

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Mestrado em Saúde Coletiva

FERNANDA LAZZARI FREITAS

**Tristeza e Depressão: Análise do discurso dos médicos psiquiatras
de um município de Santa Catarina**

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

Área de Concentração: Ciências Humanas e
Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Sandra Caponi

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

F866t Freitas, Fernanda Lazzari
Tristeza e depressão [dissertação] : análise do discurso
dos médicos psiquiatras de um município de Santa Catarina /
Fernanda Lazzari Freitas ; orientadora, Sandra Caponi. -
Florianópolis, SC, 2011.
63 p.: tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Depressão. 3. Tristeza. 4.
Psiquiatria. 5. Doenças mentais - Classificação. 6.
Antidepressivos. I. Caponi, Sandra. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

CDU 614

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, Sandra Caponi que me propiciou agradáveis momentos de aprendizado e reflexão durante o curso de Mestrado em Saúde Pública. Além disto foi sempre fonte de apoio e estímulo nesta caminhada.

Agradeço ao grupo de estudos que sempre me incentivou e apoiou antes mesmo de iniciar o mestrado. Em especial Fabíola, Paulo, Giovana, Ana Lima e Sílvia que sempre com carinho e amizade deram sugestões e apoio nos momentos mais difíceis.

As amigas e companheiras de mestrado Alessandra Esmeraldino e Thais Titon pela amizade e aprendizado durante esta etapa.

Aos colegas de trabalho que não foram somente colegas mas verdadeiros amigos: Marcela, Igor, Ronaldo, Lisiane, Marli e Jana. Obrigada por compreenderem e facilitarem a minha participação no curso de mestrado.

As amigas Flávia, Bianca, Giovana e Lígia que me acompanham há bastante tempo. É muito bom tê-las no meu caminho!

Aos grandes amigos Carol Inecco e Dênis Pinha. Não tenho muitas palavras para expressar a gratidão que tenho por tudo que vocês são na minha vida.

E não podia deixar de fazer um agradecimento especial a minha família. Aos meus pais Midário e Maria Helena que foram e são os meus grandes incentivadores. Ao meu irmão Thiago sempre generoso e companheiro. A minha irmã Louise que mesmo muito longe é sempre muito carinhosa e disponível. Família sou muito feliz pela relação madura que hoje temos.

El mundo

Un hombre del pueblo Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.

A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.

El mundo es eso- reveló-. Un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas.

Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acercan, se enciende.

Eduardo Galeano

(El libro de los abrazos)

RESUMO

A palavra depressão ou “estar deprimido” hoje faz parte do vocabulário popular. Temos acompanhado um crescente aumento de situações diagnosticadas como depressão e do consumo de medicamentos antidepressivos. Situações de tristeza que anteriormente eram tidas como parte da vida hoje são classificadas como depressão e muitas vezes medicadas. Um corte importante desta mudança foi a emergência, a partir de 1980, do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 3ª edição ou DSM III, que propõe uma abordagem descritiva dos indivíduos através dos seus sintomas. Nesse contexto, se inseriu o objetivo principal desta pesquisa que é analisar o discurso dos psiquiatras que atuam em um município de Santa Catarina sobre o diagnóstico e tratamento das situações de sofrimento psíquico: tristeza e depressão. Para isso, foram realizadas entrevistas estruturadas com os psiquiatras que atuam nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) no município de Florianópolis. A análise dos dados resultou em três eixos temáticos: “A perda do contexto na distinção entre tristeza e depressão”, “A classificação por sintomas” e “O que os psiquiatras conseguem oferecer”. Observamos que apesar de reconhecerem diferença entre as situações de tristeza e depressão, na prática esta distinção é realizada com base nos sintomas. Como os sintomas são semelhantes nos casos de tristeza e depressão o limite entre o normal e o patológico não é estabelecido gerando a medicalização de casos de tristeza normal. E esta medicalização de situações que fazem parte da vida gera consequências que são a estigmatização dos indivíduos e tratamentos inadequados. Além disto o que os psiquiatras conseguem e sabem oferecer aqueles que lhes procuram é o medicamento. A atuação dos psiquiatras entrevistados é principalmente na redução dos sintomas através do medicamento. A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em sinal de doença, e não de sua relação com as singularidades do sujeito. Apesar de terem uma especialização em psiquiatria o que estes profissionais conseguem ofertar são medicamentos direcionados ao perfil de sintomas daqueles que lhes procuram. E como desfecho acompanhamos a crescente procura de interpretação e prescrição médica das situações consideradas como parte dos problemas da vida.

Palavras-chave: Depressão. Tristeza. Medicalização da Vida. Classificação. Psiquiatria.

ABSTRACT

The word depression or "being depressed" is now part of popular vocabulary. We have seen a growing number of cases diagnosed as depression and consumption of antidepressant drugs. Situations of sadness that were previously taken as part of life today are classified as depression and often medicated. A cut of this important change was the emergence, from 1980, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, or DSM III, which proposes a descriptive approach of individuals through their symptoms. In this context, it entered the main objective of this research is to analyze the speech of the psychiatrists who work in the city of Florianópolis on the diagnosis and treatment of cases of psychological distress: sadness and depression. For this, there were semi-structured interviews with psychiatrists who work in the Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) in Florianópolis. The data analysis resulted in three themes: "The loss of context in the distinction between sadness and depression," "classification by symptoms" and "What psychiatrists can offer." We noticed that despite recognizing the difference between the situations of sadness and depression, in practice this distinction is made based on symptoms. Because the symptoms are similar in cases of sadness and depression the boundary between normal and pathological is not established generating the medicalization of normal sadness. And this medicalization of situations that are part of life generates consequences that are the stigmatization of individuals and inappropriate treatment. Also note what psychiatrists know and can offer those who seek them is the medicine. The role of psychiatrists interviewed is mainly in reducing symptoms through medication. The therapeutic intervention can now be defined as the translation of the symptom as a sign of disease, not its relation to the singularities of the subject. Despite a specialization in psychiatry what these professionals can offer are drugs to the symptom profile of those who seek them. And as the outcome to the increasing demand for interpretation and prescription of situations considered as part of life's problems.

Keywords: Depression, Sadness, Medicalization of Life, Classification, Psychiatry.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 As mudanças na classificação da doença mental	13
3.2 Da Melancolia a Depressão	17
3.3 A pílula da felicidade- o crescente consumo de antidepressivos.....	21
4 MÉTODO	28
4.1 Desenho da pesquisa.....	28
4.2 Os dados.....	28
4.2.1 Local	28
4.2.2 Sujeitos de pesquisa	30
4.2.3 Coleta dos dados	30
4.3 Análise	31
4.4 Limitações do Estudo.....	32
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	33

6 ASPECTOS ÉTICOS	34
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
8 APÊNDICES.....	38
8.1 APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	38
8.2 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...40	
9 ARTIGO CIENTÍFICO.....	42
9.1 Artigo- A perda do contexto na abordagem do sofrimento psíquico: transformando o sintoma em sinal	42

1 INTRODUÇÃO

A palavra depressão ou a expressão “estou deprimido” hoje faz parte do vocabulário popular. É difícil imaginar que na década de 1950, quando os antidepressivos foram inventados, a depressão era um problema raro (AGUIAR, 2004).

Até a década de 1950 situações de tristeza geradas pela perda de algum familiar, perda de emprego ou rompimento de relacionamento eram consideradas como algo que fazia parte da vida. Entretanto o que observamos hoje é que muitas destas situações, anteriormente tidas como um sofrimento normal, são classificadas como doenças e muitas vezes são prescritos tratamentos.

Um corte importante desta mudança foi a emergência, a partir de 1980, do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 3ª edição ou DSM III, que propõe uma abordagem descritiva dos indivíduos através dos seus sintomas. Estes indivíduos são classificados como “entidades mórbidas” (depressão, ansiedade, fobia social...). O foco passa dos sujeitos singulares, inseridos em um contexto de vida, para “portadores de transtornos universais”. Esta classificação não é inerte e traz consequências que dependem de como o sofrimento dos sujeitos é entendido e abordado.

A classificação proposta pelo DSM III ultrapassa a arena da atuação clínica e é utilizada em estudos epidemiológicos, estudos dos desfechos do tratamento, marketing das medicações psiquiátricas e rastreamento (prevenção) destes transtornos na população em geral (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Além disso, não há dissociação entre o surgimento do DSM III, a invenção dos medicamentos modernos como os antidepressivos, constituição da indústria farmacêutica e criação do Food and Drug Administration (FDA). Também é concomitante o surgimento dos processos regulatórios sobre a produção de medicamentos e metodologia dos estudos controlados com placebo. Existe uma articulação destes setores que fortalece a psiquiatria biológica e progressiva medicalização da sociedade contemporânea (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Desde a criação do DSM III, a psiquiatria vem contribuindo para medicalização do sofrimento. A epidemia atual do diagnóstico de depressão e o uso indiscriminado dos medicamentos antidepressivos, embora envolva muitos fatores sociais, tem se mantido possível por uma mudança na definição psiquiátrica de depressão, que frequentemente

engloba também comportamentos que até então eram considerados parte da tristeza (AGUIAR, 2004).

A flexibilidade de uma ferramenta diagnóstica como o DSM permite que virtualmente todo tipo de situação possa ser territorializado e identificado com sintomas que compõem transtornos mentais, sendo passível de tratamento com medicamentos.

Como afirma Horwitz; Wakefield (2010) podemos chamar o século XXI de a “Era da Depressão”. Estudos epidemiológicos estimam que 10% da população americana sofrem de depressão e aproximadamente 1/5 da população total dos EUA apresentará depressão ao longo de sua vida. Mas é importante compreender que este aumento da prevalência pode ser consequência das mudanças nos critérios diagnósticos que levam ao aumento do número de diagnósticos falso positivos.

Acompanhando a “epidemia de depressão” o uso de antidepressivos entre adultos triplicou entre 1988 e 2000. Em 1999 o medicamento já respondia por mais de 25% do faturamento do laboratório Eli Lilly (MOORE, 2007).

Em 1986 foi lançado o medicamento Prozac® (princípio ativo é a Fluoxetina) no mercado. Seu lançamento foi acompanhado de uma intensa campanha que alertava médicos e o público para os perigos da depressão. Dizia-se que a medicação era totalmente segura e poderia ser receitada para qualquer um. Era anunciado como uma droga maravilhosa: resposta fácil e reanimador instantâneo (MOORE, 2007).

A rede explicativa para a depressão, após o advento dos antidepressivos, passa por grande modificação. Na tentativa de aplicar o modelo de causação etiológica para a depressão passa a se postular que “a causa da depressão é o déficit de serotonina”. Assim como o *Mycobacterium tuberculosis* é a causa da tuberculose o déficit de serotonina é o que causa a depressão, seria o seu “marcador biológico”. E esta verdade se sustenta ainda hoje, mesmo sem evidência ou estudos que a comprovem de fato (CAPONI, 2010).

Muito se investe no desenvolvimento de novas medicações antidepressivas. As pesquisas relacionadas com estas medicações tem objetivos claros de: encontrar medicamentos com menos efeitos colaterais que aquele que está em uso e produzir novos medicamentos para os novos diagnósticos que surgem por associação entre distúrbios (depressão com ansiedade, anorexia nervosa, depressão com hiperatividade...) (PIGNARRE, 2001).

Como citamos acima acompanhamos nas últimas décadas mudanças significativas na abordagem da tristeza e depressão. Estas se devem em grande parte pela mudança na classificação da doença mental instituída

a partir do DSM III. Mas apesar desta psiquiatria hegemônica se estruturar em base frágil, ainda não temos um “marcador biológico” para as doenças mentais, ela é ainda pouco questionada.

Saber como essas mudanças citadas se refletem na prática profissional é a proposta deste estudo. Assim pretendemos analisar o discurso dos psiquiatras que atuam no município de Florianópolis sobre o diagnóstico e tratamento das situações de sofrimento psíquico: tristeza e depressão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o discurso dos psiquiatras que atuam no município de Florianópolis sobre o diagnóstico e tratamento das situações de sofrimento psíquico: tristeza e depressão.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o modelo explicativo para tristeza e depressão dos psiquiatras da rede municipal de Florianópolis;
- Identificar como é realizada a distinção entre situações de tristeza e depressão na prática dos psiquiatras da rede municipal de Florianópolis;
- Analisar como a história de vida e contexto social se insere na abordagem da tristeza e depressão pelos psiquiatras da rede municipal de Florianópolis;
- Identificar o papel que o tratamento farmacológico tem na abordagem da tristeza e depressão para os médicos psiquiatras da rede municipal de Florianópolis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão apresentados alguns autores, de diferentes formação, que fazem uma análise e reflexão sobre o aumento de casos de transtorno depressivo acompanhado do aumento do consumo dos medicamentos antidepressivos. Inicialmente contextualizamos , através de uma breve evolução histórica, as mudanças na classificação da doença mental. Em seguida abordamos a diferença dos conceitos de melancolia, tristeza e depressão. E por fim falaremos do surgimento dos medicamentos antidepressivos , aumento atual do seu consumo e a medicalização do sofrimento.

É importante assumirmos que o principal referencial teórico utilizado neste trabalho foi o de Horwitz;Wakefield(2011). Estes autores trazem reflexões pertinentes e aprofundadas sobre o que denominam de “epidemia de depressão” e aumento no consumo de medicamentos antidepressivos e que influenciaram a construção desta pesquisa. Além destes outros autores foram referência e podemos citar: Aguiar(2004), Angell(2009) e Pignarre(2001).

3.1 As mudanças na classificação da doença mental

A palavra depressão faz parte hoje do vocabulário da população em geral. É muito comum os indivíduos chegarem aos serviços de saúde ou mesmo entre seus pares dizendo: “tenho depressão” ou “sou depressivo”. É frequente também a transformação de algumas situações humanas de luto, de tristeza, de tédio em depressão. O que era anteriormente a tristeza que fazia parte da vida hoje é chamada de depressão.

Em meados do século XX duas linhas distintas de abordagem dos transtornos mentais predominavam: de um lado, Sigmund Freud e seus seguidores enfatizavam a origem psicológica de todos os transtornos mentais e de outro lado , Emil Kraepelin usava um modelo médico clássico que examinava os sintomas, a progressão e o prognóstico(HORWITZ; WAKEFIELD,2010).

Sigmund Freud desenvolveu uma abordagem revolucionária ao estudo dos transtornos mentais. Essa abordagem tentava compreender os sintomas patológicos por meio de processos mentais inconscientes, em vez de buscar predisposições biológicas e causas orgânicas. Um dos discípulos de Freud, Karl Abraham, formulou a primeira explicação psicanalítica da depressão, embasando sua teoria na distinção entre esta e o pesar normal. O pesar do enlutado derivava de uma preocupação

consciente com o falecido e já o indivíduo deprimido estava preocupado com culpa e baixa auto estima. Em seu artigo “ Luto e Melancolia” Freud aperfeiçoou esta distinção:

“Embora o pesar esteja ligado a sérios desvios da atitude normal diante da vida, jamais nos ocorreria considera-lo um estado doentio e aconselhar o enlutado a buscar tratamento médico. Temos certeza de que depois de um tempo o pesar será superado, e consideramos qualquer interferência desaconselhável ou até mesmo prejudicial”(Freud apud Horwitz; Wakefield,2010,p.93).

Emil Kraepelin contemporâneo de Freud, tentou enquadrar a psiquiatria numa abordagem estreitamente biomédica, segundo a qual os transtornos mentais eram manifestações de patologias físicas do cérebro. Ele usou os sintomas e progressão dos transtornos para criar categorias que ,conforme supunha, representavam estados patológicos distintos, e esperava que estes fossem finalmente confirmados pela identificação de lesões anatômicas. Contrastando com a atual classificação do DSM ele pretendia transcender os sintomas e descobrir uma patologia latente(HORWITZ; WAKEFIELD,2010).

Durante a primeira metade do século XX, a nomenclatura psiquiátrica nos Estados Unidos não refletia um interesse muito grande em classificação. Os sistemas diagnósticos tendiam a evitar abordar os estados neuróticos menos graves que costumavam ser atendidos em consultórios. O Manual Estatístico para uso em Hospitais psiquiátricos, publicado em 1918, dividia os transtornos mentais em 22 grupos principais, apenas um dos quais representava todas as psiconeuroses(HORWITZ; WAKEFIELD,2010).

Em 1948 foi publicada a CID-6(Classificação Internacional de Doenças, 6ª edição), sendo a primeira edição do CID a apresentar uma seção para transtornos mentais. Essa classificação ainda não incluía síndromes cerebrais crônicas, bem como vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesse dos clínicos americanos. Em 1952 a Associação Médico-Psicológica Americana(depois chamada Associação Psiquiátrica Americana) decidiu elaborar uma classificação própria, alternativa ao CID-6, para uso nos Estados Unidos, publicando a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais(DSM-I)(AGUIAR,2004).

Este Manual, o DSM I, refletia melhor o perfil dos novos pacientes psiquiátricos que deixava de ser exclusivamente os psicóticos

atendidos nos hospitais e abria espaço para os casos menos graves atendidos em consultório(HORWITZ; WAKEFIELD,2010).

Tanto o DSM I como o seu sucessor o DSM II não tinham o foco em categorias diagnósticas. Esses dois manuais entendiam o sintoma psíquico como reflexo de condições da dinâmica psíquica dos indivíduos ou como reações a dificuldades da vida. O sintoma revelava conflitos subjacentes que não poderiam ser expressos diretamente. A influência da psicanálise se faz presente no DSM I como pode ser evidenciado pelo uso frequente de expressões como: mecanismos de defesa, neurose e conflito neurótico(MAYES; HORWITZ, 2005).

O DSM I tinha 130 páginas e continha 106 categorias de transtornos mentais. O DSM II que foi publicado em 1968 continha 182 transtornos e 134 páginas. Neles os conhecimentos biológicos e sociais também eram levados em consideração , em um modelo que não enfatizava uma fronteira clara entre normal e patológico. Além disto se observa nos dois manuais grande influência da psicanálise evidenciado pelo uso de termos como: neuroses, mecanismo de defesa e conflito neurótico. No DSM II esta influência fica mais evidente pois o termo neurose corresponde a maior classe de perturbação presente no manual(AGUIAR, 2004).

A psiquiatria norte-americana pós Segunda Guerra tinha forte influência psicanalítica. Muitos psiquiatras que serviram no Exército ficaram impressionados com os resultados que puderam obter com as técnicas psicanalíticas no tratamento dos soldados durante a guerra (AGUIAR,2004).

Podemos dizer resumidamente que a psiquiatria americana após a Segunda Guerra Mundial foi marcada pela derrocada das teorias deterministas e hereditárias representadas pela psiquiatria alemã de Emil Kraepelin, e pela teoria da degenerescência de Benedict Augustin Morel, na França, que buscavam ancorar a doença mental em um substrato orgânico(MARTINS,2005).

Em 1974,Robert Spitzer, foi nomeado pela APA para chefiar uma força-tarefa encarregada de elaborar um novo sistema de classificação diagnóstica para a psiquiatria americana: o DSM III(AGUIAR,2004).

Na década de 70 tanto nos Estados Unidos como na Grã-Bretanha as categorias de diagnóstico psiquiátrico eram muito subjetivas e provavelmente irrelevantes. Em 1980, reagindo a este período de debate confuso caracterizado pela incerteza nas descobertas empíricas e pela ausência de uma de uma teoria definitiva sobre a natureza da depressão, a psiquiatria adotará um conjunto de critérios sintomáticos

definitivos para o diagnóstico de depressão que se mantém até os dias de hoje(HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

O DSM III , publicado em 1980, vem com a perspectiva de ser “ descritivo e ateuico” (AGUIAR,2004 p.29). Tem como característica ser comprometido com a rigorosa aplicação dos princípios de verificabilidade e experimentação com finalidade de aumentar o nível de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. Este manual irá abandonar a interpretação dos sintomas trazidas pelos indivíduos, ou seja a forma psicanalítica, e passará a usar a definição de transtorno ou melhor de indivíduos portadores de transtornos mentais. Os transtornos mentais são diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo (AGUIAR,2004;MAYES;HORWITZ,2005).

Quanto mais “especulação filosófica” não experimental, mais subjetividade. A psicanálise parecia estar mais próxima a tal especulação, enquanto, por contraste, a biologia estaria mais próxima a ciência. Nesse sentido, o paradigma da psicanálise não se sustentaria por muito mais tempo, face a progressiva tentativa de aproximação do modelo classificatório psiquiátrico ao da medicina moderna:o da objetividade(MAYES;HORWITZ,2005 p.23).

Para o comitê que elaborou o DSM III as classificações anteriores haviam falhado ao fornecer critérios formais para delimitação das fronteiras entre os diagnósticos, obrigando os clínicos a recorrer a descrições vagas e globais, que frequentemente se apoiavam em concepções etiológicas. Acreditavam que só uma abordagem empírica, baseada em dados científicos e hipóteses testáveis, poderia garantir o progresso da psiquiatria, sendo assim necessário um sistema de classificação que garantisse uma linguagem comum entre pesquisadores de diferentes correntes teóricas, e que utilizasse critérios de diagnóstico explícitos, para facilitar futuros estudos de sua validade e confiabilidade(AGUIAR,2004).

Este Manual distinguiu a depressão em: depressão maior ou unipolar e transtornos bipolares. Distingue a depressão exclusivamente com base nos sintomas, independentemente de sua relação com as circunstâncias, com a única exclusão do luto. Qualquer outro tipo de perda como o fim de um casamento , uma doença grave ou dificuldade financeira não é considerada como possível causa dos sintomas.

Para Horwitz;Wakefield(2010) o fato deste manual ignorar os estados de tristeza normal ou tristeza com contexto pode ser entendido

por um medo de gerar “falsos negativos” ou seja pessoas doentes serem classificadas como sadias. Porém isto aumentou os “falsos positivos” provocando danos como o rótulo de pessoas normais como doentes e efeitos colaterais do uso de antidepressivos nos não doentes.

Dois anos após sua publicação, o DSM III já era uma realidade mundial. Acabou sendo traduzido para 20 idiomas e produziu um impacto internacional enorme. Sua emergência é ao mesmo tempo efeito e causa da internacionalização da psiquiatria(AGUIAR,2004).

Este manual é o marco da transição de uma psiquiatria psicodinâmica com foco nos processos individuais e familiares para uma psiquiatria dita “objetiva” que considera a doença mental uma entidade universal baseada em critérios de inclusão e exclusão. Esta mudança se estabelece e se mantém nos DSM III-R, DSM IV e DSM IV-TR.

Para Serpa Jr.(1998) a remodelização pode ser considerada uma espécie de “efeito rebote” diante das fortes perspectivas de “desmedicalização”(afastamento da psiquiatria do modelo médico), representada pelo “boom” do movimento psicanalítico que dominaram o campo psiquiátrico nas décadas de 50, sessenta e setenta em diversos países, principalmente Estados Unidos.

Como o manual define a doença apenas pelos sintomas sem considerar a causa ele permite que a indústria farmacêutica desenvolva medicamentos para tratar doenças específicas.

Os fármacos já eram utilizados na psiquiatria antes da publicação do DSM III mas o que acontecerá a partir deste período é um crescimento da chamada “psiquiatria biológica” levando a sua hegemonia nos dias atuais. A psiquiatria é chamada biológica pois funda-se na necessidade de descobrir um correlato biológico para as desordens psiquiátricas, com o objetivo de estabelecer sua etiologia, terapia e diagnóstico. Tudo muito semelhante a racionalidade médica vigente(FACO, 2008).

3.2 Da Melancolia a Depressão

O mais antigo relato literário de pesar, segundo Horwitz; Wakefield,(2010 p.44), “ocorre no poema épico sobre o rei Gilgamesh, originalmente composto na Babilônia no terceiro milênio a.C, quase 1500 anos antes de *Iliada* de Homero”.

No século V a.C na Grécia, Hipócrates descreveu melancolia como causada pelo acúmulo de bile negra no organismo. E o seu tratamento consistia em expulsar, do organismo do indivíduo, o acúmulo de tal bile por meio de purgativos(FACO,2008).

Na idade média a censura, instituída pela igreja católica, ao pensamento greco-romano fez decrescer a busca pelo conhecimento científico e predominaram as explicações mágico-religiosas para a doenças mentais.

Robert Burton em 1600 publica o livro a anatomia da melancolia, que foi a primeira publicação, no Renascimento, sobre depressão, em que idéias mágico-religiosas, que eram predominantes na Idade Média, foram substituídas por conceitos orgânicos e psicológicos, com uma descrição clínica pormenorizada. Ele afirmou que os sintomas melancólicos não eram, por si só, evidências suficientes de um transtorno; somente os sintomas sem motivo configuravam tais evidências(HORWITZ; WAKEFIELD,2010).

Tivemos dificuldade em encontrar material sobre a história e evolução do conceito de depressão. Este vocábulo, segundo Verztman(1995 p.61) “somente aparece com força nos escritos psiquiátricos da metade do século XIX, portanto já depois de Pinel e Esquirol”.

O século XX é marcado pela presença de duas correntes ou abordagens para a doença mental. O neurologista que se tornou psiquiatra, Sigmund Freud, desenvolveu em conjunto com seus discípulos uma abordagem que tentava compreender os sintomas patológicos por meio de processos mentais inconscientes, em vez de buscar predisposições biológicas e causas orgânicas. E contemporâneo de Freud, Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, tentou enquadrar a psiquiatria numa abordagem estritamente biomédica, segundo a qual os transtornos mentais eram manifestações de patologias físicas do cérebro(AGUIAR,2004).

Para os psicanalistas, a depressão era um importante mecanismo por trás do aparecimento dos sintomas que, em certa medida, estava presente em praticamente todas as neuroses. Eles supunham um continuum entre estados comuns de tristeza, estados neuróticos de depressão e estados psicóticos de melancolia. Além disto a psicanálise fazia a distinção entre o pesar normal e a depressão. O pesar do enlutado derivava de uma preocupação consciente com o falecido. Ao contrário o indivíduo deprimido estava preocupado com culpa e baixa auto estima. Os sintomas de depressão advinham do fato de a pessoa deprimida colocar para dentro a raiva que seria dirigida a outro.

Para Horwitz(2010) até pouco tempo atrás, dois grandes tipos de caso se manifestavam com os mesmos sintomas porém eram nitidamente distintos um do outro.

O primeiro, a tristeza normal, ou tristeza “com causa”, era associado a experiências de perda ou outras circunstâncias dolorosas que pareciam ser os motivos óbvios de aflição. Diante dessas reações normais, a atitude mais comum era oferecer apoio e ajudar o indivíduo a lidar com a situação e a seguir em frente apesar da perda, evitando confundir a tristeza da pessoa com doença. O segundo tipo de caso, tradicionalmente conhecido como melancolia, ou depressão “sem causa”, era um transtorno médico distinto da tristeza normal pelo fato de que os sintomas surgem apesar de não haver motivo para tanto na vida do paciente. Esses casos eram relativamente raros, mas tendiam a ser duradouros e recorrentes (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010 p.18).

A tristeza normal, ou reação não patológica tem três componentes essenciais: “é específica ao contexto; tem intensidade mais ou menos proporcional a perda que a provocou; e tende a desaparecer quando a situação de perda termina, ou diminui pouco a pouco conforme os mecanismos disponíveis para lidar com ela permitem que o indivíduo se adapte as novas circunstâncias” (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010 p.41).

Ao longo destes anos observam-se mudanças na conceituação de depressão. Conceituar a depressão não é simples e consensual. Acompanhamos hoje é a substituição de um conhecimento construído por cerca de 2.500 anos onde se explorava o contexto e o significado dos sintomas ao decidir se alguém está sofrendo de tristeza normal intensa ou de um transtorno depressivo, por um modelo que busca critérios. Isto resulta em uma patologização massiva da tristeza normal, o que ironicamente, tornou o diagnóstico de depressão cientificamente menos válido (MAYES; HORWITZ, 2005).

A classificação atual de depressão, amplamente divulgada e utilizada é a do DSM- IV-TR e o quadro 1 lista os critérios diagnósticos:

Quadro 1. Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para Episódio Depressivo Maior

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR
A. No mínimo, cinco dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de 02 semanas e representam uma

alteração do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é(1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

- (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo(p.ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros(p.ex, chora muito). Nota: em criança e adolescentes, pode ser humor irritável.
- (2) Acentuada diminuição do interesse ou prazer em 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(p.ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados.
- (4) Insônia ou hipersonia 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 autorecriminação 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.

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de

<p>uma substância(p.ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral(p.ex. hipotireoidismo).</p>

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 02 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O DSM IV estabelece parâmetros altos quanto ao número, à intensidade ou à duração dos sintomas assim não lida adequadamente com o problema da disfunção, isto é, não consegue distinguir se os sintomas são parte de uma reação normal de tristeza ou consequência de uma disfunção nos mecanismos responsáveis por produzir a tristeza. A tristeza normal intensa pode incluir facilmente os cinco sintomas que o DSM requer. Além disto considera a única exclusão o luto ao invés de abarcar todas as perdas graves. E mesmo o luto tem sua “exclusão da exclusão” caso as reações de pesar persistam por mais de dois meses , causem comprometimento funcional acentuado ou apresentem sintomas especialmente intensos(HORWITZ; WAKEFIELD,2010).

3.3 A pílula da felicidade- o crescente consumo de antidepressivos

Falamos até aqui das mudanças na classificação de doença mental e especificamente da evolução do conceito de tristeza normal ou “sem causa”, a melancolia ou tristeza “com causa” para o conceito classificatório com base em sintomas inicialmente proposto pelo DSM III. Esta mudança provocou a transformação de problemas anteriormente não médicos em problemas médicos. Essa sobreposição de fatos cotidianos pelo discurso médico é chamada de “medicalização”(CONRAD,2007).

Segundo Tesser(2006,p.73) “a medicalização tem como desfecho prático a interpretação e prescrição médica de situações como lutos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, nascimentos e mortes que anteriormente eram considerados problemas da vida”.

Na situação específica da classificação proposta pelo DSM IV para episódio depressivo abriu-se a possibilidade de classificar como depressão situações da vida como: divórcio, perda de ente querido,

conflito no trabalho e perdas significativas. Assim transformou-se as situações de tristeza da vida em problemas médicos com uma prescrição e acompanhamento específico. O resultado é um aumento significativo do consumo de medicamentos antidepressivos e a impressão de rótulos diagnósticos em indivíduos saudáveis.

Durante milhares de anos, os médicos usaram medicamento para tratar a depressão, a começar pelos antigos gregos e romanos, que frequentemente recorriam a purgantes e laxantes para induzir o vômito e a evacuação (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Durante os anos 1950, surgiram medicamentos específicos para tratar o sofrimento causado por problemas cotidianos, começando pelo tranquilizante meprobamato (Miltown®). No início dos anos 1960, foram lançadas as benzodiazepinas Librium® e Valium®, que rapidamente substituíram o meprobamato como os medicamentos mais bem sucedidos da história da indústria farmacêutica. Em 1969 o Valium® era o medicamento mais prescrito nos Estados Unidos (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

No início estes medicamentos foram utilizados para aliviar “as tensões da vida cotidiana” ou seja para lidar com situações que eram consideradas problemas da vida como infidelidade, filhos problemáticos, falta de desejo sexual dentre outros. Mas em resposta ao crescimento explosivo do consumo destes medicamentos iniciou-se um movimento de crítica ao consumo dos benzodiazepínicos que resultou em medidas da Food and Drug Administration (FDA) para conter este consumo. A FDA colocou o meprobamato e as benzodiazepinas na lista de medicamentos restritos e adotou medidas contra a promoção do uso destas medicações para situações do cotidiano nos anúncios de propaganda veiculados (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Os medicamentos para depressão também surgiram nos anos de 1950, incluindo os inibidores da monamina oxidase (IMAOs) e os tricíclicos (Imipramina e Amitriptilina) porém seus efeitos colaterais limitavam sua utilidade.

A partir do momento em que o DSM III instituiu o diagnóstico por uma lista de sintomas, com limites numéricos, permitiu um novo modelo diagnóstico que casava com a promoção de tratamento medicamentoso para os casos que delineava.

O Cloridrato de Fluoxetina popularmente conhecido como Prozac® foi validado como medicamento antidepressivo em 1986 na Bélgica e em 1987 nos Estados Unidos. Ele é classificado como um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS). Esta medicação rapidamente substituiu outros tipos de antidepressivos graças aos seus

efeitos colaterais mais suaves(ANGELL,2009). Desde então o consumo desta classe de medicamentos tem aumentado no mundo todo. Como exemplo temos a Suécia que passou de 8,8 doses diárias definidas de antidepressivos por mil habitantes(DHDs) na população feminina em 1977 para 42,4 em 1997(HERNAEZ,2006).

A indústria farmacêutica, com o intuito de colocar no mercado sempre novas medicações, adota o que Pignarre(2006) denomina de “petit biologie” que trata-se de um conjunto de técnicas que permitem chegar aos novos psicotrópicos, que nada mais são que pequenas modificações moleculares que visam suplementar os efeitos colaterais dos psicofármacos existentes no mercado. Eles são sempre desenvolvidos em referência a um psicotrópico que já está no mercado porém comercializados com valor 30 a 40 vezes maior que o seu antecessor.

Além disto um mesmo medicamento é usado para várias doenças. Um exemplo é a Fluoxetina que foi aprovada em 1987 pelo Food and Drug Administration(FDA) para o tratamento da depressão; em 1994, para o tratamento do transtorno obsessivo compulsivo; em 1996, para a bulimia; e em 1999, para a depressão geriátrica(ANGELL,2009).

E o uso dos antidepressivos se sustenta em uma teoria explicativa frágil. Como afirma Caponi(2010) na tentativa de aplicar o modelo de causação etiológica para a depressão passa a se postular que “a causa da depressão é o déficit de serotonina”. Assumir a causa da doença com base na resposta da doença a um medicamento é o mesmo que dizer que se a Aspirina® cura dor de cabeça a causa da dor é a falta de Aspirina® no organismo.

E esta verdade se sustenta ainda hoje, mesmo sem evidência ou estudos que a comprovem de fato. Um exemplo é o anúncio do laboratório Pfizer do antidepressivo Zoloft® (Sertralina) vinculado na rede televisiva americana:” depressão é uma condição médica grave que se deve ao desequilíbrio químico e o Zoloft® trabalha para corrigir este desequilíbrio” (LACASSE; LEO, 2005).

Em seu artigo os autores Lacasse; Leo (2005) fizeram levantamento de citações de pesquisadores sobre a teoria do deficit de serotonina como causa da depressão e conforme apresenta a tabela 1 não existe confirmação de deficit de neurotransmissores na gênese da depressão.

Tabela 1: Citações selecionadas sobre relação entre depressão e alteração de neurotransmissores

CITAÇÃO	AUTOR
<p><i>“Embora frequentemente se afirme que pessoas deprimidas tem deficiência de serotonina ou norepinefrina, a evidência atual contradiz tal afirmação”.</i></p>	<p>Professor Emérito de Neurociências Elliot Valenstein, em <i>Culpando o Cérebro</i>(1998), que revisou a evidência para hipótese serotoninérgica.</p>
<p><i>“Dada a onipresença de um neurotransmissor como a serotonina e a multiplicidade de suas funções, é quase sem sentido implicá-lo na depressão, seria como implicar o sangue”.</i></p>	<p>Escritor John Horgan, em sua análise crítica da neurociência moderna, <i>A mente desconhecida</i>(2002).</p>
<p><i>“O déficit de serotonina na depressão não foi encontrado”.</i></p>	<p>Psiquiatra Joseph Glenmullen, instrutor clínico de psiquiatria da Escola Médica de Harvard, <i>Blacklash Prozac</i> (2000).</p>
<p><i>“Até o momento, não existe evidência convincente e clara da deficiência de monoamina como causa da depressão; isto é não há real déficit de monoamina”.</i></p>	<p>Psiquiatra Stephen M. Stahl, em um livro didático usado para ensinar estudantes de medicina sobre medicamentos psiquiátricos, <i>Psicofarmacologia Essencial</i>(2000).</p>
<p><i>“Alguns argumentam que a depressão se deve a deficiência de norepinefrina e serotonina porque o reforço noradrenérgico e serotoninérgico melhora os sintomas da depressão. No entanto, isto é o mesmo que dizer que, porque uma erupção no braço melhora com creme esteroide, a causa da erupção é a falta de esteroide”.</i></p>	<p>Psiquiatras Pedro Delgado e Francisco Moreno, em <i>O papel da Noradrenalina na Depressão</i>, publicado no <i>Jornal de Psiquiatria Clínica</i>(2000).</p>
<p><i>“ Eu escrevi que Prozac® não foi mais, e talvez menos, efetivo no tratamento da depressão maior que as medicações que o antecederam... Eu argumentei que as teorias de funcionamento do cérebro que</i></p>	<p>Psiquiatra da Universidade de Brown Peter Kramer, autor de <i>Ouvindo o Prozac®</i>, que é frequentemente creditado com a popularização dos ISRS, em carta esclarecendo o New York</p>

<i>levaram ao desenvolvimento do Prozac® devem estar erradas ou incompletas”.</i>	Times em 2002.
<i>“Eu gastei os primeiros anos da minha carreira fazendo pesquisa em tempo integral sobre o metabolismo cerebral da serotonina, mas eu nunca encontrei evidências convincentes de que qualquer, desordem psiquiátrica, incluindo a depressão, é resultado de deficiência cerebral de serotonina. Na verdade não podemos medir os níveis de serotonina no cérebro de seres humanos vivos isso não há como testar esta teoria. Alguns cientistas podem questionar se esta teoria ainda é viável, uma vez que o cérebro não funciona desta maneira, como um sistema hidráulico”.</i>	David Burns psiquiatra de Stanford, vencedor do Prêmio Bennett AE dado pela Sociedade de Psiquiatria Biológica para a sua pesquisa sobre o metabolismo da serotonina, quando perguntado sobre o status científico da teoria da serotonina, em 2003.
<i>“De fato, nenhuma anormalidade da serotonina na depressão foi demonstrada”.</i>	David Healy psiquiatra, ex-secretário da Associação Britânica para Psicofarmacologia e historiador dos ISRSs, em <i>Let Them Eat Prozac</i> (2004).
<i>“Nós temos procurado explicações neuroquímicas para desordem psiquiátrica e não temos encontrado”.</i>	Kenneth Kendler psiquiatra e co-editor-chefe da revista <i>Psychological Medicine</i> , artigo de revisão de 2005.

Fonte: LACASSE JR, LEO J. Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Med* 2(12): e392, 2005.

Estes mesmos autores trazem algumas propagandas veiculadas na mídia pelos laboratórios que reforçam a teoria de desequilíbrio nos neurotransmissores como gênese da depressão conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Anúncios direcionados ao consumidor sobre os ISRS veiculados na forma impressa, televisão e internet.

MEDICAÇÃO	ANÚNCIO
Citalopran	“ <i>Celexa® ajuda a restaurar o equilíbrio químico</i> ”

	<i>do cérebro, aumentando a oferta de um mensageiro químico do cérebro chamado serotonina. Embora a química do cérebro na depressão não seja totalmente compreendida, existe um crescente corpo de evidências para apoiar a visão que as pessoas com depressão tem um desequilíbrio de neurotransmissores do cérebro”.</i>
Escitalopram	<i>“Lexapro® parece trabalhar, aumentando o oferta disponível de serotonina...Em pessoas com depressão e ansiedade, há um desequilíbrio de serotonina, muita serotonina é reabsorvida pela célula nervosa...Lexapro® age bloqueando a saída da serotonina da célula nervosa. Isto aumenta a quantidade de serotonina disponível. Desta forma Lexapro® melhora os sintomas de depressão”.</i>
Fluoxetina	<i>“Quando você está clinicamente deprimido, uma coisa que pode acontecer é o nível de serotonina(uma substância química em seu corpo) cair. Assim você pode ter problema para dormir, sentir-se triste ou irritado , achar difícil dormir, perder o apetite e ter falta de energia. Tem dificuldade em sentir prazer...para ajudar a trazer os níveis de serotonina mais perto do normal, o remédio hoje mais frequentemente prescritos pelos médicos é o Prozac®”.</i>
Paroxetina	<i>“A ansiedade crônica pode ser esmagadora. Mas também pode ser superada...Paxil®, o medicamento mais prescrito para ansiedade generalizada, trabalha para corrigir o desequilíbrio químico que causa esta desordem”.</i>
Sertralina	<i>“Enquanto a causa é desconhecida, a depressão pode estar relacionada a um desequilíbrio químico entre as células nervosas do cérebro. A prescrição de Zoloft® trabalha para corrigir este desquilíbrio. Você não terá que se sentir assim novamente”.</i>

Fonte: LACASSE JR, LEO J. Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. PLoS Med 2(12): e392, 2005.

Alguns estudos mais recentes vêm questionando a eficácia dos inibidores da recaptação de serotonina no tratamento da depressão. Os autores LACASSE; LEO, (2005) citam o estudo de Irving Kirsch e cols (2005) que usando a Lei da Livre Informação obteve acesso a todos ensaios clínicos com antidepressivos que foram submetidos ao FDA pelas companhias farmacêuticas para aprovação de medicamentos. Quando ensaios publicados e não publicados são somados, o placebo teve aproximadamente 80% de resposta antidepressiva; 57% destes estudos provenientes das companhias farmacêuticas falharam em mostrar diferença significativa entre antidepressivos e um placebo inerte.

Mas a maior controvérsia é o uso de ISRSs para lidar com emoções dolorosas, mas normais. Tratar como patológico o que na verdade é parte inerente e valiosa da natureza humana é perder a oportunidade de lidar e enfrentar os problemas da vida.

O modelo atual de atenção a saúde mental, centrado em critérios diagnósticos, despersonaliza a atenção aos usuários em sofrimento. Assim a consequência é oferecer para os indivíduos psicofármacos com finalidade de resolverem seus mal estares independente do contexto em que este mal estar aparece.

4 MÉTODO

O método de pesquisa é caminho que se percorre com a finalidade de se atingir os objetivos do estudo. Um bom método é aquele que permite a construção correta dos dados, adequado aos objetivos da investigação e que ofereça elementos teóricos para análise(MINAYO,2004).

Abaixo descrevemos o percurso metodológico deste estudo.

4.1 Desenho da pesquisa

Este estudo se propõe a analisar o que os médicos psiquiatras que atuam no Núcleo de Apoio a Saúde da Família(NASF) do município de Florianópolis entendem por tristeza e depressão e como abordam estas situações em sua prática profissional. Assim o universo a ser estudado são crenças, valores e significados. Dessa forma, a pesquisa qualitativa por se propor a compreender e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social foi escolhida para este trabalho. Segundo Minayo(2004):

[...] é exatamente esse nível mais profundo(em constante interação com o ecológico)- o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes , crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana- o objeto da abordagem qualitativa.

É importante ressaltar que qualquer produção científica nas ciências sociais é uma criação e leva consigo marcas do seu autor, da sua visão do mundo e do seu referencial teórico(MINAYO,2004). Esse trabalho não foi diferente, e é preciso considerar que o sujeito pesquisador das ciências sociais não é neutro e interage o tempo inteiro com o sujeito pesquisado.

4.2 Os dados

A obtenção dos dados é parte essencial para o desenvolvimento de um estudo. Existe a necessidade de planejamento com definição de instrumento de coleta, do grupo a ser estudado e local da coleta. Abaixo descrevemos os passos para coleta dos dados.

4.2.1 Local

O local escolhido como campo da pesquisa é a rede municipal de saúde de Florianópolis, com uma população projetada em 2009 de 408.161 habitantes.

Esta rede é dividida em 05 Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Centro e Continente. É constituída hoje por 68 unidades de atendimento. Destas 48 são Unidades Básicas de Saúde(UBS), 04 Policlínicas Municipais de Especialidades, 02 Unidades de Pronto Atendimento, 04 Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), 01 Farmácia Escola, 01 Centro de Controle de Zoonoses, 01 Laboratório Municipal e 02 sedes administrativas.

A rede de Atenção à Saúde Mental do município de Florianópolis hoje é formada por oitenta e cinco equipes da Estratégia Saúde da Família(ESF), sete equipes de Saúde Mental inseridas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASFs) e quatro CAPS.

Os NASFs foram criados pelo Ministério da Saúde através de portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008. O NASF é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família(ESF). A composição deste núcleo deve ser definida pelos próprios gestores municipais e pelas ESFs, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, mas sim de apoio às ESFs (BRASIL,2010).

No município de Florianópolis cada NASF é composto por: educador físico, assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, pediatra e psiquiatra.

Os psiquiatras que fazem parte dos NASFs realizam atendimentos individuais, grupos e interação com as equipes da ESF. Eles também participam de reuniões regulares e formais com as equipes de saúde da família para discutir casos que envolvam questões relacionadas à sua área de atuação(saúde mental) e temas de necessidade. Estes casos podem continuar acompanhamento na Unidade Básica de Saúde com a ESF, acompanhamento pelo psiquiatra/psicólogo individualmente ou ainda podem ser encaminhados para CAPS ou para a internação em Hospital Geral ou Psiquiátrico.

A escolha da rede municipal de saúde de Florianópolis como local para realizar esta pesquisa foi intencional. Como esta pesquisadora

exerce a atividade de médica de família e comunidade nesta rede muitas reflexões e questionamentos deste estudo surgiram desta prática.

4.2.2 Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa investigados por este estudo são os médicos psiquiatras que atuam na rede municipal de Florianópolis nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASFs). Optou-se por entrevistar apenas os psiquiatras que atuam no NASF, excluindo da amostra aqueles que atuavam nos CAPS, pois entendemos que a dificuldade de demarcar as diferenças entre situações de tristeza e depressão, que é o eixo articulador desta pesquisa, aparecem de maneira menos evidente nos CAPS.

O município de Florianópolis conta hoje com 08 médicos psiquiatras que atuam nos NASFs: 02 no Distrito Sanitário Norte, 02 no Distrito Sanitário Continente, 02 no Distrito Sanitário Centro, 01 no Distrito Sanitário Sul, 01 no Distrito Sanitário Leste.

O número de entrevistados deste estudo se constituiu no total de 05 psiquiatras: 01 Distrito Sanitário Norte, 02 Distrito Sanitário Centro, 01 Distrito Sanitário Sul e 01 Distrito Sanitário Leste. O número total de psiquiatras atuando nos NASFs no momento da pesquisa era de 07 psiquiatras. Dois psiquiatras não foram entrevistados pois um deles estava afastado do trabalho por problemas de saúde na família e com o outro não conseguimos contato.

4.2.3 Coleta dos dados

O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que é expressa pela fala. Assim o instrumento que foi utilizado para coleta de dados neste estudo foram as entrevistas em profundidade estruturadas.

As entrevistas foram estruturadas, pois partiram de um roteiro. Este roteiro continha algumas perguntas específicas porém proporciona liberdade ao entrevistador e entrevistado para abrangerem outras questões no decorrer da entrevista.

Minayo(2004,p.86) define a entrevista como “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada(pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

A escolha pela entrevista estruturada com perguntas abertas se deu pelo fato que o excesso de estruturação inibe a livre manifestação da

opinião do entrevistado, o que é fundamental para a compreensão de sistemas de valores e significados de um grupo social. Além disto a medida que o entrevistado vai expressando suas opiniões e significados, novos aspectos sobre o tema vão emergindo e o entrevistador pode redefinir seu roteiro para obter informações que permitam ampliar sua compreensão do tema.

Este método permitiu compreender os significados de tristeza e depressão para os psiquiatras da rede municipal de Florianópolis e também as falas de como abordam essas situações em sua prática diária.

O roteiro de entrevista foi composto por 8 perguntas abertas e outras mais relacionadas a identificação do entrevistado como nome, idade, local de formação e tempo de atuação profissional.

A entrevista iniciava com os dados de identificação dos entrevistados com finalidade de conhecê-los. As perguntas guiaram a entrevista e no final das perguntas apresentamos um caso clínico fictício e perguntamos como o entrevistado manteria a situação apresentada (apêndice A). O caso clínico só foi apresentado para os entrevistados que não citaram nenhum caso relacionado as situações de tristeza e depressão no decorrer da entrevista ou não exemplificaram com um caso quando lhes foi perguntado.

O registro das entrevistas foi realizado com aparelho gravador, que possibilitou a apreensão do conteúdo integral e literal da entrevista, oferecendo maior segurança à fonte. Uma das entrevistas foi registrada de forma escrita pois o entrevistado solicitou que não utilizássemos o gravador.

4.3 Análise

A análise dos dados iniciou em paralelo com a coleta de dados, através da transcrição das entrevistas e análise do material transcrito. Optamos por transcrever as entrevistas e não delegar esta função a terceiros, assim já iniciávamos o contato e reflexão sobre o material coletado. Além disto a transcrição permitia a complementação e enriquecimento das entrevistas seguintes.

Utilizamos como referencial teórico para análise dos dados a análise de conteúdo (AC) de Laurence Bardin (BARDIN, 1977). A análise de conteúdo poder ser definida como:

“ Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção destas mensagens(BARDIN,1977 p.42)”.

Para Duarte(2006) analisar implica em separar o todo em partes e examinar a natureza, funções e relações de cada uma. E foram estes passos que seguimos, após a transcrição das entrevistas, através da leitura exaustiva, iniciamos a separação do todo em partes e iniciamos um exercício de agrupamento e recortes. Tínhamos como “fio-guia” deste exercício os objetivos deste trabalho. Este processo também é denominado por Bardin(1977) como pré-análise.

Na etapa seguinte iniciamos o processo de categorização. Categorizar como afirma Duarte(2006) “é classificar as informações a partir de determinado critério, estabelecendo e organizando grupos de temas comuns, como que as agrupando em caixas separadas para se dedicar individual e profundamente a cada uma delas”.

E por fim a fase denominada por Bardin(1977) de tratamento dos resultados obtidos e interpretação que consiste na abordagem do conjunto de respostas dos entrevistados, descrevendo, analisando e referindo à teoria. Para isto utilizamos material bibliográfico previamente selecionado e outros que se mostraram necessários conforme novas reflexões surgiam.

Apesar de descrevermos a análise em etapas é importante deixar claro que estas muitas vezes foram simultâneas ou melhor se misturaram. A divisão é apenas didática com finalidade de facilitar o entendimento da construção deste trabalho.

Através da análise do material coletado nas entrevistas chegamos a 03 grandes eixos temáticos: “A perda do contexto na distinção entre tristeza e depressão”, “A classificação por sintomas” e “O que os psiquiatras conseguem oferecer”. Estes eixos surgiram com base no referencial teórico de Horwitz;Wakefield(2011) e foram analisados a partir deste e de outros referenciais teóricos.

4.4 Limitações do Estudo

As limitações deste estudo são decorrentes , sobretudo do método de pesquisa adotado. A pesquisa qualitativa tem algumas características limitantes: as reflexões aqui levantadas envolvem este universo específico estudado e não podem ser generalizadas.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, a forma de apresentação dos resultados das dissertações de mestrado é por meio de pelo menos um artigo. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estão sob a forma de artigo científico, correspondendo ao item 9 com o título de “O discurso do sintoma: do sofrimento singular a epidemia de depressão”.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Por envolver seres humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996). A coleta dos dados somente se iniciou após o parecer com aprovação deste comitê e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Os sujeitos da pesquisa, após a explanação dos objetivos e da possibilidade de desistência em qualquer ponto da pesquisa, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

_____. A. A. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea. Trabalho apresentado no Segundo Encontro Mundial dos Estados Gerais da Psicanálise. Rio de Janeiro, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION(APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. DSM IV-TR,2000.

ANGELL, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record,2009.319p.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196.1996

BRASIL. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,2010.

CAPONI, S. O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação. In:CAPONI,S.; HELLMAN,F.;STOLF,F.;VERDI,M. Medicalização da Vida.Ed Unisul,2010.

CAREGNATO, R. C.A, MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez;15(4):679-84.

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

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2006, p.61-83.

FACO, M.L. Um mosaico da depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

GALEANO, E. El libro de los abrazos: imagenes e palabras. Siglo XXI ediciones: decimoseptima edicion, 2005.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 2001.

HERNAEZ, A.M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. Revista Política y Sociedad. Vol. 42(3) p. 45-56, 2006.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD J. C. A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010.

LACASSE JR, LEO J. Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. PLoS Med 2(12): e392, 2005.

MARTINS, A.L.B. Biopsiquiatria e Bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. Psicologia & Saúde; 20(3):331-339, 2008.

MAYES, R., HORWITZ A.V. DSM III and the revolution in the classification of mental illness. Journal of the History of the Behavioral Sciences. Vol 41(3) ,249-267. Summer, 2005.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

MOORE, A. Felicidade na dose certa? Rev. Carta Capital. Edição 445. São Paulo: Editora Confiança, 2007, maio: p. 8-13.

PIGNARRE, P. Comment la dépression est devenue une épidémie. Paris: Hachette, 2001.

PIGNARRE, P. Lês malheurs dès psys: Psychotropes et medicalisation du social. Editions La Découverte, Paris, 2006.

SERPA JR, O D. Mal-Estar na Natureza. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. Interface -Comunic. , Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, Jan/Jun 2006.

VERZTMAN, J.S. Tristeza e Depressão: pensando nos problemas da vida. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Data: _____

I. Identificação

1. Sexo: _____

2. Lotação: _____

3. Ano e local de conclusão do curso de Medicina: _____

4. Realizou alguma especialização ou residência médica? Em que ano e local? _____

5. Há quantos anos trabalha na Prefeitura Municipal de Florianópolis? _____

II. Sobre o Sofrimento Psíquico?

1. O que é para você depressão (como você entende depressão)?
2. Você acha que existe diferença entre tristeza e depressão?
3. De que modo você estabelece a distinção entre uma situação de tristeza e depressão?
4. Utiliza alguma ferramenta para o diagnóstico?
5. Como estabelece o diagnóstico de depressão?
6. Como é a abordagem em cada caso (tristeza/depressão)?
7. Como considera o contexto de vida na abordagem do sofrimento psíquico?
8. Como você percebe o papel do medicamento na sua prática?
9. Como realiza a escolha do medicamento?
10. Utiliza algum critério para escolha do medicamento?

11. Você lembra de algum caso recente sobre isto que a gente conversou? Fale sobre como lidou?
12. Como avalia sua experiência com as equipes de saúde da família no processo de matriciamento?

CASO

V.T, feminina, 47 anos, chega ao seu consultório você a recebe e pergunta: No que posso ajudá-la? Ela de imediato lhe diz que não vê mais sentido em sua vida. Diz que mora há cerca de 08 anos em Florianópolis mas que sente muita saudades da cidade onde residia (Campo Belo do Sul). Diz que lá era mais tranquilo e convivia com menos violência. Nos últimos meses não tem ânimo para sair de casa, fica o dia todo fechada e também sem apetite. Relata também insônia e choro fácil. Os familiares residem com ela: o marido e 03 filhos e tem uma boa rede de amizades. Diz que logo que veio morar aqui começou a frequentar a igreja onde fez muitos amigos. Mas ultimamente não tem vontade de sair ou visitar e receber amigos. Como você manejaria este caso?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Eu, Fernanda Lazzari Freitas, portadora do CPF 007565019-00 e do RG 6433887-0, venho solicitar a sua participação na pesquisa que estou desenvolvendo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Caponi.

O título do trabalho é “Tristeza e Depressão: Análise do discurso dos médicos psiquiatras da rede municipal de Florianópolis-SC” e tem como objetivo compreender como os médicos psiquiatras da rede municipal de Florianópolis abordam o sofrimento psíquico.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas com médicos psiquiatras que atuam na rede municipal de Saúde de Florianópolis. Posteriormente, essas entrevistas serão transcritas e analisadas, e publicadas na forma de uma dissertação de mestrado e de artigos científicos.

Não há riscos ou desconfortos associados à participação nesta pesquisa e é garantido aos participantes o anonimato. É garantido também o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem trazer prejuízos ou constrangimentos ao participante.

Caso haja alguma dúvida em relação ao estudo, ou o desejo de interromper a participação nesta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones (48) 3365-1497 / (48) 9923-8844, ou pelo e-mail fernandalf@hotmail.com.

Diante do exposto e pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, através de encontros compondo-se de entrevista semiestruturada. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida acerca do assunto.
- Da segurança de ser preservada minha identidade e anonimato.
- Da liberdade de desistir do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum.
- Do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como os resultados obtidos.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Ciente, concordo em participar deste estudo.

Data: _____

Ass. Participante _____

Fernanda Lazzari Freitas
Pesquisadora principal

Fernanda Lazzari Freitas

Rua Asselo Pacheco da Costa, 231 a 402 Bbl. C. 88034-040,
Florianópolis, SC.

Tel: (48) 3365-1497 / (48) 9923-8844, e-mail fernandalf@hotmail.com

9 ARTIGO CIENTÍFICO

9.1 Artigo- A perda do contexto na abordagem do sofrimento psíquico:
transformando o sintoma em sinal

Fernanda Lazzari Freitas¹
Sandra Caponi¹

Correspondence:

Sandra Caponi

Universidad Federal de Santa Catharina

Program de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88010-970

E-mail: sandracaponi@gmail.com

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

Resumo

Acompanhamos hoje um crescente aumento do diagnóstico de depressão acompanhado do aumento no consumo de medicamentos antidepressivos. Situações de tristeza que anteriormente eram tidas como parte da vida hoje são classificadas como depressão e muitas vezes medicadas. Neste contexto se insere o objetivo deste artigo que foi analisar o discurso dos psiquiatras que atuam em um município de Santa Catarina sobre como são realizados os diagnósticos e definidos os tratamentos das situações de sofrimento psíquico, especificamente no que se refere à possibilidade de diferenciar situações de tristeza normal e de depressão. Para isso, foram realizadas entrevistas estruturadas em profundidade com os psiquiatras que atuam nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) no município de Florianópolis realizando matriciamento das Equipes de Saúde da Família. Observamos que apesar de reconhecerem diferença entre as situações de tristeza e depressão, na prática esta distinção é realizada com base nos sintomas. Como os sintomas são semelhantes nos casos de tristeza e depressão o limite entre o normal e o patológico não é estabelecido gerando a medicalização de casos de tristeza normal. O que os psiquiatras conseguem e sabem oferecer aqueles que lhes procuram é o medicamento. A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em doença, e não de sua relação com as singularidades dos indivíduos. Apesar de terem uma especialização em psiquiatria o que estes profissionais conseguem ofertar são medicamentos direcionados ao perfil de sintomas daqueles que lhes procuram. E como desfecho acompanhamos a crescente procura de interpretação e prescrição médica das situações de tristeza consideradas como parte dos problemas da vida.

Palavra-chave: Depressão, Tristeza, Medicalização da Vida, Classificação, Psiquiatria.

The loss of context on manage of mental suffering: transforming the symptom as a sign

Abstract

We follow currently an increase in diagnosis of depression accompanied by an increase in the consumption of antidepressant drugs. Situations of sadness that were previously taken as part of life today are classified as depression and often medicated. In this context fits the purpose of this article that was to analyze the speech of the psychiatrists who work in the city of Florianópolis about the diagnoses and treatments of situations of psychological distress, specifically as regards the possibility to differentiate normal sadness situations and depression. For this, we conducted structured in-depth interviews with psychiatrists who work in the Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) in Florianópolis matrixed performing of the Family Health Teams. We observed that despite recognizing the difference between the situations of sadness and depression, in practice this distinction is made based on symptoms. Because the symptoms are similar in cases of sadness and depression the limit between normal and pathological is not definite generating the medicalization of normal sadness. What psychiatrists can offer is the medicine. The therapeutic intervention can now be defined depending on the translation of symptom in disease, not its relation to the peculiarities of individuals. Despite a specialization in psychiatry what these professionals can offer are targeted drugs to the symptom profile of those who seek them. And as the outcome the increasing demand for interpretation and prescription of the situations of sadness considered as part of life's problems.

Keywords: Depression, Sadness, Medicalization of Life, Classification, Psychiatry.

1 Introdução e Objetivos

A palavra depressão ou a expressão “estou deprimido” hoje faz parte do vocabulário popular. É difícil imaginar que na década de 1950, quando os antidepressivos foram inventados, a depressão era um problema raro (AGUIAR, 2004).

Um corte importante desta mudança foi a emergência, a partir de 1980, do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 3ª edição ou DSM III, que propõe uma abordagem descritiva dos indivíduos através dos seus sintomas. Estes indivíduos são classificados como “entidades mórbidas” (depressão, ansiedade, fobia social...). O foco passa dos sujeitos singulares, inseridos em um contexto de vida, para “portadores de transtornos universais”. Esta classificação não é inerte e traz consequências que dependem de como o sofrimento dos sujeitos é entendido e abordado.

Desde a criação do DSM III, a psiquiatria tem ocupado um papel cada vez mais importante no processo de medicalização dos sofrimentos. A epidemia atual do diagnóstico de depressão e o uso indiscriminado dos medicamentos antidepressivos, embora envolva muitos fatores sociais, tem sido possível pela mudança na definição psiquiátrica de depressão. Uma definição que permite englobar também comportamentos que, até então, eram considerados situações de tristeza normais, isto é não patológicos (AGUIAR, 2004).

Como citamos acima acompanhamos nas últimas décadas mudanças significativas na abordagem da tristeza e depressão. Estas mudanças acontecem em grande parte pela classificação da doença mental instituída a partir do DSM III.

Saber como essas mudanças citadas se refletem na prática profissional do psiquiatra foi o objetivo deste estudo. Assim pretendemos descrever e analisar o discurso dos psiquiatras que atuam em um município de Santa Catarina referindo-nos ao modo como são realizados os diagnósticos e definidos os tratamentos das situações de sofrimento psíquico, especificamente no que se refere à possibilidade de diferenciar situações de tristeza normal e de depressão.

Primeiramente descreveremos o método empregado para realização deste estudo. Posteriormente, será analisado, no item 3, qual é o lugar que ocupa o contexto de vida dos pacientes na atribuição do diagnóstico e na diferenciação entre tristeza e depressão. No item 4 falamos da classificação baseada nos sintomas e o no item 5 abordamos o que os psiquiatras conseguem oferecer nos casos de tristeza e depressão, para

finalizar , tecemos algumas considerações finais sobre os itens discutidos.

2 Método

Este estudo se propõe a analisar o que os médicos psiquiatras do município de Santa Catarina entendem por tristeza e depressão e como abordam estas situações em sua prática profissional. Assim o universo a ser estudado são crenças, valores e significados. Dessa forma, trata-se de uma pesquisa qualitativa que se propõe compreender e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social.

O local escolhido como campo da pesquisa é a rede municipal de saúde de Florianópolis. A escolha dessa rede municipal de saúde foi intencional. Como esta pesquisadora exerce a atividade de médica de família e comunidade nesta rede muitas reflexões e questionamentos deste estudo surgiram desta prática.

Os sujeitos de pesquisa investigados são os médicos psiquiatras que atuam na rede municipal de Florianópolis nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASFs). Optou-se por entrevistar apenas os psiquiatras que atuam no NASF, excluindo da amostra aqueles que atuavam nos CAPS, pois entendemos que a dificuldade de demarcar as diferenças entre situações de tristeza e depressão, que é o eixo articulador desta pesquisa, aparecem de maneira menos evidente nos CAPS.

O número de entrevistados deste estudo se constituiu no total de 05 psiquiatras. O número total de psiquiatras atuando nos NASFs no momento da pesquisa era de 07 psiquiatras e 02 destes profissionais não foram entrevistados pois 01 deles estava afastado por problema de saúde e o outro não respondeu aos nossos contatos. O instrumento utilizado para coleta de dados neste estudo foi a entrevista em profundidade estruturada assim denominada pois partiu de um roteiro base, registrando-se com gravador.

A entrevista, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que somente pode tornar-se acessível pela escuta atenta ao discurso do outro, sendo uma estratégia apropriada para a realização de investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo, além de favorecer o acesso direto ou indireto as opiniões, crenças, valores e significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante(HAGUETE,2001).

Este método permitiu entender os significados de tristeza e depressão para os psiquiatras da rede municipal de Florianópolis e também o modo como abordam essas situações em sua prática diária.

O roteiro de entrevista foi composto por 8 perguntas abertas e alguns dados relacionados a identificação dos entrevistados.

A entrevista iniciava com os dados de identificação com finalidade de conhecer melhor o sujeito entrevistado. As perguntas guiaram a entrevista e no final das perguntas apresentamos um caso clínico fictício e perguntamos como o entrevistado manejaria essa situação. O caso clínico só foi apresentado para os entrevistados que não citaram nenhum caso relacionado as situações de tristeza e depressão no decorrer da entrevista ou que não utilizaram nenhum caso como exemplo quando lhes foi perguntado.

O instrumento de coleta utilizado foi o gravador, que possibilitou o registro integral e literal da entrevista, oferecendo maior segurança à fonte. Uma das entrevistas foi registrada de forma escrita pois o entrevistado solicitou que não utilizássemos o gravador.

Após a transcrição das entrevistas, através da leitura, iniciamos a separação do todo em partes e iniciamos um exercício de agrupamento e recortes. Tínhamos como “fio-guia” deste exercício os objetivos deste trabalho. Este processo também é denominado por Bardin(1977) como pré-análise. Na etapa seguinte iniciamos o processo de categorização. Através da análise do material coletado nas entrevistas chegamos a 03 grandes eixos temáticos(categorias): “A perda do contexto na distinção entre tristeza e depressão”, “A classificação por sintomas” e “ O que os psiquiatras conseguem oferecer”. Estes eixos surgiram com base no referencial teórico de autores renomados e foram analisados a partir destes referenciais teóricos.

O projeto inicial da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 1057/10.

3 A perda do contexto na distinção entre tristeza e depressão

A tristeza é uma emoção humana que vem sendo descrita há longa data. O mais antigo relato literário de pesar, segundo Horwitz; Wakefield,2010, ocorre no poema épico sobre o rei Gilgamesh, originalmente composto na Babilônia no terceiro milênio a.C, quase 1500 anos antes de Iliada de Homero.

O maior estudioso da melancolia no século XVII foi Robert Burton que em 1600 publicou o livro A Anatomia da Melancolia, que foi a

primeira publicação, em que ideias mágico-religiosas, que eram predominantes na Idade Média, foram substituídas por conceitos orgânicos e psicológicos, com uma descrição clínica pormenorizada. Já Burton afirmava que os sintomas melancólicos não eram, por si só, evidências suficientes de um transtorno; somente os sintomas que surgiam sem nenhum motivo configuravam tais evidências(FACO,2008).

No começo do século XIX, Philippe Pinel continuou a defender a separação fundamental entre os casos de transtorno melancólico(sem motivou ou causa) e aqueles que eram consequência de incidentes reais.

Emil Kraepelin teve fundamental importância na história do conceito de depressão. Na quarta edição de seu Manual de psiquiatria, ainda não havia modificado o conceito de melancolia. Dividia as loucuras periódicas em quatro formas: as delirantes, as maníacas, as circulares e as depressivas. Já na sexta edição que foi publicada em 1899, Kraepelin introduziu sua principal inovação: o conceito de loucura maníaco-depressiva(VERZTMAN,1995,p.77).

Como afirma Horwitz; Wakefield, (2010):

A psiquiatria por 2500 anos defendeu que a natureza humana tinha propensão a tristeza possivelmente intensa, após certos tipos de perda. Reconhecia-se amplamente que um transtorno só podia ser diagnosticado quando as explicações contextuais não eram capazes de determinar uma causa normal para intensidade ou a duração dos sintomas (p.107).

Para Horwitz; Wakefield,(2010) “[...]até pouco tempo atrás, dois grandes tipos de caso podiam manifestar-se com os mesmos sintomas ainda que eles fossem nitidamente distintos um do outro. O primeiro, a tristeza normal, ou tristeza “com causa”, era associado a experiências de perda ou outras circunstâncias dolorosas que pareciam ser os motivos óbvios de aflição. Diante dessas reações normais, a atitude mais comum era oferecer apoio e ajudar o indivíduo a lidar com a situação e a seguir em frente apesar da perda, evitando confundir a tristeza com doença. O segundo tipo de caso, tradicionalmente conhecido como melancolia, ou depressão “sem causa”, era um transtorno médico distinto da tristeza normal pois os sintomas surgem apesar de não haver motivo para tanto na vida do paciente. Esses casos eram relativamente raros, mas tendiam a ser duradouros e recorrentes”(p.18).

Nas falas dos entrevistados que seguem abaixo se reconhece a chamada “tristeza normal” ou o que Horwitz; Wakefield(2010) chamam a tristeza “com causa”:

A tristeza é normal. Ela pode servir de alavanca para o crescimento... Tu sente aquela tristeza , tu te volta para dentro de ti e neste sofrimento tu é obrigado a te reestruturar e sair desta para uma melhor[...]Ela é alavanca para evolução. (Entrevistado 1)

A tristeza deve fazer parte da vida , não tem como... faz parte da vida...esta relacionada às situações de perda, nas dificuldades que a vida traz...é a tristeza. (Entrevistado 3)

...tristeza como emoção natural do ser humano perante a situações difíceis de lidar.(Entrevistado 5)

Para Horwitz; Wakefield, (2010) “a tristeza normal, ou reação não patológica tem três componentes essenciais: é específica ao contexto; tem intensidade mais ou menos proporcional a perda que a provocou; e tende a desaparecer quando a situação de perda termina, ou diminui pouco a pouco conforme os mecanismos disponíveis para lidar com ela permitem que o indivíduo se adapte as novas circunstâncias”(p.41). Um dos entrevistados ilustra com o caso estas características descritas acima:

...Um paciente super inteligente, paisagista...De repente colocaram outra pessoa no trabalho no lugar dele, e ele se entristeceu , se sentiu humilhado, a auto estima foi lá em baixo, ele tem HIV...Procurou ajuda, pediu afastamento do trabalho e eu não estou medicando ele. Ele está querendo melhorar, está numa fase produtiva...(Entrevistada 1)

A tristeza normal diminui quando o contexto muda para melhor ou quando o indivíduo se adapta a perda. Outra fala de um dos entrevistados que ilustra esta situação é sobre uma adolescente trazida pelos pais que a classificaram como “deprimida”:

Estes dias atendi uma menina adolescente deprimida aos olhos do pai e da mãe, muito

fechada, muito dentro de si...Ela disse assim: Se eu pudesse pediria para minha mãe me colocar no freezer e me tirar só quando passasse a adolescência...Esta tal adolescência incomoda tanto. Ao mesmo tempo ela brincou com isto mas trouxe uma coisa simbólica: Parar o tempo até ela se tornar adulta.(Entrevistado 3)

É importante que a tristeza seja reconhecida como entidade isolada e como alguns citaram, como uma situação que faz parte da vida. Mas entendemos que o fundamental na prática dos profissionais de saúde é como esta tristeza é diferenciada na prática de situações de depressão. Pois, o reconhecimento das situações de tristeza não é por si só suficiente para diferenciar as situações de tristeza e depressão.

Os sintomas não se distinguem na tristeza normal e nos transtornos depressivos. Como afirma Horwitz; Wakefield(2010):

“Os sintomas não são diferentes daquilo que um indivíduo pode experimentar naturalmente depois de uma perda devastadora, como nos casos de reação normal a infortúnios significativos. As reações projetadas para lidar com perdas graves também podem ser muito intensas, de fato tão intensas quanto alguns transtornos depressivos- e possivelmente satisfazer os critérios para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, apesar de não serem reações patológicas. Ao invés disso, é a ausência de contexto apropriado para os sintomas que indica um transtorno depressivo”(p.27).

Apesar da fala dos entrevistados apresentadas acima assumirem a diferença entre tristeza e depressão, no momento em que perguntamos o que era depressão várias das falas retratavam a depressão como uma síndrome ou seja um conjunto de sintomas.

A depressão é uma síndrome que causa uma série de sintomas tanto a nível mental como também físico.(Entrevistado 1)

Para ter depressão, mesmo que sejam estas depressões ambientais, desencadeadas por estresse ambiental a gente tem que seguir os critérios para depressão. Que é preencher vários dos sintomas e estar presente por pelo menos 02 semanas e destes sintomas não basta que exista só tristeza...(Entrevistado 2)

Essa classificação da depressão como síndrome é o que permite que situações de tristeza normal sejam classificadas também como depressão. Como pode ser verificado na fala do entrevistado abaixo, que considera que a tristeza está inserida no processo contínuo que antecede à depressão, estando contida nela:

A tristeza está dentro da depressão só que depressão é um problema que acaba afetando a vida da pessoa, preenchendo aqueles critérios diagnósticos[...] o mecanismo de entristecimento que pode no futuro até gerar depressão.(Entrevistado 5)

Os sintomas não permitem definir uma fronteira entre o normal e o patológico. Pois como citamos acima os sintomas e intensidade de uma tristeza normal são os mesmos que se apresentam na depressão. Para reconhecer a diferença entre tristeza e depressão seria necessário que o contexto de vida no qual aparece o sofrimento seja considerado pela avaliação psiquiátrica, mas justamente é esta referência a que fica excluída quando o diagnóstico se baseia em critérios formais do DSM, sintomas ou “check-list”. A fala abaixo frisa que independente do contexto o que vai definir um possível tratamento são os sintomas e sua intensidade:

A intensidade dos sintomas e o prejuízo na vida da pessoa vão definir o tratamento mesmo com uma causa desencadeante(Entrevistado 5).

Os entrevistados citaram que o que diferencia a tristeza da depressão são os sintomas, intensidade e tempo. No momento de definir depressão não houve citação do contexto como observamos na fala abaixo:

A depressão é uma tristeza persistente a maior parte dos dias por pelo menos mais de um mês, que interfere em mais de um aspecto da vida da pessoa, podendo ter prejuízo laboral, acadêmico, interpessoal(Entrevistado 5).

A partir do momento em que os sintomas são o fio-guia para diferenciar os casos de tristeza e depressão muitos serão classificados ou rotulados como “deprimidos” pois os sintomas podem ser muito semelhantes nas duas situações.

A principal crítica de Horwitz; Wakefield (2010) é que a tristeza normal pode ser intensa; pode ser acompanhada de insônia, falta de concentração, alterações no apetite e assim por diante; pode causar sofrimento ou incapacidade; e pode durar duas semanas, conforme demandam os critérios.

Este mesmo autor citado acima enfatiza três características essenciais da tristeza normal: ela surge devido a desencadeantes externos específicos, sobretudo a perda; é mais ou menos proporcional, em intensidade, a perda sofrida; e termina aproximadamente quando a situação de perda desaparece ou cessa gradativamente conforme os mecanismos naturais para lidar com ela.

Entendemos que é importante a diferenciação de tristeza e depressão por todo prejuízo e estigma que um diagnóstico e tratamento de transtorno depressivo acarreta na vida do indivíduo. Contudo esta distinção deve ser feita pelo contexto e singularidades de cada indivíduo e não exclusivamente pelo sintomas. O que observamos é que ao definir depressão exclusivamente por sintomas ocorre um esquecimento e uma perda do contexto no qual estes sintomas estão inseridos.

4 A classificação por sintomas

Na década de 1970 tanto nos Estados Unidos como na Grã-Bretanha as categorias de diagnóstico psiquiátrico eram muito subjetivas e provavelmente irrelevantes. Havia até então um predomínio da psiquiatria psicanalítica em que o foco principal do tratamento era a relação terapêutica e o sintoma era considerado como a expressão de um conflito inconsciente.

Em 1980, reagindo a um longo período de debate caracterizado pela incerteza nas descobertas empíricas e pela ausência de uma de uma teoria definitiva sobre a natureza da depressão, a psiquiatria adotará um conjunto de critérios sintomáticos considerados como definitivos para o diagnóstico de depressão que se mantém até os dias de hoje(HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Para Aguiar(2004) é a partir de 1980 que a psiquiatria biológica, que tem seus pilares no campo da genética e neurociências, torna-se hegemônica com a emergência da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais- DSM III.

Para Aguiar(2004) “psiquiatria biológica traz como pressuposto central a ideia de que “ o cérebro é o órgão da mente” e tem como característica principal a afirmação dos métodos e do vocabulário **médico como os únicos legítimos** na investigação e descrição dos

transtornos mentais”(p.20). O grifo acima é desta autora e denota que legitimando este novo modelo como único, o modelo psicanalítico até então dominante na psiquiatria americana, que se baseava em uma concepção processual do adoecimento psíquico é menosprezado. Inclusive são utilizados termos depreciativos para referir-se à psicanálise, afirmando que a psiquiatria deve livrar-se de explicações “vagas e imprecisas”.

Inicia-se um deslocamento conceitual, em que a ênfase no processo de adoecimento e sua relação com a história de vida singular do sujeito, que chamamos também de contexto, passa a ser substituída por uma abordagem que prioriza a investigação objetiva de doenças específicas. E isto foi observado em algumas falas dos entrevistados: Costumo dizer para os pacientes que a gente 02 tipos de depressão a “grosso modo”. Um que são aquelas doenças endógenas, **geneticamente determinadas, uma alteração da química cerebral...**E no outro canto a gente teria estas síndromes depressivas- ansiosas desencadeadas pelo estresse que hoje está cada vez mais frequente em virtude do adoecimento geral da população **e que não deixa de ser uma alteração química cerebral...**(Entrevistado 2) A hipótese da alteração na química cerebral como causa das situações de depressão, que o entrevistado cita acima, já aparece na literatura médica em 1965 quando Joseph Schildkraut publicou um artigo no *American Journal of Psychiatry* intitulado: *The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence*(LACASSE; LEO, 2005).

Contudo esta rede explicativa da depressão como alteração na química cerebral tem base frágil como afirma Caponi (2010,p.12) “é a partir da medicação (antidepressivo) que se pretende construir uma rede causal. Perante a ausência de um marcador biológico, seja um microorganismo, um parasita, um tecido celular, a rede causal se reconstrói a partir da terapêutica”.

O DSM III propõe uma maior sistematização dos diagnósticos, baseada em critérios explícitos de inclusão e exclusão, que pudessem maximizar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico e facilitar a constituição de pacientes homogêneos.

Este manual procurou eliminar as explicações causais psicológicas, psicossociais ou psicanalíticas implícitas ou explícitas nos manuais anteriores. Os defensores do DSM III acreditavam que o foco biológico e objetivo era mais “científico” e mais condizentes com o padrão médico, aumentando o status da psiquiatria na hierarquia médica.

Para o comitê que elaborou o DSM III as classificações anteriores haviam falhado ao fornecer critérios formais para delimitação das fronteiras entre os diagnósticos, obrigando os clínicos a recorrerem a

descrições vagas e globais, que frequentemente se apoiavam em concepções etiológicas. Acreditavam que só uma abordagem empírica, baseada em dados científicos e hipóteses testáveis, poderia garantir o progresso da psiquiatria, sendo assim necessário um sistema de classificação que garantisse uma linguagem comum entre pesquisadores de diferentes correntes teóricas, e que utilizasse critérios de diagnóstico explícitos, para facilitar futuros estudos de sua validade e confiabilidade(AGUIAR,2004).

E a adoção desta nova maneira de classificar a doença mental é observada na fala de alguns de nossos entrevistados:

...que é preencher vários dos sintomas e estar presente por pelo menos 02 semanas e destes sintomas não basta que exista só tristeza, pode não ter tristeza , mas desde que tenha outros sintomas como alteração do sono, alteração do ânimos, memória, apetite, alteração atenção, concentração, memória, irritabilidade, alteração do prazer nas coisas, do interesse nas coisas... Então tem que ter uma série de sintomas para a gente classificar como depressão e estes sintomas devem estar trazendo prejuízo na vida da pessoa. (Entrevistado 2)

Tendo o referencial da psiquiatria e classificatório diagnóstico a depressão é uma tristeza persistente a maior parte dos dias por pelo menos mais de um mês, que interfere na em mais de um aspecto da vida da pessoa, podendo ter prejuízo laboral, acadêmico, interpessoal. Desânimo, não sentir mais prazer com as coisas, labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade fácil. Perda ou ganho de peso, alteração do sono e sem ser explicada por uma outra condição médica geral. (Entrevistado 5)

Esta transformação do diagnóstico psiquiátrico em algo objetivo, específico e estável faz com que só tenham relevância os sintomas que puderem constituir sinais da “doença”. Segundo o Dicionário Médico Climepsi(2004) define-se sintoma como ”qualquer manifestação espontânea de uma doença, que seja sentida subjetivamente pelo doente” e sinal como “qualquer manifestação de uma doença que o médico ou outro observador possam averiguar objetivamente”. O diagnóstico psiquiátrico é baseado no discurso do

sujeito que é subjetivo ou seja é baseado em sintomas. Mas o que observamos é a transformação dos “sintomas” em “sinais”. A subjetividade da narrativa do paciente é traduzida em critérios diagnósticos e estes considerados como “sinais”. Da narrativa do paciente só tem importância o que puder ser traduzido em critérios diagnósticos. Isto observamos na fala do entrevistado abaixo:

[...]tudo isto deve ser perguntado de forma objetiva quer dizer: o que a pessoa está sentindo, perguntar objetivamente dos sintomas mesmo que ela não refira espontaneamente a quanto tempo esta presente, se estão trazendo prejuízo[...] a consulta psiquiátrica é uma consulta semi-estruturada. Ela tem perguntas abertas e perguntas objetivas que são tão importante quanto. Não dá para deixar só o paciente falar, a gente tem que objetivamente, volta e meia perguntar e se ele não responde tem que perguntar de novo: Como é que tá o sono: - Tá ruim. Tá ruim como? Dorme de que horas até que horas? Não durmo? Dorme de que horas até que horas?(Entrevistado 2)

Em outra fala se define depressão como sendo apenas conjunto de sintomas:

A Depressão é um pacote de sintomas.
(Entrevistado 2)

Ou ainda as falas que caracterizam a depressão como uma síndrome:

[...]Ela é uma **Síndrome** com conjunto de sinais e sintomas.(Entrevistado 1)

A palavra síndrome segundo o Dicionário Médico Climepsi(2004) significa “conjunto de sintomas, de sinais, de lesões, de modificações funcionais ou bioquímicas, que formam uma entidade identificável devido à sua associação constante...”. O diagnóstico psiquiátrico é, nesse sentido, sempre um nome que designa determinado agrupamento de sintomas e sinais, não se podendo falar propriamente em doenças.

Contudo na prática o que observamos é uma confusão entre síndrome e doença e os sintomas parecem transcender o sujeito que sofre. Ao tomar a síndrome como doença, o médico se interessará, no encontro com o paciente, em identificar sintomas que possam preencher os critérios diagnósticos para uma síndrome específica do DSM e tratar de eliminar esses sintomas da maneira mais breve possível. A relação do sintoma com os processos de vida e a experiência subjetiva do paciente podem ficar absolutamente de lado(AGUIAR,2004).As falas abaixo ilustram esta “busca” pelos sintomas nos encontros médico/paciente:

Costumo fazer **check-list** dos sintomas, perguntar objetivamente sobre todos estes sintomas.(Entrevistado 2)

Geralmente por estar preenchendo aqueles **critérios** de prejuízo a partir disto na vida da pessoa de forma persistente.(Entrevistado 5)

E hoje o modelo diagnóstico inicialmente proposto pelo DSM III e presente ainda no DSM IV reverbera na prática dos psiquiatras:

O que eu uso é um check list dos critérios diagnósticos do DSM e CID 10. Eu sei qual são os critérios diagnósticos decor dai eu checo os critérios. (Entrevistado 2)

Tendo o referencial da psiquiatria e classificatório diagnóstico a depressão é uma tristeza persistente a maior parte dos dias por pelo menos mais de um mês...(Entrevistado 5)

Um dos entrevistados teve uma formação psicodinâmica durante a residência em psiquiatria e nele observamos uma fala diferente sobre o que é a depressão:

Eu como tenho esse viés psicanalítico eu tento abordar depressão num outro contexto... Não tem um critério mas você vê o sofrimento, o gesto, a congruência entre aquilo que ele está expressando, falando, é uma rotina que você acaba adquirindo uma experiência. Tu vê assim: este paciente está em sofrimento importante. O modo que se coloca no sofrimento do paciente... Que tu estas buscando... Isto me conduz muito mais que o DSM. (Entrevistado 3)

A fala deste entrevistado remonta à classificação proposta pelo DSM I que se apoiava firmemente nas especulações psicodinâmicas sobre etiologia para definir as neuroses depressivas. Há uma minimização dos aspectos biológicos dos transtornos e um predomínio dos mecanismos psicológicos e inconscientes. O sujeito e seu sofrimento passam a ser o foco. De acordo com Aguiar(2004,p.33) , “a psiquiatria psicodinâmica-como foi chamada a psiquiatria de orientação psicanalítica nos EUA- estava mais atenta em desvendar o sentido dos sintomas e sua relação com o desenvolvimento da história psicológica

dos pacientes, do que em manipular diretamente os sintomas (com medicamentos, por exemplo) dando menos valor ao diagnóstico. Entendendo a doença como um processo, em vez de considerá-la como uma entidade universal, lidava com constelações de dinâmicas individuais e familiares e não exatamente com síndromes ou doenças”.

5 O que os psiquiatras conseguem oferecer

A maneira como os psiquiatras lidam com as situações de tristeza e depressão vem, ao longo dos anos, sofrendo transformações. E estas ficaram mais evidentes com a modificação na classificação da doença mental a partir do DSM III e IV.

Uma destas mudanças é a transformação de problemas anteriormente não médicos em problemas médicos. Essa sobreposição de fatos cotidianos pelo discurso médico é chamada de “medicalização” (CONRAD, 2007). O processo de medicalização pode ou não fazer uso de medicamentos. No caso concreto da medicalização da tristeza, na medida em que ela se confunde e se associa a depressão, estará sempre implícito o uso de medicação, particularmente o uso de antidepressivos.

Para Tesser (2006) “a medicalização tem como desfecho prático a interpretação e prescrição médica de situações como lutos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, nascimentos e mortes que anteriormente eram considerados problemas da vida” (p.73).

Esta postura medicalizadora foi observada no discurso dos entrevistados em relação às situações de tristeza e depressão. Mesmo aqueles que entendem a tristeza como situação da vida propõem intervenções medicalizantes que geralmente supõem o uso de medicamentos:

A medicação ajuda a enfrentar situações a medida que você consegue se concentrar mais, menos labilidade emocional, ter mais energia...você vai conseguir encarar melhor as dificuldades. (Entrevistado 5)

Tu tá com uma ferida e esta ferida esta doendo...O que o remédio vai fazer é tirar a dor... A ferida está no mesmo lugar e você tem que tocar nela. Tu tem que cutucar para daí junto com a ajuda profissional ela ir fechando. Eu acho que as duas coisas juntas o ideal. (Entrevistado 1)

Em nenhum momento observamos uma postura não medicalizadora nas situações de tristeza. Não percebemos nas falas dos entrevistados habilidade para lidar com as situações do contexto de vida ou até mesmo colocar que a tristeza faz parte da vida. Mesmo quando não se indicava uso de medicamentos outras intervenções eram prescritas:

[...] psicoterapia, além de exercício físico, atividades na comunidade, praxiterapia.(Entrevistado 1)

Tem duas coisas que eu indico sempre: atividade física e terapia. Oriento as pessoas a caminharem 03 vezes por semana e fazer terapia. (Entrevistado 2)

Para mim psicoterapia é indicado para todos independente de tristeza ou depressão.(Entrevista 5)

Outra transformação que observamos no discurso dos entrevistados é predomínio de um vocabulário com termos biológicos ou seja uma biologização do discurso psiquiátrico:

É uma **doença endógena**, **geneticamente** determinada, uma alteração da **química cerebral**.(Entrevistado 2)

Esta linguagem busca livrar-se de termos vagos e imprecisos que seriam expressos numa linguagem psicológica. Assim termos como mecanismos de defesa, reatividade, transferência e sublimação utilizados frequentemente na psicanálise no início do século XX são substituídos por uma linguagem muito semelhante a da medicina geral. Além disto o vocabulário das neurociências permitiu também um contato muito maior da psiquiatria com as outras áreas da medicina, facilitando ainda a comunicação dos médicos generalistas com seus pacientes. Os clínicos podiam se desembaraçar dos conceitos psicanalíticos, de difícil compreensão, incorporando o vocabulário neurocientífico a sua prática(AGUIAR,2004).

Apesar dos entrevistados receberem um treinamento específico na residência médica, este se restringe ao controle farmacológico dos sintomas, deixando de lado a tradição clínica que colocava no centro do

tratamento a relação terapêutica (AGUIAR, 2004). Como afirma Tesser (2006):

“O desenvolvimento da faculdade de objetivação da dor e dos sintomas em geral é um dos resultados (perseguidos) da formação científica dos médicos. Seus estudos os incitam a concentrar a atenção nos aspectos classificáveis e manipuláveis da dor e dos outros sintomas. O ato médico vai, assim, reduzindo-se a uma intervenção mecânica” (p.65).

O que os psiquiatras conseguem e sabem oferecer aqueles que lhes procuram é o medicamento. A manipulação dos sintomas através de medicamentos fica evidente nas falas que seguem abaixo:

Escolho a medicação conforme o sintoma, a história do paciente, o que ele já tomou (Entrevistado 1)

O perfil dos sintomas guia na escolha dos medicamentos. (Entrevistado 2)

O que parece é que os sinais e sintomas é que são tratados e não o sujeito em sofrimento. A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em sinal de doença, e não de sua relação com as singularidades do sujeito (AGUIAR, 2004). Ganham assim maior importância as modalidades de tratamento que atuam diretamente na abolição ou redução dos sintomas, em geral medicamentos:

Uma depressão com insônia procura usar um antidepressivo que ceda... Uma depressão com agitação psicomotora... Talvez tenha que associar um outro medicamento ansiolítico, as vezes até um antipsicótico... (Entrevistado 3)

Os sintomas também guiam na escolha... Pessoa muito magra não inicio com Fluoxetina ou se tem insônia procuro iniciar com Amitriptilina ou associar com Fluoxetina. (Entrevistado 4)

E como afirma Tesser (2006) se reforça o fato que:

[...] viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente

a qualquer dor ou enfermidade: O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele”(p.64).

Além disto a escolha do medicamento é influenciada por aquilo que Pignarre(2006) denomina de “petit biologie”. A “petit biologie” consiste no processo adotado pela indústria farmacêutica, com o intuito de colocar no mercado sempre novas medicações, de empregar um conjunto de técnicas que permitem chegar aos novos psicotrópicos, que nada mais são que pequenas modificações moleculares que visam suplementar os efeitos colaterais dos psicofármacos existentes no mercado. Eles são sempre desenvolvidos em referência a um psicotrópico que já está no mercado porém comercializados com valor 30 a 40 vezes maior que o seu antecessor. E a fala abaixo ilustra esta influência:

Vejo vantagem e diferença nos medicamentos mais novos: nos os efeitos colaterais e na não necessidade de usar sedativo junto. Uso os mais novos pois eles tem menos efeito colaterais, maior adesão e efeito sedativo e ansiolítico melhor. Os medicamentos novos são mais completos. Eles agem em outros neurotransmissores.(Entrevistado 1)

Com esta mudança paradigmática para uma psiquiatria baseada em um sistema classificatório de sintomas e que deixa de focar um tratamento interpretativo e baseado no contexto psicossociocultural, surge o risco do reducionismo. O paciente e sua doença tornam-se, cada vez mais, isomórficos(FACO,2008).

Assim o foco passa de uma abordagem do contexto do sofrimento e da relação terapêutica para uma abordagem centrada nos sintomas e na manipulação química destes.

6 Considerações finais

A mudança na classificação da doença mental proposta inicialmente pelo DSM III e que se mantém no DSM IV reflete na prática profissional dos psiquiatras como observamos em várias falas descritas neste artigo. A forma de classificação proposta hoje pelo DSM IV não estabelece uma fronteira clara entre a psicopatologia e a normalidade. Neste manual não existe nenhuma maneira clara de delimitar a fronteira entre sintomas psicopatológicos significativos e as dores existenciais da vida normal. Assim situações de sofrimento que fazem parte da vida são classificadas e tratadas como transtorno depressivo levando a uma medicalização da vida.

Como vimos acima a adoção de termos como “check-list”, “critérios diagnósticos” e “entrevista psiquiátrica objetiva” são consequência da mudança na classificação de doença mental, proposta inicialmente pelo DSM III, e que reverbera na prática profissional do psiquiatra na atualidade. Ao se instalar no nível de descrição dos sintomas, deixando de lado as querelas a respeito da etiologia dos transtornos mentais, o DSM deu aos médicos a possibilidade de diagnosticar os pacientes deprimidos independentemente das singularidades de cada indivíduo.

Apesar de terem uma especialização em psiquiatria o que estes profissionais conseguem ofertar são medicamentos direcionados ao perfil de sintomas daqueles que lhes procuram. E como desfecho acompanhamos a crescente procura de interpretação e prescrição médica das situações consideradas como parte dos problemas da vida, a medicalização do sofrimento (TESSER, 2006; CAPONI, 2010).

Com isto cria-se a ilusão de que não existe sofrimento na vida e perde-se a riqueza de trabalhar as potencialidades humanas perante as situações de sofrimento (CAPONI, 2010).

8 Referências

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Martins Fontes, 1977.

CAPONI, S. **O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação.** In:CAPONI,S.; HELLMAN,F.;STOLF,F.;VERDI,M. Medicalização da Vida. Ed Unisul,2010.

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

DUARTE, J.**Entrevista em profundidade.** In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2006, p.61-83.

FACO, M.L. **Um mosaico da depressão:** dos sujeitos singulares aos transtornos universais. São Paulo: Editora Escuta,2008.

FONSECA, F., et al. **Dicionário Médico.** Lisboa: Climepsi Editores,2012.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 2001.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD J. C. **A tristeza perdida:** como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010.

LACASSE JR, LEO J. **Serotonin and depression:** A disconnect between the advertisements and the scientific literature. PLoS Med 2(12): e392, 2005.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8 Ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

PIGNARRE, P. **Lês malheurs dès psys:** Psychotropes et medicalisation du social.Editions La Découverte, Paris, 2006.

TESSER, C. D. **Social medicalization (I):** the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. Interface -Comunic. , Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, Jan/Jun 2006.

VERZTMAN, J.S. **Tristeza e Depressão**: pensando nos problemas da vida. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.