331 matérias por não se tratarem de depressão no sentido de interesse da pesquisa, restando 628 matérias as quais foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (Bardin, 1977).

A partir da pré análise e exploração do material, visualizou-se temas recorrentes e após análise quatro categorias foram levantadas, as quais discutiremos com base no marco teórico:

- A depressão e o risco;
- A busca de um modelo causal;
- A valorização dada pelos indivíduos ao contexto de vida na gênese da depressão;
- O tratamento para o modelo biológico

9.3 Depressão e o Risco: O Discurso Científico e Jornalístico

Nesta seção discutiremos como a mídia divulga um artigo científico a partir de algumas matérias escolhidas sobre identificação de riscos que afirmam ser baseadas em pesquisas científicas. Foram selecionadas quatro matérias para análise, todas referenciam em seu texto artigos científicos, os quais foram consultados.

Duas análises serão realizadas a partir do confronto da matéria jornalística e científica, a primeira analisa as diferenças na forma como são apresentadas e, a segunda, discute como a problemática do risco é apresentada.

Na tabela 1 alencamos os títulos da matéria *online* e o título original do artigo científico.

Tabela 1- Listagem dos títulos jornalísticos e científicos

Título da matéria <i>online</i>	Título original do trabalho científico
Depressão duplica risco de mortalidade por câncer, diz estudo	Role of Depression As a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation (Papel da depressão como preditor de mortalidade entre pacientes de câncer após transplante de células-tronco)
O risco de depressão é maior aos 44 anos	Is Wellbeing U-Shaped over the Life Cycle? (O bem-estar durante o ciclo de vida é em forma de U?)
Inteligência protege contra doenças mentais, diz estudo	Cognitive reserve in neuropsychiatry (Reserva cognitiva em neuropsiquiatria)
Perturbação mundial - A depressão é mais comum do que se imaginava	Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys (Prevalência, gravidade e necessidade de tratamento não atendida de Transtornos mentais)

A primeira matéria jornalística, intitulada “Depressão duplica risco de mortalidade por câncer, diz estudo”, divulgada na *Folha online* de 19 de setembro de 2005, inicia seu primeiro parágrafo com o dado do aumento do risco e a informação de se basear em um estudo: “A depressão severa aumenta em 2,6 vezes o risco de morte nos pacientes com câncer, segundo um estudo realizado por pesquisadores do Hospital Clínico de Barcelona.” Em seguida fala da importância da detecção precoce dos transtornos psicopatológicos nas pessoas afetadas pela doença, seguindo com informações sobre o estudo.

O estudo teria acompanhado 199 doentes de leucemia que receberam transplante de medula óssea e sobreviveram mais que 90 dias pós-cirurgia. O médico responsável pelo

trabalho, Jesús María Prieto explica alguns dados, sendo que 82,5% dos pacientes (164) não apresentavam sintomas de depressão. Dos que apresentavam sintomas as porcentagens de sobrevivência foram de 50% (um ano), 33% (três anos) e 33,3% (cinco anos). Com pacientes sem sintomas os dados foram: 77,4%, 60,4% e 53%, respectivamente. O especialista afirma que, nos anos posteriores, os pacientes com depressão têm um risco de morrer 2,6 vezes superior aos pacientes sem a doença.

A matéria finaliza reforçando a idéia inicial da importância da detecção precoce e do tratamento da depressão mais grave nos doentes.

Esta matéria toma como ponto de partida o artigo científico que descreveremos a seguir. É interessante observar que nas matérias apresentadas o endereço eletrônico do artigo científico não é informado.

No trabalho científico, intitulado “Role of Depression As a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation”(Prieto, Atala *et al.*, 2005), publicado no Journal of Clinical Oncology em setembro de 2005, os autores iniciam o artigo com uma introdução que justifica o tema, como associações de depressão com maiores taxas de mortalidade em diferentes estudos e a importância do uso de uma metodologia adequada.

Segue com a descrição da metodologia, os pacientes recrutados sofreram 4 avaliações psiquiátricas durante o tempo de internação e os diagnósticos de depressão foram feitos a partir do DSM IV. Os resultados mostraram que dezoito (9,0%) e dezessete pacientes (8,5%) preencheram os critérios para depressão maior e menor, respectivamente. Depressão menor não apresentou qualquer efeito sobre o resultado de mortalidade. Outros preditores significativos de mortalidade mais elevadas foram toxicidade; idade avançada e leucemia linfoblástica aguda; leucemia mielóide crônica, e menor status funcional.

Como conclusão traz que a depressão maior pode aumentar a mortalidade nos grupos de pacientes acompanhados após 1 e 3 anos do transplante, mas após 5 anos não se observa aumento. Como possibilidade de interpretação deste dado o estudo fala do pequeno número de pacientes com depressão após 5 anos de transplante.

Possíveis mecanismos explicativos para a associação entre depressão e mortalidade são descritos no estudo, como efeitos fisiopatológicos via neuroendócrina e funções imunológicas da depressão que podem influenciar a morbidade e mortalidade além da possibilidade de afetar a sobrevivência através de mecanismos comportamentais como a adesão ao tratamento médico ou recomendações de saúde.

Deixando claro que ainda não está determinado se o reconhecimento precoce e o tratamento eficaz da depressão resulta em maior sobrevivência, traz como recomendação final

este tratamento e reconhecimento precoce pelo seu potencial de melhorar os resultados do cuidado de saúde, reduzir o sofrimento do paciente e melhorar a qualidade de vida.

As formas de expressar os resultados são distintas, o jornalista apresenta um grau de certeza maior que no texto científico, a matéria jornalística afirma “Depressão duplica risco de mortalidade”, no artigo científico temos “depressão como preditor de mortalidade” e ao longo do texto “depressão maior pode aumentar a mortalidade”.

Fahnestock, citado por Massarani e Moreira (2005), mostra que no processo de acomodação da linguagem técnica para o público leigo ocorre uma mudança no discurso. Os textos científicos se preocupam na validação de suas observações, já os de divulgação científica teriam como objetivo ‘celebrar’ as informações e não teria a preocupação do cientista de ter seus dados refutados pelos pares, usando assim termos como “indicam que”, “sugerem que”.

Na segunda matéria “O risco de depressão é maior aos 44 anos”, publicada na *Veja online* em 29 de janeiro de 2008, inicia da seguinte forma: “ Se é verdade que a vida começa aos 40, ela pode atravessar a sua pior fase apenas quatro anos mais tarde, a julgar pelas conclusões de um estudo global conduzido por pesquisadores britânicos e americanos.” Em seguida descreve um pouco do estudo, feito em mais de 80 países, com mais de 2 milhões de pessoas, onde cientistas descobriram que, em média, estamos mais vulneráveis a sofrer de depressão aos 44 anos. Apresenta algumas variações dos dados entre os Estados Unidos e Brasil e uma entrevista com um dos autores da pesquisa, o economista Andrew Oswald.

O autor da pesquisa levanta como possibilidade que nesta fase as pessoas desistem de aspirações inatingíveis, e que no caso dos mais velhos passam a dar mais valor aos anos de vida restantes pois começam a ver mais colegas e familiares morrendo. Conclui-se a matéria com a fala do pesquisador: "aos 70, se tiver boa saúde, você é tão feliz e psicologicamente saudável quanto um jovem de 20 anos".

No artigo científico, “Is Wellbeing U-Shaped over the Life Cycle?”, (Oswald e Blanchflower, 2008) os autores discutem na introdução outros estudos e em seguida a metodologia é apresentada, onde variáveis demográficas e econômicas são mantidas constantes.

Como conclusão principal do artigo ressalta uma caracterização mais ampla dos dados, que devem ser mantidos em perspectiva. Igualmente, mostra como resultado importante a curva ser similar em diferentes partes do mundo. Sendo uma limitação do estudo o fato de não entrevistarem a mesma pessoa ao longo de sua vida.

Sugestões explicativas para curva são apresentadas: a adaptação dos indivíduos ao

longo da vida; um efeito de seleção, onde, com mais idade, sobreviveriam mais indivíduos com mais bem-estar; maior valor a vida após vivenciar a morte de pessoas próximas.

Podemos perceber nas matérias apresentadas que os textos de divulgação científica tendem a ser mais descritivos, e com uma linguagem convencional, diferente dos artigos científicos, os quais tem o objetivo de construir argumentações que convençam os pares sobre os resultados mostrados na pesquisa. (Massarani e Moreira, 2005) A linguagem especializada é transformada do discurso científico para uma linguagem não especializada para o público leigo. (Cunha, 2008; Lima, 2008)

Neste segundo exemplo, como no primeiro vemos um grau de certeza maior na matéria jornalística que no artigo científico artigo o qual relativiza os resultados e mostra suas limitações.

As demais matérias apresentam as mesmas características de maior certeza na matéria jornalística que no artigo científico, a “inteligência protege de doenças mentais” é uma generalização do que é trazido no estudo científico que mostra uma associação entre menos sintomas de algumas doenças mentais e reserva cognitiva.

A matéria que anuncia “A depressão é mais comum do que se imaginava” não aponta as ressalvas do artigo científico, o qual teve por finalidade averiguar se casos graves de doença mental estariam tendo acesso aos serviços de saúde.

Aaron Cohl (apud Bialsk, 2004) possui como pressuposto que a ciência e o jornalismo têm diferenças conceituais quase irreconciliáveis, onde o cientista lida com probabilidades e os termos utilizados não combinam com o tipo de informação procurada pela mídia, que busca verdades que embora relativas, possam ser convertidas em absolutas.

Para Massarani e Moreira (2005) o exagero e a imprecisão na mudança de um texto científico estão muitas vezes presentes, e podem se dar por variados fatores, desde incompetência até a ideologia dos autores.

A organização do texto também se mostra diferente. O texto científico segue um padrão, inicia com uma introdução, justificativa, explica sua metodologia, traz os resultados, os discute com literatura disponível e chega a suas conclusões, traz um discurso impessoal além dos termos técnicos já citados (Massarani e Moreira, 2005), geralmente mostrando as limitações da pesquisa.

Nas matérias jornalísticas a ordem de apresentação muda assim como o discurso que passa a se identificar com um maior número de pessoas. O resultado é apresentado em primeiro lugar, com a procura de um público ampliado, de mortalidade em pacientes com leucemia que sobreviveram mais de 90 dias a um transplante de células tronco a matéria

divulga apenas mortalidade em indivíduos com câncer, que, em suas diferentes apresentações, tem uma prevalência muito mais alta que leucemia. Assim como dá ênfase ao risco de depressão em uma faixa etária de 44 anos, onde o artigo científico ressalta a importância da semelhança da curva entre os diferentes países.

A ordem de apresentação da matéria jornalística segue como segundo ponto a divulgação de sua fonte, a pesquisa e os especialistas, o que dá credibilidade a matéria (Cunha, 2008) e finaliza com uma recomendação, ou uma predição do futuro.

A primeira matéria encerra com a importância da detecção precoce e do tratamento da depressão mais grave nos doentes, a segunda com "aos 70, se tiver boa saúde, você é tão feliz e psicologicamente saudável quanto um jovem de 20 anos". Ambos indicam uma detecção precoce da depressão, tanto para diminuir mortalidade quanto para chegar bem aos 70 anos.

Embora as diferenças entre o texto científico e jornalístico (Tabela 2) tenham se colocado na função de facilitar o acesso do público leigo aos resultados de uma pesquisa científica, trazer os resultados de associações estatísticas como verdades sem as ressalvas necessárias pode contribuir para o que Castiel, dentre outros autores, chamaram de cultura do risco.

Tabela 2- Características dos artigos científicos e jornalísticos analisados

Texto Jornalístico	Texto Científico
Linguagem acessível ao público em geral	Discurso impessoal, com uso de termos técnicos dirigido a iniciados
Tentativa de se identificar com maior número de pessoas	Tenta se legitimar entre os pares
Traz os resultados como verdades	Preocupação em explicitar associações estatísticas
Legitima-se com a referência ao estudo em que se baseia	Justifica seu trabalho na literatura científica já estabelecida
Inicia pelos resultados, divulgação de sua fonte, a pesquisa e os especialistas, finalizando com uma recomendação, ou uma predição do futuro	Organiza-se conforme um padrão: introdução, justificativa, explica sua metodologia, traz os resultados, os discute com literatura disponível e chega a suas conclusões, aponta as limitações da pesquisa
Preditor de risco	Preditor de risco

Para Castiel (2007) a fuga dos riscos negativos se tornou sinônimo de vida sadia, evitando-se comportamentos considerados arriscados. Posturas e práticas, adotadas de forma racional, visam o controle de diversas situações de vida a partir de custos e benefícios.

Interessante observar que certos riscos identificados não são evitáveis, ser mulher, ter 44 anos, ser adolescente ou idoso, são colocados como fatores de risco. Parece impossível escapar do ‘grupo de risco’.

Caponi (2007) questiona se é possível estabelecer diferenças entre os riscos que podem e devem ser socialmente evitados e a explosão de novos riscos que patologizam situações que fazem parte da condição humana.

Contrariando a discussão trazida por Canguilhem (2006) e Lecourt (2006), onde o indivíduo é quem traçaria sua norma ao se definir como saudável ou doente, somos envolvidos

diariamente em uma série de critérios, a partir dos quais somos externamente definidos como normais ou patológicos. A transformação do sofrimento em patologia e risco e sua conseqüente medicalização são marcantes na demanda atual de bem estar e intolerância ao sofrimento alheio. (Caponi, 2007)

O risco trazido por Carvalho na perspectiva de “uma categoria socialmente construída cujo significado responde à ação de sujeitos que disputam seus interesses”, nos abre a possibilidade de ver que a definição e priorização de riscos não são neutras e objetivas, pois são construídas através de processos culturais e sociais implícitos. (Carvalho, 2004)

A construção de um modelo causal, a aceitação social do rótulo de pessoas como deprimidas e o tratamento voltado para o modelo biológico que veremos nas seções seguintes podem contribuir ao entendimento do papel do risco na medicalização da depressão.

9.4 A Busca de um Modelo Causal

Causas e conseqüências de depressão são temas recorrentes nas matérias estudadas, fatores internos e externos ao indivíduo são apresentados. Alguns itens listados como causas e conseqüências são apresentados na tabela 3:

Tabela 3- Listagem de Causas e Conseqüências de Depressão apresentadas pelas Revistas *Veja online e Folha online*

	Causas	Conseqüências
Patologias e condições físicas	Câncer, tensão pré-menstrual, doenças pulmonares, menopausa, apnéia do sono, aborto espontâneo, obesidade,	Dor de garganta, disfunção erétil, tensão pré-menstrual, diminuição de imunidade em idosos, hipertensão, problemas de

	falha em regulação hormonal, derrame	percepção em idosos, infarto, derrame, maior mortalidade, mortalidade
Comportamentos	Impaciência, insegurança, introversão, baixa auto estima, timidez excessiva	Mulheres demoram mais a largar o cigarro, ganho de peso
Substâncias químicas	Pílula antibarriga, remédio antifumo, calmante, óxido nitroso, maconha, cocaína, substância cerebral, antraz	
Questões sociais/perdas	Crise financeira dos EUA, primeiro ano de viuvez, pais que perdem os filhos, guerra do golfo	
Genética	Genes	Hereditariedade

Analisamos a seguir alguns exemplos: em uma das matérias, publicada na *Folha online* em 2002, o título informa: “Depressão diminui a imunidade em idosos, diz pesquisa.” No decorrer da matéria temos: “idosos que sofrem de depressão crônica podem ter menos resistência a doenças”. A afirmativa inicial do título da matéria traz a certeza de que a depressão diminui a imunidade nos idosos, como outros exemplos discutidos na seção anterior. Esta matéria se baseia em um estudo que comparou 22 pacientes sofrendo de depressão crônica com 56 que não sofriam de depressão.

A palavra associação, ou outra palavra similar, muitas vezes está presente no texto, remetendo a uma causa. Outros exemplos usam termos menos determinantes: “Estudo liga depressão a doença cardíaca em mulheres” e “Irritação e depressão contribuem para infarto e derrame, diz estudo”, ambas publicadas pela *Folha online* em 2004.

Outra forma de apresentar uma causa seria sugerir a melhora de depressão ao tratar outra enfermidade. O tratamento com testosterona para homens é colocado como melhora de depressão assim, pode-se pensar que a causa da depressão neste homem seria a baixa testosterona.

De fato, uma quantidade crescente de evidências apóia a idéia de que suplementos de testosterona para homens com baixos níveis do hormônio poderiam fortalecer ossos, aumentar a massa muscular, melhorar as funções cognitivas e a libido e combater a depressão, segundo Natan Bar-Chama. (*Folha online* publicada em 2000)

Além dos sintomas físicos decorrentes da baixa produção hormonal, como insônia, ressecamento da pele, calor excessivo e maior risco de infartos a mulher com deficiência de hormônios sofre com depressão, desânimo e tristeza. 'A mulher que necessita de reposição hormonal e não a faz terá uma queda na qualidade de vida' alertou. (*Folha online* publicada em 2001)

Podemos comparar tais explicações ao modelo epidemiológico de doenças infecto contagiosas. No caso da AIDS o processo investigativo passou por detalhamento de dados comuns, com o delineamento dos traços da doença e caracterização do quadro de epidemia, com seus modos de transmissão e fatores agravantes. Uma investigação causal foi realizada. (Fagot-Largeault, 2006)

Nas matérias analisadas vemos que algo parecido acontece embora não consiga responder a um pressuposto da causalidade: o efeito nunca precede a causa. (Fagot-Largeault, 2006) Nas matérias temos associações estatísticas, mas a temporalidade nem sempre é algo óbvio. No caso da tensão pré menstrual (TPM) temos, uma hora, como causa, em outra como consequência.

Para Caponi (Caponi, 2009), a lógica buscada no modelo explicativo causal da depressão pretende assemelhar-se a explicação etiológica construída para uma doença infecciosa. No caso de uma sintomatologia indicativa de uma infecção tenta-se detectar a existência de um marcador biológico, um microorganismo patogênico, por exemplo. Procedese então com estudos microbiológicos e anatomopatológicos, isolamento e cultivo do microorganismo, estudos se seguem até determinarem uma terapia eficaz.

A busca permanece no caso da depressão, embora a mesma não possua este marcador

biológico. Assim se utiliza da terapêutica para definir o seu modelo causal, se o antidepressivo age sobre o sistema serotoninérgico, a causa deve ser a falta de serotonina cerebral.

O que se observa é que não temos como causa apenas a falta de serotonina, outras causas também são apresentadas como vimos na tabela 3. A particularidade está no fato de remeter, fundamentalmente, a elementos biológicos. Abre-se o leque de possibilidades biológicas de serotonina para testosterona, hormônios femininos, outros estados patológicos e menos para questões de comportamento.

Podemos estar a frente de um novo exemplo de expansão, onde além da expansão do diagnóstico a medicalização agora está presente intermediada por outras patologias, trata-se a menopausa, a TPM, a andropausa, a obesidade, além de outros transtornos para a melhora ou prevenção da depressão.

Chamaremos aqui de novos antidepressivos, os quais apresentam dupla função: tratamento da doença intermediária, e prevenção de uma possível futura depressão considerando os riscos apresentados.

Na seção a seguir o tratamento é o foco de análise.

9.5 Tratamento para o Modelo Biológico

Os tratamentos apresentados são variados, alguns são comportamentais (perdoar as pessoas), outros incluem estimulação cerebral com eletrodos, impulsos magnéticos e acupuntura. Outras terapêuticas são levantadas, como exercícios físicos, placebo, até terapias com animais (ou robôs em formas de animais), além da psicoterapia.

A maioria dos tratamentos propostos inclui substâncias químicas, desde antidepressivos, como inibidores da recaptção de serotonina, até medicamentos para tratamento de patologias intermediárias que causariam a depressão, como vimos na seção anterior.

O que nos é apresentado não é uma negação de outras terapias mas o reforço a terapia medicamentosa e ,além disso, mesmo em terapias sem o uso de medicamentos, o modelo explicativo e alvo de terapêutica mais freqüente está no modelo biológico.

A matéria publicada pela *Veja online* em 1999 pode exemplificar o conteúdo encontrado nas demais. A matéria é intitulada “A doença da alma”, como subtítulo traz “depressão é o mal que mais ataca as mulheres e cresce entre os homens, mas já pode ser tratada com sucesso pela medicina”.

Sem definir com exatidão o que seja depressão, traz características e sintomas, com opinião de especialistas da área: “depressão é muito, muito mais profunda e resistente do que a tristeza”, ao longo do texto temos que “Depressão severa é uma doença, um desarranjo na química cerebral que precisa e – felizmente – pode ser tratado com remédio e psicoterapia”.

Os psiquiatras associam a depressão à falta de certas substâncias encontradas no cérebro, os chamados neurotransmissores. São eles que carregam os impulsos elétricos de uma célula para outra no cérebro. (*Veja online 1999*)

Após explicações neuroquímicas ou hormonais para a frequência maior da depressão em mulheres, a matéria fala dos perigos da doença e da esperança na possibilidade de tratamento disponível. Vale destacar que a questão da mulher se restringe ao sexo e suas características hormonais, não fazendo menção a questão de gênero.

Antes que se imagine um planeta mergulhado numa nuvem negra de habitantes depressivos e sem esperança, é bom saber que o tratamento eficaz da depressão nunca esteve tão próximo e acessível. Nos últimos dez anos o diagnóstico e o ataque médico à doença avançaram mais rapidamente do que em toda a história anterior da medicina. Oito em cada dez doentes diagnosticados podem-se livrar das garras da tristeza clínica com a ajuda de remédios e terapias. (*Veja online 1999*)

A genética como causa é levantada e a hereditariedade é dita um fator de risco determinante.

A rigor, a doença pode atacar qualquer pessoa. Pela mesma razão de que existe gente mais propensa a desenvolver hipertensão sanguínea ou catarata, as vítimas da depressão sucumbem ao mal também por motivos genéticos. A hereditariedade é, de longe, o fator mais determinante. Filhos de pai e mãe depressivos têm cinco vezes mais chances de ter a doença do que os filhos de pais não depressivos. (*Veja online 1999*)

Destaca-se a abrangência absoluta do risco, além da genética apresentada, a faixa etária e sexo são marcantes. Estar entre 25 e 40 anos (ou 44 como no exemplo citado na seção 9.1), ser adolescente, idoso, ou simplesmente ser mulher, sentenciam o indivíduo a um risco

de depressão.

A instabilidade hormonal durante a vida, mais acentuada nas mulheres do que nos homens, tem seu papel. Por causa disso, segundo a americana Lucy Puryear, o grupo de risco mais exposto à depressão é o das mulheres que acabaram de ter filhos. *(Veja online 1999)*

A doença ataca em todas as idades, mas a maior incidência ocorre entre os 25 e os 40 anos. Dois outros grupos de especial risco são os adolescentes e os idosos. *(Veja online 1999)*

Sobre os avanços do diagnóstico, refere sua importância e eficácia, estimulando o auto-diagnóstico através de 9 perguntas, onde caso o paciente apresente resposta positiva para pelo menos 4 perguntas, deverá procurar ajuda de um especialista, são elas: dificuldade para se concentrar, auto-estima reduzida, sentimento de culpa, falta de perspectiva de futuro, idéia recorrente de suicídio e morte, perturbação do sono, alteração de apetite, perda de interesse ou prazer, sensação de cansaço.

Hernández (2006) nos mostra que esta forma de descrição de critérios para auto-diagnóstico, também realizada por propagandas de laboratório, são capazes de incorporar à definição de patologia situações do cotidiano humano.

Apesar da falta de provas diagnósticas ao sistema biomédico para a maioria dos transtornos mentais, há uma negação das relações sociais e a construção da depressão como um fenômeno natural que pode ser analisado e tratado sem interferência. (Hernández, 2006)

Os avanços no diagnóstico foram os mais notáveis. Os psiquiatras são capazes hoje de reconhecer com segurança o que é a depressão clínica entre os sintomas físicos e mentais mais intrincados. O problema que antes passava por psicose, crise de astenia, cansaço crônico, tristeza sem causa ou simplesmente fraqueza de caráter hoje pode ser isolado corretamente como depressão clínica – e devidamente tratado. *(Veja online 1999)*

A matéria traz um quadro com os tratamentos disponíveis (Figura 1) e finaliza com textos famosos onde a depressão estaria evidenciada.

Figura 1- Tratamentos disponíveis para depressão (Veja online 1999)

Alívio imediato
As principais formas de tratamento para a depressão

REMEDIOS ANTIDEPRESSIVOS

Tricíclicos
Medicamentos como o Tofranil e o Tryptanol restabelecem o equilíbrio das substâncias que regulam a atividade cerebral. Provocam muitos efeitos colaterais, como tontura e taquicardia

Imao
São encontrados com os nomes comerciais de Aurorix e Parnate, entre outros, e possuem efeitos colaterais como diarreia e insônia

ISRS
Drogas como o Prozac e Zoloft evitam apenas a reabsorção da serotonina, diminuindo consideravelmente os efeitos colaterais mais nocivos. Apesar disso, seus usuários ainda podem sofrer de diarreia, sonolência e dor de cabeça

Antidepressivos de nova geração
Medicamentos como o Serzone e Efexor agem especificamente sobre a serotonina, a noradrenalina e a dopamina. Causam dor de cabeça e diminuem a libido

OUTROS TRATAMENTOS

Psicoterapia
É considerada importante para complementar a ação dos remédios

Eletrochoque
Estudos recentes demonstraram sua eficácia e segurança para o tratamento de doentes graves que não reagem aos antidepressivos. É aplicado com anestesia

Psicocirurgia
Com a ajuda de técnicas como laser, ultrassom e radiofrequência, os médicos podem intervir no sistema nervoso de doentes depressivos em estado muito grave. As chances de sucesso são de 75%

Em matéria publicada em 2004 temos um exemplo de um novo discurso, menos otimista quanto aos medicamentos e incluindo efeitos colaterais das medicações antidepressivas, embora o princípio de tratamento para o modelo biológico se mantenha. A tolerância da psicologia atual ao uso de antidepressivos pode ser visualizada.

Psiquiatras e psicólogos, que nutriram uma encarniçada rivalidade ao longo do século XX, hoje acham que as melhores terapêuticas são aquelas que combinam remédios e psicoterapias. O predomínio de um ou de outro recurso varia de caso para caso. (*Veja online 2004*)

O tratamento com antidepressivos ou medicamentos que tratam transtornos com potencial risco para depressão são trazidos como uma solução, estando ou não associado a outras formas de tratamento.

Conforme Conrad (2007) a indústria farmacêutica há muito tem estado envolvida na promoção de seus produtos para diversos males. Com os antidepressivos chamados de inibidores de recaptação seletiva de serotonina, por exemplo, houve um grande aumento de mercado, com 10,9 bilhões de dólares em vendas nos Estados Unidos.

As estratégias da indústria farmacêutica para Hernáez (2006), a luz da teoria de Gramsci, servem para tornar hegemônicos seus valores, representações e tendências:

las estrategias de promoción de los antidepresivos y la reconversión de los problemas humanos en enfermedades a tratar con psicofármacos pueden entenderse como procesos de una hegemonía que actúa tanto en los sistemas expertos como en las concepciones legas o profanas. Pág. 10

A transformação dos problemas humanos do cotidiano em enfermidade passa pela aceitação e identificação dos indivíduos, o contexto social é algo importante no desencadeamento deste processo como veremos a seguir.

9.6 A Exposição na Mídia e a Importância do Contexto

Fora do corpo das matérias de divulgação científica, que têm como fonte, em geral, um estudo científico, encontramos várias citações, dentre celebridades e pessoas comuns que relatam suas experiências como depressivas. Após vários episódios de insatisfação, perdas ou limitações, o título de depressão está presente, assim como relatos de como as pessoas superaram ou não este episódio.

O espaço dado na mídia aos relatos de depressão vem ao encontro com o que Horwitz (2007) descreve como a onipresença da depressão. O segredo, a doença velada, como eram consideradas a tuberculose e a sífilis, não se aplicam ao estado depressivo, embora a aceitação do indivíduo com sintomas de depressão não seja tão fácil, como veremos ao longo da seção.

Falar sobre o tema é cada vez mais freqüente, mas a forma como os relatos individuais acontecem são diferentes dos relatos médicos.

Nestas matérias as pessoas se definem como deprimidas partindo de suas histórias de vida. Geralmente são relatados fatos importantes que desencadeariam o fenômeno depressivo. O relato de um personagem público, Valéria Valenssa, após ser demitida de seu emprego, é um exemplo: “Caí em profunda depressão. Eu tinha o mundo a meus pés e, no dia seguinte, não tinha mais nada”.

O auto-diagnóstico é muitas vezes realizado, embora a explicação geralmente não seja baseada em sintomas ou distúrbios neuroquímicos, mas em fatos dolorosos, mais ou menos trágicos em suas vidas.

Assim se seguem vários relatos, de pessoas famosas ou anônimas. O empresário Renato Kherlakian de 58 anos, dono da empresa Zoomp, relata ter entrado em depressão após um negócio ruim com sua empresa. O ator Carlos Vereza, após um acidente com conseqüências ruins, diz: "O barulho de um disparo me fez perder parte da audição. Como não conseguia trabalhar, caí em depressão".

A escritora britânica J.K. Rowling, criadora do personagem Harry Potter relata sua experiência dolorosa após uma separação: "Não estou falando em 'fiquei tristonha', estou falando em pensamentos suicidas". Em matéria sobre reprodução humana, uma mulher tentando engravidar, nos conta sua experiência: “ficava nervosa, me sentia inchada, feia, quase entrei em depressão”. A esposa de um hipista conhecido mostra a causa de sua depressão: “Quando fomos para a Europa, eu estudava teatro e ele prometeu que ia ser só um

ano. Não cumpriu, tive depressão...”.

Alguns relatos também trazem a angústia de estar deprimido e a dificuldade de aceitação de pessoas próximas. Demonstra-se aqui a ideologia da felicidade e do bem-estar, onde se estabelece um modo medicado de administrar fracassos e angústias. (Caponi, 2009)

É sempre mais fácil dizer "eu tive depressão" do que "estou deprimido". Ao falar do problema no passado, o sentimento é o de que se venceu uma batalha – o que não ocorre, evidentemente, quando se está em meio a uma crise(...)Em nossa sociedade, ser feliz tornou-se uma obrigação. Quem não consegue é visto como um fracassado. (*Veja online* 2002)

O contexto está presente na história de cada pessoa apesar de ter sido excluído dos manuais de diagnóstico a partir do DSM III, que quebra com a classificação anterior ao se colocar como ateuórico e objetivo onde cada transtorno tem seu diagnóstico a partir critérios passíveis de mensuração e observação empíricos o que contribuiu para a psiquiatria biológica. (Russo e Venâncio, 2006; Conrad, 2007; Horwitz e Wakefield, 2007)

Podemos analisar os relatos pessoais a luz de três momentos do DSM: 1952 DSM-I - Noção de doença mental como reação a problemas de vida e situações difíceis encontradas pelos indivíduos; 1968 DSM- II - Enfatiza mais aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico; e 1980, com o DSM III, o diagnóstico passa a estar baseado em fenômenos puramente sintomatológicos.

depressão não é apenas uma disfunção na química cerebral. Ela diz respeito também à forma como a pessoa encara a vida e reage aos problemas do dia-a-dia. (*Veja online* 2002)

Ocorre aqui um processo de identificação a partir dos relatos alheios publicados, assim como através do quadro trazido pela *Veja online* em 1999 com personalidades públicas que possivelmente apresentavam um quadro depressivo (Figura 2). Esta identificação é possível tanto por histórias de vida semelhantes quanto por histórias de vida desejáveis.

Figura 2- Personalidades depressivas (Veja online 1999)

Personalidades depressivas

A depressão é conhecida há mais de 2 000 anos. Veja alguns personagens históricos atingidos pelo mal

ABRAHAM LINCOLN,
presidente americano
Um de seus amigos o definiu como "o rosto mais sombrio e melancólico que vi em minha vida"



DIANA SPENCER,
princesa inglesa
Foi uma das pioneiras no uso do Prozac



ERNEST HEMINGWAY,
escritor americano
Internado duas vezes em hospitais psiquiátricos por causa de crises depressivas, suicidou-se em julho de 1961



FERNANDO PESSOA,
poeta português
Assumia várias personalidades literárias. Só teve uma namorada na vida, e um de seus heterônimos a dispensou com uma carta malcriada



KURT COBAIN,
cantor de rock americano
Uma de suas últimas composições deixava clara sua intenção: "Eu me odeio e quero morrer". Suicidou-se com um tiro na cabeça em abril de 1994



LUDWIG VAN BEETHOVEN,
compositor alemão
Um dos maiores gênios musicais da história, sua melancolia era alimentada pelos problemas de surdez e pelos três amores impossíveis que cultivou na vida



MARILYN MONROE, atriz americana
Vivia isolada e deprimida, sem poder sair na rua por causa do assédio do público. Suicidou-se em 1962 com um coquetel de soníferos



MIKE TYSON,
pugilista americano
Uma comissão de psiquiatras analisou o boxeador no ano passado e diagnosticou problemas de depressão e auto-estima



ULYSSES GUIMARÃES, político brasileiro
Sofria com oscilações constantes de humor. Diagnosticado como maniaco-depressivo, tratou-se com doses de carbonato de lítio



O processo de identificação pode contribuir para a ampliação de diagnósticos, a pessoa se identifica com os sintomas e histórias de vida e se auto-diagnostica como portadora do mesmo transtorno, (Horwitz e Wakefield, 2007) a busca de tratamento pode ou não vir a ocorrer.

Trazemos aqui a exposição na mídia de pessoas depressivas como parte do que pode ser considerado um processo classificatório. O processo de classificação de pessoas é trazido por Hacking como algo complexo, explicado pelo que se chama de efeito de arco. Dar nome as pessoas, no caso de deprimidas, é diferente de dar nome a coisas, pois as pessoas acabam por interagir com o nome que recebem. As pessoas podem aceitar ou rejeitar este rótulo e novas opções de existência se apresentam com o novo termo de classificação. (Hacking, 2006)

Através da identificação com as histórias de vida apresentadas com a maior divulgação de pessoas, anônimas ou famosas, com estado depressivo trazido pela mídia, podemos ter mais sujeitos aceitando o rótulo de serem portadoras de um transtorno mental.

Porém, ainda que se parta da identificação de uma história de vida complexa, com várias possibilidades de fatores desencadeantes, ao rotular o indivíduo com o diagnóstico de depressão pelo processo classificatório, o passo seguinte será um reforço deste diagnóstico pelos profissionais de saúde, que ao utilizarem os critérios diagnósticos do DSM IV acabam reduzindo o sofrimento ao modelo biológico, que termina por esquecer a história de vida que deu origem ao reconhecimento de ‘estar deprimido’.

No DSM IV temos os diagnósticos de episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior. No episódio depressivo maior, cinco (ou mais) dos seguintes sintomas abaixo devem estar presentes durante um mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é: (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. (Dsm-Iv-Tm, 2002)

1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex. sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (p. ex.: chora muito). Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex. mais de 5% do

peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

4) Insônia ou hipersônia quase todos os dias.

5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

O DSM IV esclarece que, para que o diagnóstico venha a existir, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas não devem satisfazer critérios para um episódio misto e não devem ser o resultado de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex.: hipotireoidismo). (Dsm-Iv-Tm, 2002)

Da mesma maneira os sintomas não são melhor explicados por luto, com a perda de um ente querido e sintomas persistentes por mais de 2 meses ou caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor. (Dsm-Iv-Tm, 2002)

Assim um médico descreveria a doença em seu paciente: ele tem um certo número de sintomas, logo está com depressão. Opondo-se deste modo às matérias que continham relatos de indivíduos com depressão a partir dos quais o indivíduo se reconhece como deprimido.

9.7 Considerações Finais

A expansão da medicalização trazida por Conrad (2007) e Horwitz (2007) pode ser visualizada na mídia através de alguns aspectos: um processo de consolidação dos critérios diagnósticos baseados no DSM IV; reducionismo de causas complexas de vida a fatos biológicos ou características da personalidade; identificação da patologia como um conjunto de sinais e sintomas; prescrição de medicamentos como tratamento primordial; medicalização através do controle e da prevenção de riscos e de doenças intermediárias; tradução dos discursos sobre riscos, construídos como probabilidades, como fatos iniludíveis que devem ser antecipados.

Aspectos de vida antes considerados normais são patologizados, tanto os de caráter reativo a condições e adversidades de vida, como a transformação em risco de situações inevitáveis. Ser mulher, estar na menopausa, ter TPM ou estar na andropausa, além de estar em uma faixa etária ambígua que é considerada como fator de risco e que inclui a infância a idade adulta e a velhice, isto é, qualquer momento da vida, de todo ser vivo, torna o indivíduo portador de risco de ter depressão.

Apesar de não conseguir distinguir um marcador biológico ou atender ao preceito básico onde as causas identificadas deveriam preceder a patologia há uma busca de um modelo causal baseado em um modelo explicativo voltado a doenças infecciosas. As causas são identificadas no revés do mecanismo de ação do antidepressivo, como no modelo serotoninérgico, ou por associações estatísticas entre eventos e a depressão.

Além de incluir um grande número de pessoas com possibilidade de ter ou desenvolver depressão, existe um processo de construção e de aceitação do rótulo de deprimidas e até mesmo do auto-diagnóstico. A identificação com pessoas tidas como deprimidas expostas na mídia, possível a partir de histórias de vida semelhantes ou desejáveis, contribui, através do efeito de arco descrito por Hacking (2006), para a aceitação do rótulo de doente mental proposto.

Além disto, a forma como se divulga o risco o transforma em verdade absoluta, a cultura do risco nos remete a pergunta: O que fazer frente a tantas adversidades para se manter não deprimido?

A resposta trazida reflete a hegemonia de pensamento da indústria farmacêutica e de mercado. (Hernández, 2006) Baseada em um reducionismo a causas biológicas, prega-se na

maioria dos casos o tratamento medicamentoso, associado ou não a outras terapias, com a agregação dos tratamentos de doenças ou condições de saúde intermediárias que teriam o potencial de aumentar as chances de desenvolvimento de depressão.

O aumento das vendas de antidepressivos pela indústria farmacêutica aumenta e paradoxalmente a depressão também. Assim como possivelmente haverá o aumento dos novos antidepressivos, voltados para doenças intermediárias. O gerenciamento da vida e controle dos fatores desencadeantes saem de cena e o tratamento é direcionado a sintomatologia e controle de fatores de risco.

A exclusão as condições sociais de vida, ou a desigualdade coletiva não são, em nenhum momento, foco de divulgação midiático. De igual modo, possíveis ou eventuais intervenções em fatores sociais, incluindo melhora das condições de vida, nunca são referenciadas ou citadas.

Essa desconsideração dos problemas sociais é apontada por Hernáez (2006) quando se refere ao paradigma do capitalismo tardio e suas biopolíticas sobre o corpo, a subjetividade e as aflições, solidária ao aumento de consumo de antidepressivos e a uma globalização das exigências de felicidade a qualquer preço.

A iatrogênese social citada por Illich (1975) pode ser visualizada, nos remetendo a dependência social das prescrições médicas – seja de medicamentos, comportamentos ou medidas preventivas.

Identificamos assim a transformação de várias formas de sofrimento, dos mais diferentes contextos, em patologias individuais, mensuráveis e homogenizadas através de critérios diagnósticos, com conseqüente aplicação de recursos terapêuticos universalizáveis aplicados ao indivíduo.

9.8 Referências Bibliográficas

Aguiar, A. A. D. A Psiquiatria no Divã: Entre as ciências e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2004. 166 p.

Almeida-Filho, N., J. D. J. Mari, *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. British Journal of Psychiatry, v.171, p. 524-529. 1997.

Baptista, M. N. Suicídio e Depressão: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, v.1. 2004

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa Edições 70. 1977

Bialsk, S. Jornalismo Científico: uma revisão conceitual. Ciência e Comunicação. 1: <http://www.jornalismocientifico.com.br/revista/artigos/sergiobialski.htm> acessado em 11/08/2008 p. 2004.

Bueno, W. D. C. A Comunicação da Saúde na Web: Os Compromissos de uma Autêntica Ação Educativa. In: A. Santos (Ed.). Caderno Mídia e Saúde Pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006. A Comunicação da Saúde na Web: Os Compromissos de uma Autêntica Ação Educativa

Canguilhem, G. O normal e o patológico: FORENSE JURÍDICA. 2006. 293 p.

Caponi, S. Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.1, p.7-15. 2007.

_____. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, v.1, n.1, jan-abr. 2009.

Carvalho, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciência e saúde coletiva [online], v.9, n.3, p.669-678. 2004.

Castiel, L. D. Identidade sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea. Revista Internacional Interdisciplinar - Interthesis, v.4, p.2-16. 2007.

Cid-10. Classificação Internacional de Doenças: OPS/OMS EDUSP. 1 2004.

Conrad, P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders Paperback. 2007

Cordás, T. A. Depressão: da Bile Negra aos Neurotransmissores; Uma introdução histórica. São Paulo: Lemos Editorial. 2002. 103 p.

Cunha, R. B. Do científico ao jornalístico: análise comparativa de discursos sobre a saúde. interface, v.12, n.24, p.195-203. 2008.

Dsm-Iv-Tm. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ARTMED. 2002. 880 p.

Duarte, J. Entrevista em profundidade. In: J. Duarte e A. Barros (Ed.). Métodos e técnicas de pesquisa e comunicação. São Paulo: Atlas, 2006. Entrevista em profundidade

Duncan, B., M. I. Schimidt, *et al.* Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção

Primária. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 2004

Fagot-Largeault, A. A pesquisa etiológica: caminhos causais, histórias, influências, mecanismos, ontologia causal. In: M. Russo e S. Caponi (Ed.). Estudos de Filosofia e História das Ciências Biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. A pesquisa etiológica: caminhos causais, histórias, influências, mecanismos, ontologia causal

Hacking, I. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas e suas interações. In: M. Russo e S. Caponi (Ed.). Estudos de Filosofia e história das ciências biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas e suas interações

Hernández, Á. M. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones Política y Sociedad, v.4, n.3, p.43-56. 2006.

Horimoto, F. C., D. C. G. Ayache, *et al.* Depressão: Diagnóstico e Tratamento Pelo Clínico. São Paulo: Editora Roca, v.1. 2005. 216 p.

Horwitz, A. V. e J. C. Wakefield. The loss of sadness. New York: Oxford. 2007

Illich, I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira. 1975

Lecourt, D. Normas. In: M. Russo e S. Caponi (Ed.). Estudos de filosofia e História da Ciências Biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. Normas

Lima, L. C. S. R. Jornalismo científico: Análise da superinteressante e suas tendências. Revista Eletronica Temática. 2008.

Machado, A. L. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. Ciênc. saúde coletiva, v.9, n.2, p.483-491. 2004.

Massarani, L. e I. D. C. Moreira. A Retórica e a Ciência: Dos Artigos Originais à Divulgação Científica. Revista Interdisciplinar dos Centros e Núcleos da Unicamp, v.4. 2005.

Minayo, M. C. D. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO. 1993

Minayo, M. C. D. S., S. F. Deslandes, *et al.* Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes. 2007. 108 p.

Moreira, A. D. S. Cultura midiática e Educação Infantil. Criança e consumo 2008.

Oswald, A. e D. Blanchflower. Is Well-Being U-Shaped over the Life Cycle? Social Science & Medicine, v.66, n.6, p.1733-1749
<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/economics/staff/faculty/oswald/2008ushapeblanoswald.pdf> acessado em agosto 2009
2008.

Pérgola, F. Apuntes para la historia de la depresión. Revista AMA - Asociación Médica

Argentina.. Rev. 3: http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=208, acesso em 23/06/2007 p. 2007.

Prieto, J. M., J. Atala, *et al.* Role of Depression As a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation. Journal of Clinical Oncology, v.23, n. 25 (September 1), p.6063-6071. 2005.

Russo, J. e A. T. Venâncio. Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, v.IX, n.3, p.460-483. 2006.

Who-Aims. Report on Mental Health System in Brazil. WHO and Ministry of Health. Brasília, Brazil: disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf, p.51. 2007

Who. Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001. Genève, Swiss: Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde - ONU, World Health Report - WHO 213 p. 2002.

Who, W. H. R.-. Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde - ONU, World Health Report - WHO Genève, Swiss: disponível em disponível em http://www.universomental.com.br/imprensa/relatorio_oms.pdf, p.213. 2001

Xavier, C. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia. In: A. Santos (Ed.). Caderno Mídia e Saúde Pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Publica/FUNED, 2006. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia