

## O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais

## The Diagnosis Of Depression Along The Five Editions Of DSM: The Hypertrophy Of The Organic Dimension Over The Psychosocial Aspects

**Aluísio Ferreira de Lima\***

Doutor em Psicologia Social/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Professor da Universidade Federal do Ceará

E-mail: [aluisiolima@hotmail.com](mailto:aluisiolima@hotmail.com)

**Camila de Sousa Ricarte\*\***

Graduanda em Psicologia/Universidade Federal do Ceará

E-mail: [camila.ricarte5@gmail.com](mailto:camila.ricarte5@gmail.com)

**Antonio Airton Oliveira Rocha Filho\*\*\***

Graduando em Psicologia/Universidade Federal do Ceará

E-mail: [antonioairtonfilho@gmail.com](mailto:antonioairtonfilho@gmail.com)

**Francisco Diego Rabelo da Ponte\*\*\*\***

Graduando em Psicologia/Universidade Federal do Ceará

E-mail: [diegorabelop@gmail.com](mailto:diegorabelop@gmail.com)

\*Endereço: Aluísio Ferreira de Lima

Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia. Av. Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-181, Fortaleza/CE, Brasil.

\*\*Endereço: Camila de Sousa Ricarte

Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades. Avenida da Universidade, 2683, Benfica, CEP: 60020-181 - Fortaleza, CE – Brasil.

\*\*\*Endereço: Antonio Airton Oliveira Rocha Filho

Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades. Avenida da Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-180 - Fortaleza, CE – Brasil.

\*\*\*\*Endereço: Francisco Diego Rabelo da Ponte

Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades. Avenida da Universidade – 2683, Benfica, CEP: 60020181 - Fortaleza, CE – Brasil.

**Editora-chefe: Dra. Marlene Araújo de Carvalho/Faculdade Santo Agostinho**

**Artigo recebido em 12/11/2014. Última versão recebida em 02/12/2014. Aprovado em 03/12/2014.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).**

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir o desenvolvimento do diagnóstico da Depressão ao longo das 5 edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), evidenciando a hipertrofia da dimensão orgânica em detrimento dos aspectos psicossociais como fator de psicopatologias. A escolha pelo diagnóstico da Depressão ocorreu devido às significativas mudanças sofridas em relação a sua descrição semiológica nos últimos 60 anos, ganhando atenção especial nas publicações mais recentes por adquirir uma variedade de características que abarcam qualquer fase de vida do sujeito. Foram analisados os quadros depressivos apresentados nos manuais, avaliando-os em seus respectivos contextos históricos e relacionando-os com o crescimento paralelo da indústria farmacêutica. Observou-se que a multiplicidade de categorias psicopatológicas contribui para a confusão entre os diagnósticos mentais e os problemas existenciais típicos da vida cotidiana. Características comportamentais compreendidas como passíveis de tratamento psiquiátrico-psicológico em um momento histórico podem ser destituídas desse status em outro momento. Como as alternativas de tratamento predominantemente derivam da natureza do diagnóstico, a intervenção aplicada a esses sujeitos centraliza-se em grande parte na prescrição e administração de psicofármacos, resultando no fenômeno da medicalização do sofrimento. Conclui-se que quanto mais a garantia do diagnóstico se consolida como sinônimo de uma compreensão mais consistente e adequada do sofrimento psíquico, mais se intensifica o estigma da identidade do doente mental, sinalizando a necessidade de fortalecimento de uma perspectiva crítica de saúde mental.

**Palavras-chave:** DSM, Depressão; Saúde Mental; Medicalização; Psicologia Social.

## ABSTRACT

This article aims to discuss how the diagnosis of Depression has been developed along the 5 editions of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), showing the hypertrophy of the organic dimension over the psychosocial aspects as psychopathology factor. The diagnosis of Depression has undergone significant changes regarding its semiologic description in the last 60 years, achieving particular attention in recent publications, for acquire a variety of features covering every phase of the subject's life. The depression concept is evaluated considering the historical contexts and relating them to the parallel growth of the pharmaceutical industry. It was observed that the multiplicity of psychopathological categories contributes to the confusion between mental diagnosis and typical existential problems of everyday life. Behavioral traits understood as amendable to psychiatric and psychological treatment in a historical moment can be deprived of that status at another time. As the alternative treatment mainly comes from the nature of the diagnosis, the intervention applied to these individuals is centered largely on the prescription and administration of psychotropic drugs, resulting in the phenomenon of the medicalization of suffering/ misery. The conclusion drawn is that the more the establishment of diagnosis in itself is used as synonymous of a more consistent and proper understanding of psychological distress, the further is intensified the stigma of mentally ill's identity, which signals the need for strengthening a critical perspective on mental health.

**Keywords:** DSM, Depression; Mental Health; Medicalization; Social Psychology.

## 1 INTRODUÇÃO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA

No campo da Medicina, a Psiquiatria tradicional tem seguido propósitos higienistas e, no intuito de manter a ordem social, tem colaborado de forma direta com a produção de diagnósticos patologizantes, que em geral justificam a exclusão do que se convencionou como anormal (LIMA, 2010; SZASZ, 1994). Alinhado aos diagnósticos, medicalização é um processo que se fortalece de forma progressiva com o aumento do poder da medicina sobre os corpos. A medicalização tem como objetivo controlar os comportamentos dos sujeitos e coaduna com as atuais configurações sociais que exigem aptidão a responder de maneira imediata a todas as demandas, normatizando, assim, as condutas dos que insistem em sair dos padrões que lhe são impostos (LEFÈVRE, 1991; UHR, 2012).

O processo de naturalização do uso de medicamentos como terapêutica predominante teve início em 1951, quando a iproniazida foi usada para tratar pacientes com tuberculose, e observou-se que esses pacientes apresentavam melhora do humor, sendo utilizada posteriormente para tratar quadros depressivos (KLINE, 1958; GILMAN; BRUNTON, 2012). Em 1953, a reserpina foi descrita farmacologicamente e descobriram que era capaz de induzir à Depressão, pois essa droga inibia a concentração neuronal dos neurotransmissores como a serotonina e a norepinefrina, conseqüentemente, foi deduzido que a etiologia do Transtorno Depressivo estava relacionada com a depleção das monoaminas, desenvolvendo assim a teoria monoaminérgica que foi proposta por Schildkraut em 1965 (KATZUNG, 2010; LÓPEZ, 2006; RANG, *et al.*, 2012). Desde então, diversos antidepressivos e modelos animais de depressão foram desenvolvidos segundo essa teoria (KATZUNG, 2010). Atualmente, os antidepressivos se distribuem em três grandes classes: Antidepressivos tricíclicos, Inibidores da monoaminoxidase e Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (GILMAN; BRUNTON, 2012; RANG *et al.*, 2012; GOLAN, 2009).

A produção dos psicofármacos, iniciada na década de cinquenta, conferiu novas configurações para o delineamento das condutas psiquiátricas. Os investimentos da indústria farmacêutica mostravam-se em franca expansão, contribuindo para o crescimento do consumo desses medicamentos nas décadas seguintes (NASCIMENTO, 2003). Esse investimento maciço na produção de novos fármacos é devido à necessidade dessa indústria em renovar seus produtos, pois ela só sobrevive a partir da criatividade e das inovações farmacêuticas (DUPUY; KARSENTY, 1979).

Nas décadas de sessenta e setenta as indústrias produtoras de antidepressivos IMAOs (inibidores da monoaminoxidase) financiaram campanhas publicitárias focadas na tentativa de

convencer os médicos de que tais medicamentos demonstravam-se eficazes no tratamento das “depressões atípicas”. A divulgação dos efeitos dos psicofármacos popularizou a Psiquiatria (BURKLE, 2009). Na década de oitenta, realizava-se nos EUA aproximadamente 10 milhões de prescrições de antidepressivos (SHORTER, 1997). Diante dessa realidade, a linguagem psiquiátrica se difundiu na sociedade amplamente, especialmente após o lançamento do *Prozac*, conhecida como remédio da felicidade, que em 1994 tornou-se a droga mais vendida no mundo (AGUIAR, 2003; SHORTER, 1997). Vale lembrar que o objetivo da publicidade farmacêutica não foi atingir o consumidor final, visto como doente, mas alcançar o médico que iria prescrever o fármaco (DUPUY; KARSENTY, 1979). Desde os anos de 1990 o foco da discussão voltou-se para os diagnósticos e tratamento da Depressão, com a predominância de diagnósticos perpassados pela lógica biomédica em detrimento de considerações que respeitem o contexto em que as psicopatologias surgem.

Ao longo dos cinco DSMs (APA, 1952; 1968; 1980; 2000; 2013) e suas duas revisões (APA, 1989; 2002), a Depressão passou por significativas mudanças em relação a sua descrição semiológica, ganhando atenção especial nas atuais publicações. Outrora esse transtorno era descrito somente em um parágrafo com poucos sintomas. Entretanto, nas últimas publicações do DSM (APA, 1989, 2002), essa entidade nosológica adquiriu uma infinidade de características que abarcam qualquer fase de vida do sujeito. Nas próximas páginas trataremos de apresentar essas mudanças e discutir algumas implicações que a adoção do diagnóstico representa para nossas vidas.

## 2 AS MUDANÇAS DO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NAS CINCO EDIÇÕES DO DSM

Diferente das demais áreas da Medicina que são alicerçadas em evidências orgânicas, sinais funcionais e sintomas físicos, a Psiquiatria apresenta reduzida objetividade e obscura etiologia (PAOLIELLO, 2001). Não por acaso, o diagnóstico da Depressão evoluiu ao longo das cinco edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) evidenciando uma hipertrofia da dimensão orgânica em detrimento dos fatores psicossociais (LEFÈVRE, 1991), decorrente da procura desenfreada por endofenótipos que possam presumir com consistência o prognóstico, a etiologia, o curso e o tratamento para determinada psicopatologia.

Da necessidade de delimitação fidedigna e criteriosa das condições psicopatológicas, emergem os sistemas de classificação de doenças mentais. Tais sistemas classificatórios têm a

função de demarcar a separação entre o louco e o são nomeando a “má conduta” do sujeito com os respectivos sintomas da “doença mental” (ELLIS, 1967; SARBIN, 1967).

Conforme assinalou Szasz (1994), comportamento não convencional tornou-se uma patologia quando a Psiquiatria deixa de interpretar essas condutas em termos religiosos e passa a compreendê-las em termos médicos:

a definição de patologias somáticas prediz o final das antigas “escolas” de medicina e o início da medicina como uma ciência biológica e um sistema de cura baseada no conhecimento em detrimento da crença (SZASZ, 2008, p. 7).

Houve uma mudança histórica na concepção dos maus comportamentos, pois, na Idade Média, eram vistos como uma possessão demoníaca, existindo normas, diagnósticos e tratamentos descritos no *Malleus Mallificarum*. Entretanto, no século XVI, houve uma transformação na causa das condutas desviantes, concebendo-as como algo natural e não de ordem espiritual.

Um grupo de freiras exibiam conduta que mais tarde seria chamada de histeria. Ao declarar essas mulheres como enfermas ou doentes, Teresa [de Ávila] pôde defendê-las da Inquisição. De qualquer jeito, o diagnóstico deveria mudar de bruxaria para o de causas naturais. Entre as causas naturais estavam (a) melancolia (teoria dos humores de Galeno), (b) pensamento fraco e (c) sonolência (SARBIN, 1967, p. 449).

Com tais mudanças, percebe-se que os bons comportamentos permanecem como pertencentes às boas condutas e ao livre-arbítrio, e o que destoa dessa adequação social não é tido como normal, sendo o mau comportamento atribuído a uma causa patológica, enquanto que o bom comportamento nunca é visto como algo doentio (SZASZ, 1994, p. 167). Se retomarmos alguns aspectos delineadores das políticas de higienização, já amplamente difundidas na Europa e também verificadas em grandes cidades como São Paulo nas primeiras décadas do século XX, pode-se observar quanto a relação de poder identificada na prática da eminente medicina social do período repercutiu no cotidiano dos hospitais públicos junto, predominantemente, à população de baixa renda, já excluída política e socialmente da dinâmica da cidade.

Nesse contexto, mensurava-se a sanidade ou instabilidade mental por meio da adequação do comportamento considerado marginal e incômodo. Como agentes do

denominado projeto higienista, os médicos destacavam-se como os profissionais competentes para resolver a distinção entre normal e patológico, determinando quais cidadãos apresentavam-se em condições de permanecer no convívio social, conforme os ideais e as exigências do conhecimento estabelecido como científico (ROMERO, 2002).

A crença na medicina enquanto prática científica contribuiu para a consecução de diversos modos de preconceito, instituindo procedimentos de segregação e legitimando ações invasivas. O reconhecimento da Ciência como precisa e absoluta, não assegura, nem hoje nem nunca, o ser humano como redutível a interpretações validadas universalmente (MARTINS, 2004). Fragilidade, desproporção nas formas, desarmonia dos movimentos e feiura colocavam a aparência como critério científico, definindo, assim, os estigmas degenerativos indicativos de doença mental, identificando os indivíduos permitidos no convívio social. Entretanto, essa ideia coadunou com a necessidade de tornar a Psiquiatria uma ciência médica e fez com que os manuais modernos de Psicopatologia começassem a ser produzidos de acordo com os métodos de pesquisa das Ciências Naturais.

Até a década de 50, o diagnóstico dos transtornos mentais baseava-se na sexta versão produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), pois em edições anteriores classificações nosológicas de psicopatologias não eram contempladas (OMS, 1948). Somada à insatisfação dos psiquiatras, à limitação e à inadequação desse sistema para a prática clínica, a falta de uniformidade das nomenclaturas verificadas, tanto nos centros de estudos psiquiátricos como nas categorizações do Serviço Militar Americano (APA, 1952), influenciou a Associação Médica Psicológica Americana, designada posteriormente de Associação Americana de Psiquiatria – APA, a elaborar uma classificação própria, alternativa à CID-6, o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-I (BURKLE, 2009).

Desde as iniciais tentativas de categorizar esses distúrbios por Hipócrates, Pinel, Esquirol e Kraepelin, alcançando as propostas de sistematização verificadas nos manuais contemporâneos, observa-se a influência do momento histórico na constituição dessas classificações (Burkle, 2009). O conteúdo nelas presente demonstra ainda interferências nas concepções psicopatológicas de seus respectivos tempos, bem como na formação e, conseqüentemente, na conduta dos profissionais atuantes desse campo. O DSM revela uma notória intenção de tornar-se uma nosologia universal das doenças mentais, tanto quanto supõe a existência de síndromes psiquiátricas culturais, justificando seu emprego transculturalmente, desconsiderando aspectos idiossincráticos e socioculturais (URIBE, 2000).

Lançado em 1952 e aplicado durante dezesseis anos, o DSM-I consistiu na descrição de 106 categorias de transtornos mentais, expostos ao longo de 132 páginas (APA, 1952). Produzido no período do pós-guerra, o DSM-I pertenceu a um contexto caracterizado por significativas mudanças referentes às configurações sociais. A considerável quantidade de registros de traumatismos psicológicos em soldados envolvidos na guerra impulsionou a Psiquiatria a deslocar-se para fora dos hospitais, aproximando-se de serviços comunitários. Sobretudo após as pressões desenvolvidas pela Psiquiatria Comunitária Americana (REINALDO, 2008), a Psiquiatria Institucional, na França, e a Antipsiquiatria, na Inglaterra (SERPA, 1998) e a Psiquiatria de Setor francesa e as Comunidades Terapêuticas inglesas (AMARANTE, 1995).

Devido aos danos causados pelo curto intervalo que separou as duas Grandes Guerras Mundiais, não havia possibilidade de manter a mesma configuração social que outrora vigorava, pois “o mundo, ou seus aspectos relevantes, tornou-se pós-industrial, pós-imperial, pós-moderno, pós-estruturalista, pós-marxista, pós-Gutenberg, qualquer coisa” (HOBSBAWM, 1995, p. 282-283), necessitando de novas interpretações, novos nomes para a compreensão do sofrimento. Nesse contexto, o DSM-I surge para nomear o sofrimento, tendo como base outro grande movimento da época: a Psicanálise (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

No DSM-I (APA, 1952), havia somente um transtorno que se assemelhava ao que chamamos hoje de Depressão. Esse, por sua vez, era um tipo de Distúrbio Psiconeurótico intitulado de *Reação Depressiva*, caracterizado por sentimentos de culpa, por falhas ou ações passadas. Para tal transtorno, bastante comum em pessoas que passaram por recentes perdas de um amor ou de uma posse, fazia-se necessário realizar um diagnóstico diferencial entre *Reação Depressiva* e *Reação Psicótica*. O termo *reação*, bastante comum no DSM-I, é devido à influência do psicobiologista suíço Adolf Meyer que considerava os distúrbios mentais como reações da personalidade diante dos fatores biológicos, psicológicos e sociais desencadeadores de tais quadros clínicos (APA, 1989; LAMB, 2012; MEYER, 1908) e esse termo caiu praticamente em desuso na publicação posterior.

Lançado em 1968 e utilizado durante doze anos, o DSM-II contabilizou 182 categorias de transtornos mentais, listados ao longo de 134 páginas. Destaca-se o aumento de 70% na quantidade de categorias diagnósticas. A Associação Americana de Psiquiatria propôs que a nomenclatura expressa no manual fosse usada em hospitais, clínicas psiquiátricas e no consultório particular, com o intuito de facilitar a comunicação entre os profissionais e evitar a ambiguidade do diagnóstico (APA, 1968).

Nessa segunda edição, observa-se o abandono de termos referentes às causas das doenças, contribuindo para o enfraquecimento de discussões contraproducentes quanto a sua natureza ou etiologia (BURKLE, 2009). Outra noção evitada no DSM-II foi o termo *reação*, demonstrando o desgaste da compreensão da doença enquanto função de uma situação transitória de vida. O contexto histórico desse período foi demarcado pelo aumento do contingente de estudantes nas universidades, contribuindo tanto para um posicionamento crítico no caso das Ciências Humanas e Sociais, quanto para um posicionamento ideologicamente neutro nas Ciências Naturais (HOBSBAWM, 1995).

A segunda edição caracteriza-se ainda pelo uso da linguagem psicanalítica e inserção das Ciências Naturais, sinalizando uma adesão da APA à tentativa de uma categorização mais rigorosa baseada em pressupostos cientificistas devido à expansão de áreas das ciências, tais como a Biologia Molecular, Bioquímica e Física (BURKLE, 2009).

O DSM-II propõe a aplicação do diagnóstico dimensional (YOUNG, 1995), cuja classificação não delinea fronteiras explícitas entre as doenças mentais. Ainda quanto ao diagnóstico, distinguiu dois níveis de prioridade na definição das categorias: a preferência deveria ser atribuída ao transtorno cujo tratamento se revelasse mais urgente e, não existindo tal condição, destinava-se ao outro quadro a vantagem na classificação. Essa segunda edição do manual, portanto, possibilitava a determinação de múltiplos diagnósticos. O DSM-II correspondia a uma “coleção de sistemas classificatórios diferentes” (GAINES, 1992, p. 3), apresentando desde reações a toxinas e síndromes cerebrais, até termos psicanalíticos como Neurose Histórica, Neurose Fóbica, Neurose de Ansiedade, preservados em todo o texto do manual. Apesar da permanência de alguns desses termos, identifica-se um crescimento no número de categorias diagnósticas substitutivas às categorias de neurose.

No DSM-II (APA, 1968), houve uma separação em duas categorias para uma sintomatologia bastante semelhante referente ao que conhecemos hoje como Depressão: Neurose Depressiva (Seção Neuroses) e Melancolia involutiva / *Involitional melancholia* (Seção Distúrbios Afetivos Maiores). A primeira surgia em decorrência de um conflito interno relacionado à perda de um objeto de amor, já a segunda era caracterizada por sentimentos de culpa e preocupações somáticas frequentes, alcançando proporções exageradas além dos sintomas de preocupação, ansiedade e insônia excessivas e agitação. Nessas duas edições, as nosografias são bastante pobres e vagas, por não indicar as peculiaridades de cada transtorno. Percebe-se que a produção da primeira e da segunda versão demonstram a inclinação da maioria dos profissionais da psiquiatria americana a uma abordagem psicodinâmica da doença mental (BURKLE, 2009).

No início dos anos de 1970, intensificou-se o individualismo em prevalência ao coletivismo, “a prosperidade e a privatização destruíram o que a pobreza e a coletividade na vida pública haviam construído” (HOBBSAWM, 1995, p. 301). A fluidez do sistema econômico, decorrente da sobreposição do capital financeiro em relação ao produtivo, reflete na generalizada abstração e virtualização de valores derivada (SIBILIA, 2002).

É importante destacar que o período que antecede o lançamento do DSM-III é também o período que precede crises econômicas instauradas no início da década de 1970, crises que mais uma vez reestruturariam o modo de produção vigente.

A partir da crise de 1973, quando o dólar dos Estados Unidos [...] perdeu o respaldo da conversibilidade em ouro que lhe outorgavam as reservas do Banco Central daquele país [...]. Assim começou a passagem para um sistema global de taxas de câmbio flutuantes. A propensão acentuou-se nos anos seguintes, com a introdução de diversas tecnologias digitais como cartões de crédito e débito [...] e a informatização geral do sistema financeiro (SIBILIA, 2002, p. 25-26).

Lançado em 1980, durante essa severa crise econômica e aplicado durante quatorze anos, o DSM-III descreveu 265 categorias diagnósticas, exibidas ao longo de 494 páginas. Após nove anos, publicou-se sua revisão, DSM-III-R, apresentando 292 categorias diagnósticas em suas 597 páginas (APA, 1980). Verificou-se um aumento de aproximadamente 30% no número de categorias diagnósticas.

O DSM-III surgiu em decorrência da gradativa consolidação de um viés mais biológico no exercício da Psiquiatria. Pode-se atribuir ao ascendente envolvimento de grandes corporações privadas, como as indústrias farmacêuticas e as seguradoras de saúde no financiamento das pesquisas na área, visando o crescimento da produção de medicamentos para consumo, a influência desencadeadora das transformações da nomenclatura observadas nessa versão. O excesso de pessoas diagnosticadas e a ambiguidade do diagnóstico de um mesmo paciente, ocasionada pelas distintas interpretações realizadas por diferentes profissionais, colocou o manual em descrédito perante a comunidade médica. A pouca confiabilidade proporcionada pelas duas primeiras edições funcionou como outro importante argumento para o investimento na produção do novo DSM (BURKLE, 2009).

A mudança de paradigma promovida pelo DSM-III implicou três níveis de ruptura: na estrutura conceitual, na hegemonia de saberes, e na representação social (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). O primeiro aspecto refere-se à inauguração de uma lógica classificatória única, o segundo relaciona-se à supremacia da ênfase organicista sobre a psicanalítica,

enquanto o terceiro enfoca os indivíduos pelo prisma de uma nova visão de normal e de patológico.

O DSM-III correspondeu à primeira classificação baseada em critérios diagnósticos não teóricos considerados explícitos, concorrendo para a equivalência de uma enorme variedade de comportamentos humanos às categorias descritas (BURKLE, 2009). Essas características contribuíram para o aumento tanto do número de novas categorias quanto de ramificações existentes. Do mesmo modo que a segunda edição do manual, a terceira esquivou-se da busca pela etiologia dos transtornos, restringindo-se aos sinais e sintomas empiricamente identificados.

Outra significativa mudança promovida pelo DSM-III consistiu na instalação da abordagem multiaxial do diagnóstico, segundo a qual se deveria realizar a descrição da patologia considerando cinco eixos: eixo 1) Síndromes clínicas; eixo 2) Transtornos da personalidade e do desenvolvimento; eixo 3) Condições e transtornos físicos; eixo 4) Gravidade dos estressores psicossociais; e eixo 5) Avaliação global do desenvolvimento (APA, 1980). Esse padrão persistiu até o DSM-IV (APA, 2002). Tal sistema propõe que haja uma avaliação diagnóstica bem abrangente, englobando desde condições médicas gerais às questões psicossociais que possam ser relacionadas a determinada “doença mental”.

A terceira edição revisada do manual (APA, 1989) incluiu a categoria *Distúrbios do Humor* que incluía o Episódio Depressivo Maior e os Distúrbios Depressivos (Depressão Maior, Distímia e Distúrbio Depressivo Sem Outra Especificação), Distúrbios Bipolares e os Episódios Maníacos e Hipomaníacos. Vale ressaltar que o DSM-III-R marca uma significativa diferença em relação ao DSM-I e II, uma vez que possui maiores detalhes nas descrições dos sintomas, há um maior número de transtornos em relação às versões anteriores com suas respectivas subdivisões, e já possui alguns dados biológicos de uma suposta etiologia dos distúrbios mentais.

Deste modo, o DSM-III-R assemelha-se, consideravelmente, com o DSM-IV-TR, pois até as caracterizações são similares; mudam somente algumas nomenclaturas, por exemplo, a substituição do termo *Distúrbio* para *Transtorno* no DSM-IV-TR (APA, 2002). Em ambas as edições, os Episódios Depressivos Maiores adquiriram nove especificadores, variando em relação à intensidade, à remissão e à presença ou não de sintomas psicóticos, incluindo, nos critérios diagnósticos, a ideação suicida que não estava presente nos dois primeiros DSMs.

Importante notar que, nos DSM-III-R e DSM-IV-TR (APA, 1989; APA, 2002), diferente das versões anteriores, os diagnósticos são dados a partir do número de semanas que o sujeito apresenta aquele quadro clínico que, no caso da Depressão, é no período mínimo de

duas semanas. Assim, o uso desse critério cronológico é arbitrário, inexistindo qualquer evidência empírica sobre isso.

Lançado em 1994, o DSM-IV contou com 374 categorias diagnósticas, descritas em 886 páginas. Surgiram então 82 novas categorias de desordens mentais. Posteriormente, em 2000 publicou-se a revisão da quarta edição o DSM-IV-TR. O DSM-IV e o DSM-IV-TR mantiveram a mesma perspectiva iniciada pelo DSM-III e continuada no DSM-III-R (HENNING, 1998). Essa nova edição manteve o distanciamento das discussões relativas à causalidade dos transtornos mentais, assim como conserva o foco na orientação descritiva evidenciada nas últimas versões, apresentando pequenas alterações em relação ao que já fora publicado no DSM-III-R. A partir da leitura textos dos manuais na íntegra, percebe-se que a objetividade varia em função de cada edição. Houve uma transformação tal que descrições presentes nas duas primeiras edições não mais se verificavam na terceira.

Comparado com sua versão anterior, o DSM-IV, publicado em 1994, pouco apresentou mudanças e não foram feitas grandes alterações nos conjuntos dos critérios, da mesma forma que não foram contempladas propostas de novos transtornos, novos subtipos ou mesmo mudanças de condição das categorias presentes no DSM-IV (APA, 2000). Podemos dizer que basicamente se realizou a revisão para minimizar o intervalo de tempo entre o DSM-IV e o DSM-V.

Todavia, no intervalo de publicação entre a quarta e quinta edição ainda foi publicado o DSM-IV-TR (APA, 2002), onde os achados laboratoriais são descritos por diversas vezes; tais como as alterações no eletroencefalograma (EEG), análises neuroquímicas que tentam confirmar a teoria de depleção das monoaminas, alterações de fluxo sanguíneo para determinada região cerebral por meio de exames de neuroimagem. Esses dados não apareceram como grande novidade, uma vez que em todas as suas publicações, sempre houve uma ênfase por esses dados fisiopatológicos, embora muito inconsistentes, baseando-se também em análises nomotéticas, desconsiderando aspectos idiossincráticos, já que utilizam de técnicas estatísticas que buscam aspectos semelhantes em todos os indivíduos de uma dada população.

O que podemos observar aqui é que o planejamento para a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2013) começou há aproximadamente 10 anos. Nesse intervalo os pesquisadores envolvidos agruparam-se tematicamente para oferecer recomendações nas seguintes áreas: nomenclatura, neurociência, desenvolvimento, prejuízo e incapacitação, problemas transculturais e lacunas no sistema anterior de diagnóstico. O rápido avanço do conhecimento científico, os achados genéticos

que revelaram similaridades entre transtorno bipolar e esquizofrenia e os estudos de imagem cerebral, como diferenciações nos circuitos neurais das compulsões e nas diversas formas de adicção, constituem alguns dos principais fatores motivadores da revisão do DSM-IV (APA, 2013).

Em linhas gerais, o novo sistema de diagnóstico buscou satisfazer a expectativa de ter sua validade reforçada por indicadores como a significância prognóstica, a disfunção psicobiológica e a resposta ao tratamento. De acordo como Nemeroff *et al.* (2013) esse tipo de classificação considera a intensidade e gravidade dos sintomas, com indicadores de sofrimento subjetivos e o grau de prejuízo associado, a exemplo do risco de suicídio.

O investimento para rever o diagnóstico ao longo das linhas biológicas, ao invés da fenomenologia clínica, é preocupante na medida em que lembra o propósito por trás da mudança histórica no diagnóstico psiquiátrico representado no DSM-III. Antes disso, o diagnóstico clínico baseava-se em suposições, em grande parte implícitas e vagas, sobre estilos de personalidade e conceitos psicológicos, tais como mecanismos de defesa. Os médicos em programas de orientação psicanalítica interpretavam sintomas como indicativos de mecanismos psicológicos específicos, em contraste com os formados por um programa mais biologicamente orientado, e os diagnósticos resultantes divergiam, muitas vezes, de forma significativa (NEMEROFF, *et al.*, 2013).

Não por acaso, as novas propostas diagnósticas do DSM-V causaram polêmicas discussões na comunidade acadêmica, como é o caso do diagnóstico de “síndrome de risco pré-psicótico”, aplicável aos jovens ainda sem sintomas típicos de psicose, e o da redefinição dos transtornos do espectro autista, eliminando a síndrome de Asperger, considerada por muitos como uma forma leve de autismo.

As alterações propostas para a DSM-V incluíram a criação de várias novas categorias de transtorno depressivo. Da quarta para a quinta edição, as mudanças nos critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior (TDM) podem parecer pequenas, mas têm consequências importantes para a prática clínica. No DSM-V, o TDM integra a seção “Transtornos depressivos”, que se apresenta separado dos “Transtornos Bipolares”, marcando uma divisão no que era conhecido como “transtornos de humor” (NEMEROFF, *et al.*, 2013).

Uma pequena mudança na redação ampliou o critério de humor para incluir desesperança, ampliando potencialmente o diagnóstico. O critério diagnóstico denominado “exclusão luto”, envolvido na distinção entre transtorno depressivo e reações normais a perdas significativas que requerem alguma atenção especializada, passa a ser substituído pelo

juízo clínico do profissional, fazendo o diagnóstico ficar menos objetivo e complicando mais as investigações da relação entre adversidade e depressão (UHER, *et al.*, 2013).

Alguns nosologistas expressaram preocupação de que as alterações propostas poderiam render muitos diagnósticos falso-positivos, em que angústia normal seria rotulada de forma errada como um transtorno mental. Tal confusão entre uma aflição considerada normal e um transtorno mental enfraquece a facilidade de interpretação dos ensaios clínicos e investigações etiológicas, provocando a alocação ineficiente de recursos e incorrendo em riscos de tratamentos desnecessários (UHER, *et al.*, 2013).

Como é possível observar ao longo da produção dos manuais de classificação, a multiplicidade de categorias psicopatológicas elencadas contribuiu sucessivamente para a confusão entre os diagnósticos mentais e os problemas existenciais típicos da vida cotidiana. A análise quanto aos obstáculos encontrados pelos elaboradores do DSM-V indica essa ambígua tendência, sugerindo a pungente necessidade de reavaliar as fronteiras entre normal e patológico (BURKLE, 2009). As recorrentes alterações observadas nas categorias diagnósticas dos manuais, portanto, evidenciam a influência das especificidades de uma época e de uma cultura na concepção de doença de uma população. Características comportamentais compreendidas como passíveis de tratamento psiquiátrico-psicológico em um momento histórico podem ser destituídas desse status em outro momento.

A ausência de agentes etiológicos de natureza orgânica que objetivamente justifiquem o diagnóstico psiquiátrico das diversas doenças mentais corrobora a perspectiva de que tais transtornos extrapolam sinais e sintomas por meio dos quais se descrevem seus quadros, na medida em que representam um significado particularmente simbolizado apenas ao considerar-se a experiência vivenciada por cada sujeito.

Pesquisadores envolvidos no desenvolvimento do DSM-V mesmo concentrados na busca dos marcadores biológicos de alguns transtornos mentais não alcançaram ainda em seus trabalhos resultados suficientemente consistentes (BURKLE, 2009), fato responsável por sustentar o enfoque da loucura como doença mental mais próximo da noção de algo construído segundo determinado período histórico. Além disso, não podemos esquecer que a saúde tornou-se uma mercadoria como outra qualquer (MARTINS, 2004). Pesquisas financiadas por indústrias farmacêuticas evidenciam supostos benefícios de suas drogas sem preocupar-se em contextualizar tanto os conflitos de interesse implicados na questão quanto às considerações acerca do caráter científico do uso. O simples fato de tal pesquisa seguir critérios formais e rigorosos assegura seu status científico, não garante com isso, entretanto, que o resultado encontrado corresponda à realidade. Como consequência, a medicalização

“difunde-se pela mídia e se vale da pretensa cientificidade para persuadir o público consumidor” (MARTINS, 2004, p. 26).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE OS DESAFIOS FRENTE AOS DIAGNÓSTICOS

Analisar as transformações do diagnóstico da Depressão nas edições do DSM nos pareceu um importante exercício para a compreensão do modo como a cultura contemporânea vem alterando o modo de vivenciar e significar o sofrimento. O advento e popularização dos psicofármacos aliado à restrição das dimensões do sofrimento que deve ser tolerado e à suposta promessa de rápidos e eficazes mecanismos supressores dos entraves emocionais parece estar alinhado diretamente com aquilo que tem produzido o fenômeno denominado de medicalização da sociedade. A questão do quanto devemos sofrer para sermos incluídos em alguma dessas mil categorias, alerta para a necessidade de refletirmos quanto à mudança cultural frente ao sofrimento humano.

Considerando o discurso psiquiátrico em discussão como instrumento de alcance de interesses específicos de nossa sociedade, indissociáveis dos respectivos momentos históricos, percebe-se o quanto essa concepção contribui para a consolidação no imaginário coletivo de uma identidade pressuposta do doente mental, personagem que, mesmo revelando transformações conceituais ao longo do tempo, há muito corresponde àquela personalidade que sustenta condutas indesejadas e não convencionais (LIMA, 2010).

Avolia, anedonia, desesperança, alterações no sono e no apetite destacam-se como sinais nosológicos constituintes do imaginário do que se compreende como Depressão. O reconhecimento de tais sintomas como determinantes do perfil psicopatológico desse transtorno confunde-se com a identidade pressuposta do *sujeito depressivo*. A popularização dessa identidade pressuposta, muito associada às informações veiculadas na mídia, além de evidenciar a estabelecida ideologia da saúde perfeita (SFEZ, 1996) e do indivíduo ideal, alerta para a necessidade de desconstruir os discursos dominantes da doença mental, desmistificando as representações atuais do imaginário coletivo, fundamental para extinguir a noção de doença mental como modelo de construção para as identidades desses sujeitos em condição de sofrimento psíquico (LIMA, 2010).

A ampliação das categorias não apresentou nenhuma mudança de paradigmas, portanto, nem diminuiu o estigma ou a medicalização desses sujeitos, refletindo no fenômeno de adesão às práticas psicofarmacológicas e no reconhecimento do doente mental apenas

como consumidor de produtos e serviços. Nesse sentido, percebe-se que as não raras e exaustivas descrições de sintomas praticadas pelos usuários de serviços de saúde mental visam ora garantir consultas com especialistas ora receber atestados para a obtenção de seguros de saúde.

Nessa discussão, alerta-se para os perigos da consolidação de uma perspectiva de saúde mental em que cada vez mais a garantia do diagnóstico é aceita como sinônimo de uma compreensão mais consistente e adequada do sofrimento psíquico, tendência essa que repercute diretamente na exclusão do sujeito do estado culturalmente estabelecido de normalidade, assim como termina por medicar esse sujeito na intenção de assegurar sua inclusão no convívio social.

Afinal, como as alternativas de tratamento psiquiátrico na contemporaneidade predominantemente derivam da natureza do diagnóstico orientado pelo DSM, a intervenção aplicada a esses sujeitos centraliza-se em grande parte na prescrição e administração de psicofármacos, retroalimentando uma demanda que já espera pela medicalização da vida, uma vez que “muitos são os sujeitos que preferem entregar-se voluntariamente a substâncias químicas a falar de seus sofrimentos psíquicos” (ROUDINESCO, 2000, p. 30).

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. **Entre as ciências da vida e a medicalização da existência**: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. Estados Gerais de Psicanálise: Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003.

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, PANORAMA/ENSP, 1995.

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

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders: DSM-II**. 2. ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1968.

\_\_\_\_\_. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III**. 3. ed. rev. São Paulo: Manole, 1980.

\_\_\_\_\_. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III-R**. 3. ed. rev. São Paulo: Manole, 1989.

\_\_\_\_\_. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-IV**. 4. ed. rev. São Paulo: Manole, 2000.

\_\_\_\_\_. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR:** texto revisado. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V.** 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

BURKLE, T. S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico de Estatística das Perturbações Mentais – DSM.** Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva desenvolvida no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, área de concentração Ciências Humanas e Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

DUPUY, J. P.; KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ELLIS, A. Should some people be labeled mentally ill? **Journal Consulting Psychology**, 31, p. 435-446, 1967.

GAINES, A. From DSM-III to DSM III-R; Voices of self, mastery and the other: A cultural constructivist reading of U.S. psychiatric classification. **Social Science & Medicine**, v. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.

GILMAN, A. G.; BRUNTON, L. L. **As bases farmacológicas da terapêutica.** 12. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

GOLAN, D. E. **Princípios de farmacologia:** a base fisiopatológica da farmacoterapia. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2009.

HENNING, M. **A expansão do organismo na psiquiatria e sua difusão no campo social: uma análise de suas relações com a concepção moderna de pessoa.** Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da UERJ, Rio de Janeiro, 1998.

HOBBSAWM, E. J. **Era dos extremos:** o breve século XX: 1914-1991. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia:** Básica & Clínica. 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

KLINE, N. S. Clinical experience with iproniazid (marsilid). **Journal of Clinical Experimental Psychopathology**, v. 19, 1958.

LAMB, S. “The most importante professorship in the english-speaking domain” Adolf Meyer and the beginnings of clinical Psychiatry in the United States. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 200, n. 12, 2012.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso:** a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAESP, EDUC, 2010.

\_\_\_\_\_. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da Psicologia Social Crítica. **Salud & Sociedad**, Chile, v. 1, n. 3, 2010.

LÓPEZ, F. *et al.* **Historia de la psicofarmacología**. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana, 2006.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 21-32, set./fev. 2003/2004.

MEYER, A. The problems of mental reaction-type, mental causes and diseases. **Psychological Bulletin**, v. 5, n. 8, Ago. 1908.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos: Ameaça ou apoio à saúde?** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

NEMEROFF, C. B. *et al.* **DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions**. *BMC Med.* 2013; 11: 202. Published online 2013 September 12. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/202>

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de doenças**. 6ª Revisão. São Paulo: CBCD, 1948.

PAOLIELLO, G. O problema do diagnóstico em psicopatologia. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VI, n.1, 2001. p. 86-93.

RANG, H. P. *et al.* **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2012.

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Revista de enfermagem Esc. Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 173-178, 2008.

ROMERO, M. **Medicalização da saúde e exclusão social: São Paulo, 1889-1930**. Bauru: EDUSC, 2002.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

RUSSO, J.; VENANCIO, A.T.A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. IX, n. 3, p. 460-483, Sep. 2006.

SARBIN, T. R. On the futility of the proposition that some people be labeled "mentally ill". **Journal of Consulting Psychology**, v. 31, n. 5, p. 447-458.

SERPA, J. R. O. **Mal-estar na Natureza**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

SFEZ, L. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Unimarco/Loyola, 1996.

SHORTER, E. **A history of psychiatry**: from the era of the asylum to the age of Prozac. New York: John Wiley and Sons, 1997.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SZASZ, T. **Cruel Compaixão**. Campinas: Papirus, 1994.

\_\_\_\_\_. **Psychiatry**: the science of lies. Syracuse University Press, 2008.

YOUNG, A. **The Harmony of Illusions**: Inventing Post-traumatic Stress Disorder. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

UHER R. *et al.* **Major depressive disorder in DSM-5**: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*. 2013. Nov 22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24272961>

UHR, D. A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2012.

URIBE, C. A. La controversia por la cultura en el DSM-IV. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 29, n. 4, p. 345-366, 2000.