

LABORATÓRIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM GERÊNCIA EM SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Karlla Rodrigues

**REFLEXÕES SOBRE O MAL DO SÉCULO XXI:  
a depressão e a medicalização da vida**

Rio de Janeiro  
2014

Karlla Rodrigues

**REFLEXÕES SOBRE O MAL DO SÉCULO XXI:  
a depressão e a medicalização da vida**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde para a obtenção do título de técnico em Gerência em Saúde.

Orientadora: Grasielle Nespoli

Rio de Janeiro  
2014

Karlla Rodrigues

**REFLEXÕES SOBRE O MAL DO SÉCULO XXI:  
a depressão e a medicalização da vida**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde para a obtenção do título de técnico em Gerência em Saúde.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Grasiele Nespoli. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

---

Tereza Cristina Paiva. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

---

Raquel Moratori. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha orientadora Grasielle Nespoli pela paciência, pelo apoio, pelo carinho e pela grande ajuda no desenvolvimento desta pesquisa. Graças à sua orientação foi possível chegarmos a conclusão desta monografia.

Aos professores e pesquisadores, Felipe Pinto, Marco Aurélio, Raquel Moratori e Tereza Paiva que foram de grande importância para a conclusão desta pesquisa.

Às minhas grandes amigas da EPSJV, Alexandra Candido, Ana Beatriz Mathias, Isabel Espindola, Isis Lucchesi, Letícia carvalho, Olga Martins, Maria Clara Bruno, Morgana Soares e Thaíssa Felix, que estiveram comigo durante esses três anos de politécnica, com direito à muitas risadas e choros, altos e baixos, mas, ainda assim, sempre estiveram ao meu lado.

Ao meu amigo Bruno Silva pelo grande incentivo para à conclusão desta pesquisa.

Aos meus pais, irmãs, amigos e familiares por estarem sempre ao meu lado, me apoiando e incentivando. Obrigada!

## RESUMO

Este estudo aborda desde a história da depressão às suas causas, entendendo os efeitos que o nosso sistema capitalista produz sobre o crescente aumento do número de diagnósticos de depressão, ocasionando, assim, um processo de medicalização da vida. O estudo foi realizado através da revisão de literatura, por meio de levantamento de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), de livros nas principais editoras da área da saúde pública e de matérias de revista. Desta forma, percebe-se que na antiguidade, a melancolia era vista como um desequilíbrio dos humores, os quais formavam o corpo humano. Na Idade Média como a doença da alma. E na modernidade, a depressão foi inscrita sob o termo transtorno depressivo, ganhando ao longo do século XX, cada vez mais status de doença no âmbito dos DSMs. Conclui-se que, após identificarmos as diferentes abordagens teóricas sobre o problema, as concepções teóricas e clínicas da psiquiatria contemporânea, baseadas no nosso sistema capitalista, produzem grandes efeitos em termos de medicalização da vida.

Palavras-chave: depressão, história, medicalização da vida.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>3 DO LUTO AO TRANSTORNO DEPRESSIVO.....</b>	<b>21</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Pesquisas recentes detectam no século XX e no XXI uma verdadeira epidemia no que se refere às depressões. As grandes e aceleradas mudanças transmitem insegurança e acentuam o sentimento de desamparo. As permanentes crises econômicas, o desemprego, as alterações no conceito de trabalho, as guerras e revoluções, as ideologias que se esfacelam, as modificações nas relações e estruturas familiares, a liberdade sexual, a fragilização das figuras paternas e de autoridade, a expansão do universo virtual confinando o homem a uma vida cada vez mais solitária, o uso abusivo das drogas, a violência urbana, a miséria crescente - enfim, frente a tudo isso, não é difícil constatarmos que vivemos um momento fortemente depressor (PERES, 2003, p. 23 e 24).

A Organização mundial da Saúde (OMS) aponta que a depressão é a quarta causa de perda de dias de trabalho no mundo e, segundo estimativa deverá ser a segunda até 2020 (JARDIM, 2011). Ainda segundo a OMS, nos próximos anos a depressão poderá ser o maior problema da saúde pública, ultrapassando as doenças cardiovasculares. Estudos revelam que em 1970 havia cerca de cem milhões de pessoas deprimidas no mundo e que em 2000 o número de pessoas com depressão no mundo chegou à quase um bilhão (PERES, 2003). Jardim (2011) também ressalta que a depressão é uma das principais causas de afastamento do trabalho na atualidade. E pesquisas revelam que o próprio trabalho tem sido muitas vezes a causa de transtornos depressivos, à medida que este se encontra cada vez mais disputado, precário, exigente e, conseqüentemente, mais estressante.

Sabe-se que a saúde mental dos indivíduos depende significativamente da organização da sociedade na qual os mesmos estão inseridos. Na nossa atual sociedade capitalista, que tem por objetivo o acúmulo de capital através do lucro, busca-se assegurar o direito à "liberdade" dos indivíduos para daí culpabilizar os mesmos pelo seu fracasso, ou seja, "aqueles que não conseguem suprir a demanda dos ideais propostos pela cultura são marginalizados e considerados anormais e/ou patológicos" (CAMBAÚVA e CARDOSO, 2005).

O ser humano conquista a liberdade para tornar-se artífice de seu próprio destino, livre do peso das tradições e poderes arbitrários e garantido por série de direitos. Ele tem a liberdade de construir a própria vida. Contudo essa liberdade, se por um lado garante a possibilidade de construção de uma vida independente, também gera insegurança e desamparo. Confrontado com a sua capacidade para "vencer na vida", todo insucesso joga o homem num profundo sentimento de insuficiência. A liberdade de pensamento e garantias para agir não se deixam acontecer sem produzir o peso da responsabilidade de construir-se e encontrar um sentido para a própria existência. Na luta para conseguir a sua realização pessoal, o conflito gerado pela própria insuficiência e a culpa pelo não sucesso se traduzem em um discurso de autorrecriminação - ponto nuclear de um estado

depressivo (PERES, 2003 ,p 24).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a sociedade capitalista atua de maneira a favorecer a incidência de depressão. Daí o porquê de ser considerada, por muitos, a doença do homem contemporâneo.

Devido à lógica capitalista, o campo da saúde mental vem fragmentando e subdividindo demasiadamente o que é considerado patológico, o que, conseqüentemente, gera uma maior abrangência de casos de doença e a transformação, por exemplo, de "um luto ou uma simples tristeza em doença" (PERES, 2003, p56). Com isso, percebemos que o que está de fato ocorrendo é a medicalização da vida, na qual os principais a lucrarem são às indústrias farmacêuticas através do fornecimento das chamadas "pílulas da felicidade".

Freud chama a atenção para o fato de que o sofrimento é uma sensação que permanece apenas quando a sentimos, e que dispositivos de nosso organismo são responsáveis por isso. Assim, diz ele, o método mais tosco e eficaz para produzir uma alteração anímica é a intoxicação, ou seja, a introdução no organismo de substâncias que determinam a produção de prazer. Não apenas indivíduos, mas povos inteiros têm buscado em substâncias embriagadoras a busca da felicidade e o afastamento das misérias da vida (PERES, 2003, p 51).

Jardim (2011) afirma que o termo depressão veio, de fato, após o termo melancolia, porém, ambos não se equivalem do ponto de vista clínico-conceitual. Atualmente a depressão é avaliada em diferentes graduações, diferentemente do termo melancolia que nem sequer é discutido nas classificações psiquiátricas. Os principais sintomas da depressão são: a tristeza sem motivo justificável, o desânimo, o desinteresse pela vida e pelo trabalho, a irritabilidade, a falta de apetite e a insônia.

Diferentemente do que muitos pensam, a tristeza é algo natural do ser humano, é, pois, uma reação à perda, seja ela de um ente querido ou de um emprego, por exemplo. Hoje em dia, vem se patologizando alguns sentimentos e, com isso, ocorre a repressão desses sentimentos por parte dos indivíduos e da sociedade, provocando danos físicos e mentais. No entanto, é preciso entender que a "tristeza não é doença, é emoção natural de quem ainda é capaz de sentir" (TELES, 1999, p 11).

A diferença capital entre a tristeza e a depressão, que é uma doença, está, para mim, em dois pontos importantíssimos: na tristeza, por maior que seja a dor, não há baixa na autoestima; outra coisa: quando se está triste, o mundo parece vazio e sem sentido; já na depressão, é a gente que se sente vazio, e acha que não vale para nada, que não há nenhum sentido em nossa própria existência. A pessoa passa a dizer que não realiza nada de importante, que ninguém precisa dela etc (TELES, 1999, p 11).

Diante da magnitude do problema da depressão na atualidade, algumas questões se

apresentam como nortes para este projeto de pesquisa: O que é a depressão? Qual a sua historicidade? Qual a diferença entre melancolia e depressão? Como a ciência compreende o fenômeno da depressão? Quais as causas e determinantes da depressão na sociedade contemporânea?

Nesta perspectiva, esta monografia objetivou:

- 1) compreender a produção histórica da melancolia e da depressão, identificando as diferentes abordagens teóricas sobre o problema;
- 2) analisar as concepções teóricas e clínicas da psiquiatria contemporânea sobre o fenômeno da depressão e seus efeitos em termos de medicalização da vida;
- 3) problematizar a explicação acerca das causas e os determinantes da depressão na sociedade atual.

Para o alcance dos objetivos propostos, a principal técnica de pesquisa foi a revisão de literatura, por meio de levantamento de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e de livros nas principais editoras da área da saúde pública. Num levantamento inicial da literatura foi possível perceber que a depressão é um fenômeno que muda historicamente, passando, a cada época, por diferentes explicações relativas a diferentes campos de saber: a filosofia, a medicina, as ciências da alma, a psicopatologia, a psicanálise e a psiquiatria contemporânea.

Desta forma, a monografia se inicia com uma historicização da passagem da melancolia para o que hoje é definido como transtorno depressivo. Em seguida, é aprofundada uma análise das concepções teóricas e clínicas da depressão pela psiquiatria na sociedade contemporânea, também por meio de revisão bibliográfica e de análise documental, especialmente, das versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)<sup>1</sup> e da Classificação Internacional de Doenças (CID). E, por fim, foi realizada uma discussão crítica das concepções teóricas e clínicas da psiquiatria contemporânea, problematizando a visão reduzida que enfatiza os aspectos comportamentais e biológicos em detrimento das causas e determinantes sociais que derivam da forma de organização da sociedade capitalista.

Tendo em vista o constante aumento do número de casos de pessoas deprimidas no mundo e que a depressão é hoje considerada a doença do homem contemporâneo, este

---

<sup>1</sup> Sigla em Inglês: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

estudo se torna de total relevância para entender as formas de compreensão deste fenômeno e, conseqüentemente, de medicalização da vida, e para problematizar a indissociabilidade dos aspectos biológico, psicológico e social que envolvem o problema em questão.

## 2 DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO

Segundo Jardim (2011), o termo depressão é sucessor do termo melancolia, que é uma disposição da alma, ou seja, um estado emocional. O termo melancolia aparece pela primeira vez na Antiguidade, no século IV a.C., quando Hipócrates faz uma associação entre os termos kholê (bile) e melas (negra), bile negra. A natureza do corpo humano, segundo Hipócrates, era constituída por quatro humores, são eles: o sangue, a fleuma ou linfa, a bile amarela e a bile negra, os quais correspondiam aos seguintes temperamentos: sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico (PIGEAUD, 2009).

A saúde era definida pelo equilíbrio entre esses quatro humores, já a doença era definida pelo desequilíbrio entre os mesmos, ou seja, a predominância de um humor sobre os outros. Logo a melancolia ou bile negra, segundo Hipócrates, é algo natural do corpo humano e somente o excesso desse elemento constitui a doença melancólica. Hipócrates dizia que insônia persistente, falta de apetite, desânimo, irritação e muita tristeza eram sinais de melancolia (JARDIM, 2011).

Assim, como na teoria dos humores, que define que a saúde do ser humano só é possível através do equilíbrio das "espécies de líquidos" em seu interior, o universo só existe devido à combinação dos quatro elementos da natureza o ar, a água, o fogo e a terra. Esses elementos foram associados aos humores, sendo que o sangue correspondia ao ar e, por isso, seria de qualidade quente e úmida; a fleuma ou flegma à água, fria e úmida; a bile amarela ao fogo, quente e seca; e a bile negra à terra, fria e seca. Cada um desses humores também era associado às quatro estações do ano e, assim, "o flegma tem mais impulso no inverno, mas conserva a força na primavera; o sangue aumenta na primavera, mas conserva a potência no verão; a bile cresce [no verão] e persiste até o outono", ou seja, "o homem vive no ritmo do universo; mas, sobretudo, adoce no ritmo do universo" (PIGEAUD, 2009, p 66).

Para Hipócrates, o trabalho do médico seria somente o de restaurar o equilíbrio dos humores, seja através da reorganização dos líquidos ou pela eliminação do líquido em excesso. A eliminação do humor poderia ocorrer através das vias como, por exemplo, a boca e o nariz, devido a utilização de medicamentos que provocam a extração do humor que esta em excesso (PIGEAUD, 2009).

Segundo Silva (2008), Hipócrates afirma que quando a tristeza e a solidão

persistem por um considerável tempo, trata-se de um estado melancólico. Essa definição foi retomada por Cláudio Galeno (129 a 217 d.C), médico e filósofo romano, o qual atribuiu características aos humores, os chamados fleumáticos, de qualidade fria e úmida, eram preguiçosos e insensíveis; os sanguíneos, de corpo quente e úmido, eram serenos e tranquilos; os coléricos quentes e secos, eram destemidos e conflituosos; e os melancólicos frios e secos, eram tristes e temerosos.

Galeno dizia que cada um dos humores predominava em uma parte do corpo, isto é, o sangue predominava no coração; a fleuma na cabeça; a bile amarela no fígado; e a bile negra no baço. Essas partes do corpo, segundo Galeno, funcionam como fontes e estas se preenchem de humores, os quais outrora foram alimentos. Sendo assim, a doença também pode provir por meio da ingestão de alimentos estragados, os quais iram corromper os humores e então provocar a doença (PEGEAUD, 2009), ou pelas estações do ano que podem produzir o excesso de um humor sobre os outros. Assim como Hipócrates, Galeno dizia que para obter o reestabelecimento da saúde deveria se fazer o uso de remédios ou buscar uma melhor alimentação, porém, isso só ocorreria se a natureza não o fizesse por si só.

Diferentemente da visão Hipocrática, que entendia a melancolia apenas como uma doença ou desequilíbrio dos humores, Aristóteles (384-322 a.C.) com o escrito "Problema XXX" aproximou pela primeira vez a genialidade, a loucura e a melancolia. Neste sentido, a melancolia continuava a ser um desvio ao equilíbrio natural, segundo Aristóteles, inerente às artes, seja ela qual for. Tendo em vista que a bile negra teria grande influência sobre o cérebro, a mesma seria a propulsora da genialidade.

O Problema XXX é um devaneio sobre a criação, ou antes, como diríamos agora, a criatividade, a capacidade de criar. Ele nos afirma que a criatividade é uma pulsão essencialmente a ser diferente, uma incitação irreprimível a se tornar outro, a se tornar todos os outros (PIGEAUD, 1998, p 43 e 44).

Em o "Problema XXX", Aristóteles faz a comparação entre o vinho e a melancolia e diz que o vinho, dependendo da quantidade que foi ingerida, pode formar diversas personalidades em uma mesma pessoa, mas apenas por um determinado período já a melancolia, produz diversas personalidades em uma mesma pessoa para todo o sempre, pois é de sua natureza. "O vinho, portanto, cria a exceção no indivíduo não por muito tempo, mas por um curto momento, enquanto que a natureza produz esse efeito para

sempre, por todo o tempo em que se vive" (ARISTÓTELES, 384-322 a.C.).

"A bile negra é uma mistura perfeitamente instável" e "ela pode ser extremamente fria ou quente a cada momento" (PIGEAUD, 2009, p.19), ou seja, a reação do indivíduo vai depender das circunstâncias em que este se encontra e da quantidade de bile negra em seu interior. Neste sentido, todos são suscetíveis às doenças proporcionadas pela bile negra, porém, os melancólicos mais do que todos os outros (PIGEAUD, 2009).

Para Pigeaud, a bile negra é inconstante e ainda que com essa inconstância o melancólico pode ser saudável através da "boa mistura da inconstância", da "regulação do irregular", a qual é uma situação precária e frágil. Aristóteles em o Problema XXX afirma que: "o melancólico é certamente um homem frágil porque instável. Mas essa instabilidade lhe dá a possibilidade, como diríamos agora, de se exprimir através de comportamentos múltiplos" (PIGEAUD, p.68). Tendo em vista que "criar é imitar" e que a bile negra, quando em excesso e acalorada pelas circunstâncias, busca por onde sair, fazendo com que o indivíduo se esvazie para então criar.

Já na Idade Média, com as grandes epidemias, houve um predomínio da visão religiosa sobre o processo saúde-doença e o corpo era quase que totalmente desconsiderado pelos médicos, pois, nessa época acreditava-se que toda doença do corpo era causada pela doença da alma. Assim, acreditava-se que a medicina abrangia um cuidado com a alma, antes do corpo. Com isso, a medicina da alma ligava a doença ao pecado e, por isso, acreditava-se que somente através da doença iria se obter a redenção divina (LE GOFF E TRUONG, 2012).

O leproso é assim um pecador que busca libertar sua alma e seu corpo de suas imundícies, em particular da luxúria. O corpo sofredor do leproso é a lepra da alma. Considera-se com frequência que o leproso foi engendrado por seus pais em períodos durante os quais a copulação é proibida aos cônjuges (quaresmas, vigílias de Ias santos, etc.). Propriamente falando, a lepra é o produto do pecado, e do pior deles: o pecado sexual (LE GOFF E TRUONG, 2012, p.107).

No contexto das concepções religiosas, a melancolia, mais conhecida como acedia, era o mal dos monges, os quais acreditavam estar possuídos por um demônio, pois estavam sempre muito tristes e desanimados com suas vidas. Devido a acedia ser causada por um demônio ela não era só atribuída somente à tristeza e à solidão, mas também as tentações da carne, ou seja, ao pecado (SCLIAR, 2008). Peres acrescenta que, se por um lado, a

melancolia é vista como um pecado, por outro “é considerada um caminho que conduz a Deus” (2003, p.16).

Durante a Idade Média houve também uma retomada da teoria Hipocrática dos quatro humores e a saúde é novamente considerada o equilíbrio humoral tanto do ponto de vista da quantidade quanto da qualidade e a concepção de doença é mais uma vez a de desequilíbrio dos humores. “A melancolia decorria de um excesso de um elemento frio e seco no organismo, a bÍlis negra” (PERES, 2003, P.15). Logo, a saúde é a boa mistura dos humores, ou seja, o equilíbrio dos elementos corporais, que "assegura a saúde tanto no corpo humano quanto no corpo social". A partir daí, surge uma nova "arte médica" com o intuito de auxiliar os indivíduos a obterem as "boas proporções", o equilíbrio (LE GOFF E TRUONG, 2012). Além disso, no encontro com a ciência árabe:

a teoria dos humores vai se ligar à astrologia. A teoria da melancolia vinculada à doutrina das influências astrais deposita em Saturno a sua força mais fatídica: Saturno é o astro que governa o melancólico. Sua influência não se exerce em pessoas vulgares, ele escolhe os seres extraordinários. Mantém-se dessa forma a ideia, vinda da Antiguidade, da relação entre melancolia e genialidade (PERES, 2003, p.16).

Já no Renascimento a visão Aristotélica sobre a melancolia volta a predominar, e o estado melancólico já não era entendido como acedia, algo que deixava a pessoa extremamente triste e incapaz de produzir, mas sim como algo que produz a genialidade e as artes (SCLIAR, 2008).

Vale ressaltar que foi no contexto do Renascimento que a medicina moderna começou a se constituir como uma medicina do corpo, na medida em que esta passa a buscar a causa da doença no corpo dos seres humanos através da investigação experimental e dos estudos de anatomia (BATISTELA, 2007).

No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento (BATISTELA, 2007, p. 39).

A medicina pautava-se cada vez mais na visão analítico-mecanicista, que consiste em separar o corpo da alma e considerar o corpo como um conjunto de partes, isto é: 1) a medicina dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais, o que define seu caráter generalizante; 2) os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos, o que delineia uma abordagem mecanicista; 3) a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o

funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes, o que sugere um caráter analítico (CAMARGO JR, 1995, p. 178 e 179).

Com isso, a medicina passa a ter como objetivo a "caracterização das doenças baseada apenas na sua sintomatologia" (CAMARGO JR, 1995, p. 179) e ocorre a "incorporação da anatomia patológica ao arsenal técnico-científico da medicina" (CAMARGO JR, 1995, p. 180). E, nesse contexto, devido a essa separação entre o corpo e a alma, surge a psicologia, muito pautada nesse modelo mecanicista, com intuito de estudar a alma do ser humano, dividindo-a em pensamentos e vontades, ou seja, faculdades (BAZAN, 2013).

O estudo da psicologia tem como objetivo descrever essas faculdades, assim como a anatomia divide o corpo em suas partes, a psicologia separa a alma em faculdades. Por isso, o modelo dessa psicologia é emprestado de uma ciência que procede através de recortes (BAZAN, 2013, p. 28).

Com o desenvolvimento do capitalismo, na metade do século XVII a loucura foi associada à preguiça, a falta de vontade de trabalhar e, com isso, passa a ser tida como uma perturbação da ordem moral e social que precisa ser corrigida. Pelo fato da melancolia ser entendida, muitas vezes, como incurável as pessoas que sofriam das formas mais graves da doença recebiam tratamentos perversos, pois sofriam da dor física para distrair a dor da mente. Já no século XVIII o trabalho braçal passa a ser considerado o melhor remédio para a melancolia, visto que a mesma era "causada" devido à falta do que fazer, a preguiça (GONÇALES e MACHADO, 2007).

O livro de Robert Burton, *Anatomy of Melancholy*, publicado em 1621, volta a dar um sentido médico à melancolia. Burton, muito associado às ideias do protestantismo, dizia que a melancolia, ligada à sabedoria, seria inerente ao homem e que a mesma o levaria a Deus. Porém, existia a doença – a loucura-, a qual o homem deveria evitar, através do reconhecimento de sua pequenez diante de Deus (LOPES, 2009).

Melancolia, o assunto do presente discurso, pode ser tanto uma inclinação ou um hábito. Por inclinação à melancolia, entendemos ser um estado transitório que vem e vai entre efêmeras ocasiões de tristeza, privação, problema, medo, aflição, paixão, ou outro tipo de perturbação mental e descontentamento que desembocam em angústia, aborrecimento, opressão e inquietação do espírito, e variadas formas de oposição ao prazer, jovialidade, alegria, deleite, causando-nos um pertinaz desagrado. Imprópria e equivocadamente chamaremos o melancólico de tedioso, triste, ácido, indolente, mal-humorado, solitário, ou qualquer outro termo que o aponte como um descontente. No entanto, ninguém está livre destas disposições da melancolia, nem estóico, nem sábio, nem o feliz, nem o paciente, o generoso, o religioso, o eclesiástico, ninguém consegue se proteger, nem mesmo o mais sereno dos homens escapará de em algum momento ter essas sensações. Melancolia é, pois, inerente a todo aquele que tem o caráter da mortalidade (BURTON,

*apud* LOPES, 2009, p.91).

Em fins do século XVIII, contexto de emergência da psicopatologia, Phillipe Pinel buscava, através da observação clínica, descrever e classificar as doenças mentais, foi “a primeira tentativa de uma nosografia” (PERES, 2003, p.17) das perturbações mentais. E, dando continuidade ao trabalho desenvolvido por Pinel, o francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), segundo Jardim (2011), fez uso do conceito da lipemania, no lugar de melancolia, para se referir a uma doença do cérebro caracterizada por delírios, ausência de febre e uma tristeza profunda. A melancolia é definida por Esquirol como uma “monomania” caracterizada por “tristeza, abatimento ou desgosto de viver que se fazem acompanhar muito frequentemente de um delírio sobre uma ideia fixa” (PERES, 2003, p.18). Em 1857, a classificação de Billod permitiu o reconhecimento de diversos subtipos clínicos em que, segundo ele, existiria a lipemania com delírios tristes e tristeza; delírios tristes e sem tristeza; delírios tristes e transtorno afetivo misto ou alternado (isto incluía os estados bipolares); e ausência de delírios tristes e tristeza (BERRIOS, 2012).

No final do século XIX o termo depressão substitui o termo melancolia, o qual passa a ser usado para nomear um subtipo de depressão psicótica. Já a palavra lipemania desaparece do quadro clínico-conceitual (BERRIOS, 2012) e aparece o termo neurastenia para designar a doença da modernidade (PERES, 2003). Assim, ao mesmo tempo em que se faz relação entre as doenças mentais e a patologia orgânica do cérebro, “os fatores sociais de diferentes modalidades podem ser considerados fonte de adoecimento” (PERES, 2003, p.19). A neurastenia, caracterizada pela fadiga generalizada, acometia principalmente os operários, o que atribui uma nova etiologia para o adoecer mental, ou seja, já não se impõe uma relação entre uma lesão orgânica e uma síndrome apresentada” (PERES, 2003, p.19). Neste mesmo período, quando cresceu significativamente o número de manicômios e o número de internações por doença mental, novas etiologias passam a ser investigadas e, assim:

O período que vai de fins do século XIX, ao início do século XXI é muito rico, na medida em que marca definitivamente uma nova maneira de pensar a doença mental, a partir de visões completamente distintas, como é o caso da leitura da psicanálise e da psiquiatria biológica (PERES, 2003, p.18).

### 3 DO LUTO AO TRANSTORNO DEPRESSIVO

Em fins do século XIX, a histeria se manifestava de uma maneira tão dominante que se transformou em um alicerce de uma nova ciência, a psicanálise, que trouxe um método próprio de tratamento da doença mental. Hoje, é a depressão que desafia, não apenas questionando diagnóstico, etiologias e tratamentos desse mal-estar, mas, posso dizer, interferindo também na própria concepção de doença mental (PERES, 2002, p.25, 26).

Na passagem do século XIX para o XX, a emergência da psicanálise freudiana enunciou uma nova perspectiva de abordagem do fenômeno da melancolia, compreendida por Freud como um sintoma do que ele denominou neurose narcísica, caracterizada pelo conflito entre aquilo que o indivíduo é e o que ele desejaria ser, “uma neurose decorrente de conflitos entre o eu e o supereu” (PERES, 2003, p.37).

Freud, segundo Peres (2003), afirmava que a causa da repressão dos instintos humanos são as regras que regem a sociedade. Esses instintos ou impulsos determinam, muitas vezes, o que pensamos ou a forma como agimos, mas desde a infância somos ensinados a reprimir tais desejos e, com isso, surge a neurose. Assim, através da psicanálise fez-se uma relação entre o adoecimento do indivíduo e sua cultura, que reprime a natureza humana, ou seja, "Afastado da natureza, o indivíduo é submetido a uma série de frustrações, na procura de atingir um ideal culturalmente estabelecido, e é dessa situação que vai surgir a sua neurose" (PERES, 2003, p 21). Neste sentido, Peres diz que, ao explicar a neurose, Freud compreende que a constituição do indivíduo deriva de sua inserção no contexto social e cultural onde vive, ou seja, o sofrimento possui causa social, é o mundo social que favorece o aparecimento da depressão como doença.

Segundo Peres, sobre a neurose narcísica, Freud se detém na explicação sobre a relação entre o luto e a melancolia, afirmando que ambos decorrem de uma perda, porém no luto se sabe exatamente o que se perdeu já na melancolia não se sabe exatamente o que foi perdido (PERES, 2003).

O luto é decorrente de uma perda real, morte ou abandono de uma pessoa querida, ou uma abstração que ocupe esse lugar, enquanto na melancolia encontramos uma perda mais ideal; não há clareza sobre o que realmente foi perdido. O melancólico pode saber quem ele perdeu, porém não sabe o que de fato perdeu. Enquanto no luto o perdido é absolutamente consciente, na melancolia há uma perda que foi retirada da consciência, ou seja, é desconhecida (PERES, 2003, p 35).

No luto, o mundo torna-se vazio e sem sentido, já na melancolia é o próprio eu que se torna vazio e sem sentido. No trabalho do luto ocorre a retirada da libido (desejo) das

ligações com o objeto perdido, ou seja, de cada uma das lembranças e dos sentimentos será retirada a libido. Já na melancolia não se sabe o que foi perdido, o melancólico perdeu algo de si. Na busca pela retirada de libido do objeto perdido, o melancólico irá se auto depreciar e buscar matar a si próprio (PERES, 2003). Isso significa que, ao invés de passar pelo “trabalho de luto”, quando o indivíduo sabe que o objeto perdido não existe mais, o melancólico, que não sabe o que perdeu, situa sua perda libidinal no “eu”, isto é, a sombra do objeto recai sobre o ego (MOREIRA, 2002, p.47).

Em outras palavras, se o trabalho do luto, de dismantelamento progressivo dos investimentos libidinais do sujeito sobre o objeto não se pode realizar, outro processo tem lugar, no qual a retirada da libido para o ego arrasta consigo o objeto, pela via da identificação, instalando o conflito com o objeto amado dentro do ego, agora a sua mercê (MOREIRA, 2002, p.47).

Segundo Moreira, Freud dizia que, no indivíduo melancólico, a culpa e a melancolia são quase que indissociáveis. A melancolia se caracteriza pelo investimento da libido no próprio eu, porém esse eu foi perdido, daí o porquê do sentimento de vazio do melancólico. Na medida em que o indivíduo investe a libido em si mesmo há o narcisismo, então, ele se tortura, pois sente a culpa pelo objeto perdido, podendo levá-lo até mesmo ao suicídio. Sendo assim, podemos entender que na melancolia ocorre um duplo investimento de libido, ou seja, parte dela retorna ao próprio indivíduo e a outra parte é investida no sadismo, o qual sente prazer na dor do melancólico, pois aí ocorre a punição do indivíduo pelo objeto perdido (MOREIRA, 2002).

E, se o amor pelo objeto - um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja - refugiar-se na identificação narcisista, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando-o, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação desse sofrimento. A autotortura na melancolia, no dizer de Freud, é, sem dúvida, agradável e significa uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto, que retornaram ao próprio ego do sujeito (MOREIRA, 2002, p. 47 e 48). Daí, ao não atingir o seu ideal, o indivíduo sentirá a culpa, que "tortura, sobretudo, o melancólico" (PERES, 2003, p 21).

Assim, mesmo com a introdução da visão psicanalítica que relaciona a constituição dos indivíduos com seu contexto social e cultural, ao longo do século XX vemos prevalecer e se fortalecer a perspectiva da biomedicina que tem sua origem na medicina científica moderna que busca, primordialmente, uma causa biológica para as doenças. Neste contexto, a depressão passa a ser entendida, cada vez mais, como uma desordem na produção dos neurotransmissores que agem no cérebro; e seu principal tratamento é feito

através do uso de medicamentos, que possuem a função de regulação dos neurotransmissores. A biomedicina tem como principal objetivo o estudo das doenças humanas, por isso é também chamada de ciência das doenças (CAMARGO JR, 1995).

De qualquer modo, as dimensões da racionalidade médica ocidental estarão, desde então, sempre referidas às doenças; a doutrina médica traz implícita a ideia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a partir de uma causa ou de causas múltiplas; o sistema diagnóstico é dirigido à identificação das doenças, a partir da caracterização de suas lesões; a terapêutica é hierarquizada segundo a sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças; a morfologia e a dinâmica vital servem, sobretudo, como auxiliares na caracterização do processo mórbido. A própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como ausência de doenças (CAMARGO JR, 1995, p 50).

Vale lembrar que a psiquiatria contemporânea possui duas vertentes principais, uma pautada na visão Freudiana da psicanálise e outra na visão kraepeliana, que busca uma causa biológica para as doenças. Pierre Janet, pertencente à vertente Kraepeliana, é quem introduz a visão da psiquiatria biológica que define o déficit orgânico e biológico como causa da depressão. Ou seja, segundo Janet, a doença, de causa biológica, encontra-se somente na desordem dos neurotransmissores. Dessa forma, a psiquiatria, pautada na ordem da biomedicina, busca enfatizar os sintomas e desconsiderar as suas causas, agindo apenas na tentativa de regulação dos neurotransmissores, que é realizada através da ingestão de antidepressivos (PERES, 2003).

Neste sentido, o paradigma biomédico apresenta o psiquismo como uma “expressão direta dos processos cerebrais” (BAZAN, 2013, p.29), submetendo assim as experiências subjetivas aos princípios biomédicos. E “o instrumento que, por excelência, concretiza essa aproximação é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM, manual que retoma, como o catálogo de uma flora, os diferentes transtornos mentais...” (BAZAN, 2013, p.29).

A publicação da primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-I) aconteceu em 1952 pela American Psychiatric Association (APA), com um trabalho feito junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) que consolidava a sexta edição da Classificação Internacional de Doença (CID-6). O intuito do DSM era unificar a classificação das doenças mentais para a obtenção de dados estatísticos. Nesta edição foram listadas 106 desordens mentais (DERBLI, 2011). Nesse período, a formulação do DSM era feita por influência da psicanálise Freudiana e da psiquiatria

contemporânea, segundo a qual, "os transtornos mentais (mental disorders) teriam uma causa, que é orgânica, e suas alterações psíquicas seriam apenas reações a estas" (DUNKER, 2013, p. 32). Segundo Dunker, essas duas vertentes eram usadas para descobrir e tratar diferentes tipos de transtornos mentais.

Devido à falta de descrições dos sintomas, em 1968 foi publicado, de forma mais detalhada, as novas versões do CID-7 e do DSM-II, com um total, neste último, de 182 desordens mentais (DERBLI, 2011). No DSM - II ainda se mantinha a influência da psicanálise e da psiquiatria em sua formulação (DUNKER, 2013).

A terceira versão do DSM resultou também de um processo de unificação da psiquiatria, que se encontrava dividida em psiquiatria social e psiquiatria biológica. Além disso, havia a insatisfação das entidades governamentais com os resultados das pesquisas feitas pela psiquiatria, o que gerou uma redução das verbas para a realização de pesquisas na área psiquiátrica. Ao mesmo tempo, ocorreu o desenvolvimento de psicofarmacos que passaram a agir de forma ativa tanto no tratamento como no diagnóstico do paciente. Neste contexto, o DSM-III significou um esforço “em definir sintomas e condições que, se colocados em relação, podem individualizar um comportamento patológico” (SAFATLE, 2013, p.22). O DSM-III foi então publicado em 1980 consolidando 265 desordens mentais. Além disso, vale ressaltar que:

A chegada do DSM-III se fazia acompanhar do processo de desinstitucionalização de pacientes crônicos, da luta antimanicomial. Essa reformulação das políticas de saúde mental apoiou-se também na ascensão dos tratamentos farmacológicos e na crítica da psicanálise como fonte inspiradora não de uma área exterior, mas da própria diagnóstica psiquiátrica. A subtração da psicose no DSM-III tornou-se o símbolo do falido casamento psicopatológico entre a psicanálise e a psiquiatria (DUNKER, 2013, p.33).

O contexto anterior à publicação do DSM-III foi caracterizado pela organização de movimentos sociais críticos à lógica biomédica que conseguiram algumas revisões, como a supressão do diagnóstico de histeria, “em resposta ao protesto das feministas contra o caráter sexista dessa denominação, assim como a eliminação, a partir de 1987<sup>2</sup>, da categoria patológica da homossexualidade egodistônica para satisfazer ao *lobby* dos

---

<sup>2</sup> Em 1987 ocorreu a publicação do DSM III-R (versão revisada), que trouxe novas definições para algumas categorias e incentivou que fosse feito mais de um diagnóstico a um mesmo paciente, surgindo, então, o conceito de comorbidade.

homossexuais americanos”<sup>3</sup> (IANNINI, TEIXEIRA, 2013, p.27). O DSM-III também substituiu o termo doença mental por transtorno mental (MATOS, MATOS, MATOS, 2005, p.313)

E, em 1994, foi publicado o DSM - IV correlacionado à Classificação Internacional de Doença (CID - 10) da OMS. O DSM - IV é um sistema classificatório multiaxial, ou seja, possui diversos eixos, o que lhe permite uma avaliação mais aprofundada dos transtornos, pois considera os seus fatores biológicos, psicológicos e sociais (MATOS, MATOS, MATOS, 2005).

No DSM-IV a depressão apareceu dividida em duas categorias: episódio depressivo maior e transtornos depressivos. Essas categorias apresentam diversos subtipos de depressão. O Episódio Depressivo Maior é caracterizado por um período mínimo de duas semanas, em que há um humor deprimido ou irritável ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Além disso, o indivíduo deve apresentar no mínimo quatro sintomas adicionais, os quais podem ser: desesperança (critério A1); perda de prazer (critério A2); perda ou ganho significativo de peso (critério A3); perturbação do sono (critério A4); agitações psicomotoras: agitação ou retardo (critério A5); diminuição da energia (critério A6); sentimento de invalidez ou culpa (critério A7); dificuldade de concentração (critério A8); idealização ou tentativa de suicídio (critério A9). (APA, 1994)

Além disso, o DSM-IV define que para ser um Episódio Depressivo Maior, a depressão deve provocar algum sofrimento ou prejuízo nas áreas pessoal, social ou profissional do indivíduo, bem como deve apresentar dores físicas ou corporais. E, no caso do luto, isto é, após a morte de um ente querido, se os sintomas persistirem por mais de dois meses isto caracteriza um Episódio Depressivo Maior (APA, 1994).

As principais características do DSM - IV são: 1. descrição dos transtornos mentais; 2. definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos; 3. modelo atóxico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos; 4. descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes; 5. busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental; 6. incentivo à pesquisa (MATOS, MATOS, MATOS, 2005, p.313).

---

<sup>3</sup> Vale lembrar que o movimento *gay* emergente na década de 1960 nos EUA passou a denunciar a individualização e a patologização de contradições sociais e a segregação de minorias, reivindicando a retirada da homossexualidade como categoria patológica (DUNKER; NETO, 2010).

O DSM-V, lançado em 2013, foi marcado pelo, considerável, aumento do número de transtornos mentais, o qual ultrapassa 450 desordens mentais, e pela diminuição do período em que o luto é considerado normal, onde, este passa de dois meses para quinze dias. Com isso, fica cada vez mais evidente "o caráter normativo de suas classificações, fundadas num movimento vertiginoso de psiquiatrização da vida cotidiana e numa psicopatologização do mal - estar subjetivo" (IANNINE E TEIXEIRA, 2013, p. 25).

Tradicionalmente, ao final de cada edição do DSM, há um espaço reservado para as chamadas síndromes culturais específicas, como o Amok (na Malásia) ou o Susto (na América Central). Mas o DSM - 5 surpreende neste quesito ao trazer uma longa lista de outras condições que podem focar a atenção clínica": problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental , violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de sem - domicílio (homeless), problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário (low income), discriminação social, problemas religiosos e espirituais, exposição a desastres, exposição a terrorismo e não aderência a tratamento médico. A lista exprime o interesse confesso do DSM - V em patologias sociais, e, ao mesmo tempo, uma voracidade preocupante. Ela denota os efeitos da exclusão da noção de sofrimento, acrescidos agora da dispersão gerada pela recusa incondicional, a pensar: os sintomas do quadro de uma forma de vida, como unidade entre trabalho, desejo e linguagem (DUNKER, 2013, p. 36).

Nesse sentido, vale ressaltar outro fator que colabora com o predomínio da perspectiva biomédica que é o crescimento das indústrias farmacêuticas e do complexo médico industrial. Neste contexto, a psiquiatria deixa de buscar a causa da doença e passa agir apenas nos sintomas. A prescrição de medicamentos passa a finalizar a relação entre o psiquiatra e o seu paciente, diagnosticado como depressivo (PERES, 2003).

Enquanto que, no século XIX, as principais formas de tratamento para a depressão eram a utilização do ópio, do haxixe ou da cocaína, que proporcionavam um bem-estar ao indivíduo depressivo, aliviando as suas angústias; no início do século XX o eletrochoque era bastante utilizado, no entanto, embora produzisse um efeito rápido, proporcionava um grande sofrimento aos seus pacientes, e por esta razão teve a sua prescrição bastante restringida (PERES, 2003).

Em meados do século XX, ocorre um considerável crescimento no número de pesquisas de psicofármacos. Surgiu assim a iproniazida, que possui um efeito estimulante de energia e proporcionador de um bem-estar ao indivíduo. Mas, como a iproniazida não possuía as características dos opiáceos, criou-se a imipramina, o primeiro antidepressivo considerado não estimulante (PERES, 2003). Em 1987, a fluoxetina foi lançada com o

nome popular de Prozac, também indicada para a depressão e, a partir daí, a serotonina e a noradrenalina passaram a ser consideradas responsáveis pelos transtornos depressivos (PERES, 2003).

O número de novas drogas continua aumentando de forma espantosa. E o consumo, por um grande número de pessoas, dá-se por prescrição do médico psiquiatra, mas, sobretudo, do generalista. A psiquiatria biológica, privilegiando a descrição de sintomas, mantém pouca preocupação etiológica e quase nenhuma pela história do paciente. Assim, sob a bandeira de uma pretensa cientificidade, assistimos ao desprezo pela subjetividade e história de vida do paciente (PERES, 2003, p. 54).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após traçarmos a produção histórica da melancolia e da depressão, foi possível identificar as diferentes abordagens teóricas sobre o problema e refletir sobre como as concepções teóricas e clínicas da psiquiatria contemporânea produz efeitos em termos de medicalização da vida.

Na grécia antiga, desde o século 5 a. C., Hipócrates buscou estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais. Palavras como histeria, mania e melancolia eram usadas para caracterizar algumas delas. Ao longo dos séculos seguintes, diversos termos foram sendo incorporados ao jargão médico, como, por exemplo: loucura circular, catatonía, hebefrenia, paranóia, etc. Entretanto, o primeiro sistema de classificação abrangente e de cunho verdadeiramente científico surgiu com os estudos de Emil Kraepelin (1856 - 1926), que reuniu diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce - posteriormente chamada de esquizofrenia por Bleuler -, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva. Freud (1895), quase ao mesmo tempo, destacava da neurastenia uma síndrome, denominada neurose de angústia, que passou a ser classificada e estudada juntamente com outros tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva. Esta terminologia perdurou até os anos 80, do século 20 (MATOS, MATOS, 2005, p.312).

Na antiguidade, com a visão Hipocrática das doenças mentais, a depressão, mais conhecida como melancolia, era entendida como a predominância de bile negra sobre os demais humores, os quais, segundo essa mesma visão, compunham o corpo humano. Para Hipócrates a recuperação do paciente era obtida através da extração do humor em excesso ou através da equiparação dos humores. Na maioria das vezes era a própria natureza que se encarregava de devolver o bem estar ao ser, porém, em alguns casos eram feitos o uso de remédios. Nos dias atuais, a depressão é tida como um desequilíbrio dos nossos neurotransmissores responsáveis, por exemplo, pelos nossos humores, mas esse desequilíbrio diferencia-se do Hipocrático a medida que foi embasado por estudos anatômicos do corpo humano, considerados científicos.

Com a modernidade, a cada dia que passa vemos a grande importância que é dada ao discurso científico, ao que "é cientificamente provado" e, aproveitando-se disso, vemos também os psicofármacos gerarem lucros em cima dessa falsa crença. As pessoas vêm tomando para si as "verdades" científicas sem nem ao menos questionar. Com o casamento entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria, nasce, em 1980, o primeiro filho dessa união, o DSM-III. Daí, ignora-se cada vez mais a singularidade do sujeito e distribui-se rótulos aos

seres humanos, os quais o recebem de bom grado, pois agora compreendem o motivo de seus males (IANNINI E TEIXEIRA, 2013).

Com isso, não é de se espantar que o número de rótulos/categorias diagnósticas do DSM-V seja de 450, onde se inclui a patologização do sentimento de luto. Vemos aqui que o DSM representa uma classificação da realidade mental, ou seja, ele busca cada vez mais se ampliar e patologizar os sentimentos humanos, ocorrendo, assim, a psiquiatrização da vida cotidiana. E a deveríamos perguntar sobre: quem ganha com essa psiquiatrização da vida humana? Como já vimos, são as grandes indústrias farmacêuticas (SAFATLE, 2013).

Neste sentido, não haveria razão alguma para se inquietar do fato de que por volta de 70% dos experts que trabalharam para o DSM-5 terem, em sua carreira recente, vínculos financeiros com a indústria farmacêutica. A comunidade entre indústria farmacêutica e comunidade psiquiátrica seria exclusivamente fundada nas promessas abertas pelo progresso da ciência. Também não haveria razão alguma para se perguntar se não haveria uma articulação perversa entre o fechamento dos asilos, a redução dos gastos públicos em saúde mental e um triplo processo de reforço da posição da psiquiatria. Processo triplo marcado pela medicalização, pela institucionalização crescente das discussões através da hegemonia da American Psychiatry Association (APA) e pela tecnicização crescente dos diagnósticos (SAFATLE, 2013, p. 22).

Percebemos aqui que devido a crescente patologização dos sentimentos humanos está ocorrendo o reducionismo da visão psiquiátrica sobre o fator biológico, ou seja, a psiquiatria está tratando a mente como se trata um corpo, ignorando os processos de subjetivação que constituem a vida. Com esse recorte/isolamento dos transtornos feito pela psiquiatria ocorre uma excessiva medicalização da vida. "Enfim, é o próprio molde de tratamento, quer dizer, o recorte, que leva, no final dessa cadeia, à psicopatologização" (BAZAN, 2013, p. 31).

A depressão pode produzir uma alteração nos neurotransmissores, porém não se resume a isso. Vale ressaltar que a depressão possui diversas causas de ordem social como, por exemplo, a desigualdade social e seus diversos efeitos sobre a vida humana, como a violência e o desemprego. Mas o tratamento psiquiátrico se resume ao uso de psicofármacos. Com isso, notamos que ocorre um reducionismo do ser humano à sua doença e os psiquiatras não agem no problema e sim nos sintomas da depressão, o que promove um problema ainda mais grave ao ser humano que é a dependência à medicação.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

APA, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical. **Manual of mental disorders**, 4. ed. Washington, 1994.

ARISTÓTELES, 384-322 a.C. **O homem do gênio e a melancolia**: o problema XXX, I / ARISTÓTELES; tradução do grego, apresentação e notas Jackie Pigeaud; tradução Alexei Bueno – Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

BATISTELA, Carlos. **Saúde, doença e cuidado**: complexidade teórica e necessidade histórica; p. 25 - 50. O território e processo saúde doença, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAZAN, Ariane. **Uma alma não se fatia como se fatia um corpo**. Revista CULT, São Paulo, n184, p. 28-31, outubro 2013.

BERRIOS, German, E. **Melancolia e depressão durante o século XIX**: uma história conceitual. Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v.15, nº3, p. 590-608, setembro de 2012.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **A biomedicina**. Rev. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, p.45-68, 1995.

CAMBAÚVA, Lenita Gama. CARDOSO, Mauricio da Silva Junior. **Depressão e neoliberalismo**: constituição da saúde mental na atualidade. Psicol. cienc. prof. vol.25 no.4 Brasília 2005

DERBLI, Marcio. **Uma breve história das revisões do DSM**. Revista eletrônica de jornalismo científico, março 2011. Disponível em:

[www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=64&id=815](http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=64&id=815)

DUNKER, Christian. **O sequestro da neurose**. Revista CULT, São Paulo, n184, p. 32-37, outubro 2013.

\_\_\_\_\_; NETO, Fuad. **Curar a Homossexualidade? A psicopatologia prática do DSM no Brasil**. Revista Mal-Estar subj. Volume 10 nº02, Fortaleza, Junho 2010.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira. MACHADO, Ana Lúcia. **Depressão, o mal do século**: de que século?. R enferm UERJ, p. 298 - 304, abr/jun 2007.

IANNINI, Gilson; TEIXEIRA, Antonio. **O futuro de uma classificação**. Revista CULT, São Paulo, n184, p. 24-27, outubro 2013.

JARDIM, Silvia. **Depressão e trabalho**: ruptura de laço social. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, Jun 2011, vol.36, no.123, p.84-92. ISSN 0303-7657

LE GOFF, Jacques; TRUONG, Nicolas. **A doença e a medicina**. In: Uma história do corpo na Idade Média. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

LOPES, Juliana de Oliveira. **Riso e melancolia na utopia de Robert Burton**. Campinas: [s.n.], 2011.

MATOS, Evandro Gomes de; MATOS, Thania Mello Gomes de; MATOS, Gustavo Mello Gomes de. **A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica.** Rev. Psiquiatria RS, p. 312-318, 2005.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **Clínica da melancolia.** Editora Escuta/Edufpa, p. 45-85, 2002.

PERES, Urania Tourinho. **Depressão e Melancolia.** - Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

PIGEAUD, Jackie. **O humor nos Antigos.** In: **Metáfora e Melancolia: ensaios médicos-filosóficos.** Seleção de textos, tradução e prefácio Ivan Frias. Rio de Janeiro: Ed. Puc-Rio e Contraponto, 2009. p.53 a 79.

SAFATLE, Vladimir. **O poder da psiquiatria.** Revista CULT, São Paulo, n184, p. 22-23, outubro 2013.

SCLIAR, Moacyr. **O nascimento da melancolia.** Psicanálise e Cultura, São Paulo, 2008, 31(47), 133-138.

SILVA, Paulo José Carvalho da. **Um sonho frio e seco: considerações sobre a melancolia.** Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v.11, nº2, p. 286-297, junho 2008.

TELES, Maria Luiza Silveira. **O que é depressão.** - São Paulo Brasiliense, 1999.