

DA MELANCOLIA AO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: A EXPANSÃO DIAGNÓSTICA DA DEPRESSÃO NOS DSM E A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

FROM MELANCHOLIA TO MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: THE DIAGNOSTIC
EXPANSION OF DEPRESSION IN THE DSMs AND THE MEDICALIZATION OF
SUFFERING

DE LA MELANCOLÍA AL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: LA EXPANSIÓN
DIAGNÓSTICA DE LA DEPRESIÓN EN LOS DSM Y LA MEDICALIZACIÓN DEL
SUFRIMIENTO

Renan Costa Valle Scarano¹

RESUMO: O objetivo do texto é analisar de forma crítica o processo de constituição da depressão como categoria diagnóstica nos manuais psiquiátricos. Busca-se discutir como essa transformação se relaciona à expansão diagnóstica e à medicalização do sofrimento, considerando também suas implicações sociais e econômicas no diagnóstico e no tratamento da depressão. A metodologia utilizada para o texto é uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter histórico-crítico, desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e análise documental. O estudo realiza uma análise comparativa das diferentes formas de classificação da depressão, com ênfase nas transformações observadas nos manuais DSM. Como resultado das discussões percebe-se que o diagnóstico da depressão não se constitui como categoria diagnóstica estável. Nota-se que se trata de uma categoria de diagnóstico em disputa. Percebe-se que ainda é necessário ainda aprofundar a pesquisa sobre análises de dados sobre aumento da depressão considerando a relação entre aumento da capacidade diagnóstica e aumento do sofrimento psíquico. Além de relacionar os efeitos sociais, políticos e econômicos decorrentes da consolidação da depressão como uma das principais categorias diagnósticas da psiquiatria contemporânea.

Palavras-chave: Depressão. DSM. Medicalização.

ABSTRACT: The aim of this text is to critically analyze the process by which depression was established as a diagnostic category in psychiatric manuals. It seeks to discuss how this transformation relates to diagnostic expansion and the medicalization of suffering, while also considering the social and economic implications for the diagnosis and treatment of depression. The methodology employed in this text is a qualitative study with a historical-critical approach, conducted through bibliographic research and document analysis. The study presents a comparative analysis of different classification systems for depression, emphasizing the transformations observed in the DSM manuals. The discussions reveal that the diagnosis of depression does not constitute a stable diagnostic category; rather, it is a contested diagnostic category. It is evident that further research is needed to analyze data on the rise of depression, specifically considering the relationship between increased diagnostic capacity and the increase in psychological distress. Furthermore, it is necessary to examine the social, political, and economic effects resulting from the consolidation of depression as one of the primary diagnostic categories in contemporary psychiatry.

Keywords: Depression. DSM. Medicalization.

¹Doutor em Política Social e Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pelotas (2023); Graduado em Psicologia pela Faculdade Anhanguera (2023). psicólogo voluntário na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

RESUMEN: El objetivo del texto es analizar de forma crítica el proceso de constitución de la depresión como categoría diagnóstica en los manuales psiquiátricos. Se busca discutir cómo esta transformación se relaciona con la expansión diagnóstica y la medicalización del sufrimiento, considerando también sus implicaciones sociales y económicas en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión. La metodología utilizada para el texto es una investigación de enfoque cualitativo, de carácter histórico-crítico, desarrollada mediante investigación bibliográfica y análisis documental. El estudio realiza un análisis comparativo de las diferentes formas de clasificación de la depresión, con énfasis en las transformaciones observadas en los manuales DSM. Como resultado de las discusiones, se percibe que el diagnóstico de la depresión no se constituye como una categoría diagnóstica estable. Se nota que se trata de una categoría de diagnóstico en disputa. Se percibe que todavía es necesario profundizar la investigación sobre análisis de datos sobre el aumento de la depresión, considerando la relación entre el aumento de la capacidad diagnóstica y el aumento del sufrimiento psíquico. Además de relacionar los efectos sociales, políticos y económicos derivados de la consolidación de la depresión como una de las

Palabras clave: Depresión. DSM. Medicalización.

INTRODUÇÃO

Partindo da hipótese de que a consolidação de critérios diagnósticos operacionais, descritivos e sintomáticos modificou a compreensão e a classificação da depressão, especialmente a partir do DSM-III, o presente texto analisa criticamente o processo de constituição da depressão como categoria diagnóstica nos manuais psiquiátricos. Busca-se discutir como essa transformação se relaciona à expansão diagnóstica e à medicalização do sofrimento, considerando também suas implicações sociais e econômicas no diagnóstico e no tratamento da depressão.

A metodologia utilizada para o texto é uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter histórico-crítico, desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e análise documental. Na pesquisa bibliográfica aborda-se a história da psiquiatria e a história da depressão, bem como as análises sobre o desenvolvimento da classificação e nosologia psiquiátrica. Ainda em relação a pesquisa bibliográfica, abordo a discussão crítica sobre a relação entre a constituição dos DSM e o processo de medicalização, da indústria farmacêutica e da economia dos transtornos mentais. O estudo realiza uma análise comparativa das diferentes formas de classificação da depressão, com ênfase nas transformações observadas nos manuais DSM, principalmente: DSM-III; DSM-IV; DSM-5. Complementarmente, são analisados dados secundários provenientes de organismos nacionais e internacionais e de estudos epidemiológicos e econômicos, a fim de discutir as relações entre expansão diagnóstica, medicalização e dimensões sociais e econômicas da depressão.

DA MELANCOLIA À DEPRESSÃO: TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS E CLASSIFICATÓRIAS

Vale dizer que as noções correntes de depressão e mania resultam da segunda metade do século XIX e emergiram da transformação das antigas noções de melancolia e mania (BERRIOS GE, 2012). De acordo com o mesmo autor, a melancolia, nesse contexto, não era mais vista como um subtipo da mania, tampouco era vista como uma percepção primária do intelecto, além de não ser uma doença irreversível. A melancolia passou a ser restituída das seguintes características: uma forma de insanidade parcial, definida como um transtorno primário das emoções cujas características refletiam perda, inibição, redução e declínio. Somente no final do século XIX é que a melancolia passa a ser renomeada como depressão, termo que foi utilizado na medicina cardiovascular para referir-se a uma redução na função (BERRIOS GE, 2012).

Assim, a palavra depressão “foi primeiramente empregada analogicamente como ‘depressão mental’; logo depois o adjetivo ‘mental’ caiu” (BERRIOS GE, 2012, p.602). E, no final do século XIX, a depressão passou a ser definida como

Uma condição caracterizada por um afundamento do espírito, falta de coragem ou iniciativa, e uma tendência a pensamentos sombrios. O sintoma ocorre em condições enfraquecidas do sistema nervoso, como a neurastenia e é especialmente característico da melancolia (JASTROW *Apud* BERRIOS GE, 2012, p.603).

3

O psiquiatra alemão Emil Kraepelin, ainda no século XIX, utilizou a expressão estados de depressão, para referir-se aos sintomas da melancolia. Criou também o conceito de melancolia involutiva, concebida como um quadro psicótico. O mesmo psiquiatra dividiu os transtornos psicóticos em duas categorias, a demência precoce e a psicose maníaco-depressiva, subdividiu esta última em três subtipos: apenas episódios depressivos, apenas episódios maníacos e episódios dos dois tipos (WHITAKER R, 2017).

Portanto, a depressão não tinha ainda o *status* autônomo de doença, tratava-se de um sintoma entre outros que podiam aparecer na melancolia (BERRIOS GE, 2012). No século XX, o *status* da depressão muda para uma posição mais visada, adquire um status de doença autônoma. Nessa perspectiva, muitas abordagens são realizadas sobre o transtorno.

A depressão não é uma categoria diagnóstica estável e atemporal, sua classificação é modificada e disputada historicamente. No século XX existem diferentes modelos de classificação da depressão seja categoriais, ordenados e dimensionais. Em sua obra intitulada Depressão: clínica, crítica e ética, Coser O (2003); menciona 3 grupos de classificação da

depressão: classificação de tipologias simples, classificação de tipologias ordenadas e classificação de tipologias dimensionais.

No século XX, a depressão, de tipologia simples, foi classificada em uma ou mais categorias. Como exemplo da classificação da depressão como uma o autor cita o psiquiatra Aubrey Lewis. Em 1938, no artigo denominado de *States of Depression: Their Clinical and Etiological Differentiation*, o autor discute diretamente o problema da classificação dos estados depressivos e concebe a depressão como uma forma unitária de doença. Já a depressão classificada em duas categorias é realizada pelo psiquiatra britânico Martin Roth. Entre os anos 1950 e 1960, o autor classificou a depressão de dois tipos: Depressão endógena e Depressão neurótica. Nessa perspectiva, pode-se mencionar Herman van Praag, que também classificou a depressão em duas categorias: Depressão vital e Depressão pessoal e John Pollitt, que classificou a depressão como Depressão fisiológica tipo S (somática/fisiológica) e Depressão Psicológica tipo J (justificada/psicológica).

Ainda no século XX tem-se nova classificação da depressão, desta vez adotada pela CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), em inglês ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) (CÔRTES MSM; FRANÇA SILVA CC, 2024). Em 1948, a CID 6, apresentou a classificação nosológica das doenças mentais, incorporando um capítulo à parte para tratar da questão. O capítulo V, intitulado de Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade (CÔRTES MSM; FRANÇA SILVA CC, 2024). Nela, a depressão é classificada em três categorias: Reação maníaco-depressiva; Melancolia involutiva e Reação neurótica depressiva. Já a SID-8, publicada em 1965, deu um novo título ao capítulo V: Transtornos Mentais. Nesse capítulo, a depressão aparece em quatro categorias: Psicose maníaco-depressiva; Melancolia involutiva; Psicose reativa depressiva e Neurose depressiva.

Nessa perspectiva, o psiquiatra Eugene S. Paykel, produziu quatro categorias de classificação da depressão: Depressão psicótica, Depressão ansiosa, Depressão hostil e Jovens depressivos com distúrbio de personalidade. Em meados do século XX, Martin G. Blinder publicou um artigo em 1966, intitulado *The Pragmatic Classification of Depression*, onde classifica a depressão em cinco categorias: Depressão fisiológica com retardo; Depressão de tensão; Depressão esquizo-afetiva; Depressão secundária a problemas na vida e Depressão como um pródromo de doença orgânica. Enquanto a tradição associada a Martin Roth classificava a

depressão de forma endógena e neurótica, Blinder, da tradição norte-americana, buscava construir uma classificação pragmática, diagnóstico diferencial para o tratamento.

Nos anos 1970 surge a classificação de tipologias ordenadas, nesse grupo Coser O (2003); cita George Winokur e de Paul Kielholz. Winokur compreende a depressão como doença unipolar que não constitui um grupo homogêneo e a distingue em dois tipos de depressão: doença do espectro da depressão e a doença depressiva pura. Já Paul Kielholz, apresenta sua classificação ordenada em: Depressão somatogênica (depressão orgânica e depressão sintomática); Depressão endógena (depressão esquizofrênica, depressão clínica, depressão periódica e depressão involutiva) e Depressão psicogênica (depressão neurótica, depressão de exaustão e depressão reativa).

Coser O (2003); ainda argumenta que há os sistemas dimensionais de classificação da depressão. Nesse caso, Robert Kendell, psiquiatra britânico realizou pesquisas, entre os anos 1960 e 1970, onde defende que a depressão não deve ser abordada em categorias separadas, pois os sintomas de depressão se distribuem em um *continuum*, um espectro. Portanto, há um único *continuum*, começando com a depressão mais leve (neurótica) e a depressão mais grave (estados patológicos). Outro teórico que aborda a depressão em dois sistemas dimensionais é Hans Eysenck. O autor defende que traços de personalidade como o Neuroticismo e a introversão são dimensões contínuas que influenciam o desenvolvimento da depressão.

5

Com as teorias de Kendell e Eysenck o debate sobre a depressão deve ser entendido como um fenômeno dimensional e não categorial. Isso significa que a depressão é abordada a partir da personalidade, podendo ser medida, níveis mais baixos e níveis mais altos.

A classificação baseada em tipologias simples, são categoriais. São apoiadas em listas de critérios operacionais, nesse sentido, o indivíduo têm ou não depressão. Já a classificação baseada em tipologias ordenadas, embora mantenham a ideia da classificação categorial, ela traz um ordenamento hierárquico, por exemplo, no caso de Winokur, a depressão é classificada como uma doença afetiva, primária, unipolar podendo ser doença do espectro da depressão ou doença depressiva pura. Por fim, a classificação de tipologias dimensionais (uma ou duas dimensões) não traz a ideia de categorias, mas trata da gravidade, o quão grave é a depressão do sujeito? (questionamento possível a partir de Kendell), e a partir de Eysenck, pode-se questionar sobre a interação, a depressão é ansiosa ou psicótica? Portanto posições diferentes em eixos distintos.

Já os manuais da APA, conhecidos como DSM, trazem uma classificação categorial. Os manuais evidenciam a mudança ocorrida no século XX onde a hegemonia do campo psiquiátrico será marcada pela adoção de critérios descritivos tomando o sintoma como o eixo central de definição.

A CONSOLIDAÇÃO DA DEPRESSÃO COMO CATEGORIA DIAGNÓSTICA

Na segunda metade do século XX, a depressão emergiu como “o polo de convergência e a maneira mais simples de descrever o sofrimento mental” (DUNKER C, 2021, p.47). Entre 1960 e 1980, quando é desenvolvida a escala de Hamilton², capaz de comparar os diferentes tipos de depressão em: leve, crônica, grave e aguda, a depressão ainda não continha o *status* de autonomia no campo da psicopatologia.

Os manuais psiquiátricos merecem uma atenção à parte, pois os mesmos aparecem imbricados na evolução e elaboração dos transtornos e diagnósticos e também na elaboração do direcionamento dos tratamentos psicoterápicos. Criados para padronizar a linguagem clínica em relação aos transtornos mentais, os manuais, mostram importante mudança na conceituação da depressão, ao longo dos tempos.

Dunker C (2021); também chama atenção para a década de 1980, onde é publicada a terceira edição do DSM³, que marca a separação entre psiquiatria e psicanálise e faz emergir outra forma de lidar com o sofrimento. É nesse contexto que a depressão aparece como o quadro que representa uma psiquiatria autônoma e científica (do ponto de vista teórico psicopatológico) (DUNKER C, 2021). Pois, ainda na segunda edição do DSM, ou seja, nas décadas de 1960 e 1970, falava-se em “Depressão Neurótica”, enquanto que o CID-9, falava em “Neurose Depressiva”. No entanto, em 1980, o DSM-III, a substituição do conceito de depressão neurótica para Transtorno Distímico, e sua inclusão no capítulo sobre transtornos de humor, efetiva a

² A Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D), conhecida comumente como Escala de Hamilton, é uma ferramenta utilizada para medir a gravidade dos sintomas depressivos em indivíduos que têm transtorno depressivo maior. A escala foi criada por Max Hamilton, psiquiatra britânico, e foi publicada pela primeira vez em 1960. A HAM-D é uma entrevista estruturada, onde um profissional de saúde mental avalia a presença e intensidade de vários sintomas depressivos, incluindo humor deprimido, sentimento de culpa, insônia, perda de interesse, agitação ou retardamento psicomotor, entre outros.

³ O DSM é a sigla dada Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, trata-se de um guia da Associação Americana de Psiquiatria (APA) para identificar e classificar transtornos mentais, contendo sintomas, critérios diagnósticos e estatísticas. Sua função é padronizar diagnósticos psiquiátricos. É utilizado em clínicas, hospitais, contextos forenses e estudos acadêmicos. In: What is DSM? Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-the-dsm>. Acesso em 06 mai. 2026.

depressão como doença crônica e como transtorno de longa duração (SPANEMBERG L; JURUENA MF, 2004).

No primeiro DSM, publicado em 1952, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em português: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a depressão aparece categorizada como reação depressiva, “entendida como expressão de um conflito interno causado por uma perda” (ULTRAMARI LR, et al. 2024, p.4) e, classificada como reação psiconeurótica. Percebe-se a ligação e manutenção da psiquiatria com a psicanálise e com o enfoque psicobiológico de Adolf Meyer. Já no DSM-II, publicado em 1968, a depressão aparece na categoria de Neurose depressiva, mantendo a definição da causa dos sintomas relacionados a um conflito interno ou por uma perda. De acordo com o DSM-II, por neurose depressiva deve-se entender: “Este transtorno manifesta-se por uma reação depressiva excessiva decorrente de um conflito interno ou de um evento identificável, como a perda de um objeto de amor ou de um bem estimado (...)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p.40. tradução própria)⁴.

Portanto, trata-se de um transtorno, embora mantenha o termo reação, como era percebido no DSM-I, mas acrescenta o termo reação excessiva. A definição prossegue nas seguintes palavras: “(...) deve ser distinguida da melancolia involutiva (v. remissão) e da doença maniaco-depressiva (v. remissão). Depressões reativas ou reações depressivas devem ser classificadas aqui (...)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p.40. tradução própria)⁵. Conforme pode ser visto, no DSM-II, a neurose depressiva, deve ser distinguida da melancolia involutiva e do quadro do transtorno maniaco depressivo (ambos conceitos elaborados por Emil Kraepelin em 1896 e 1899, respectivamente).

Desde o século XIX, utilizava-se o termo doença mental, alinhado, portanto ao paradigma da ciência médica, para explicar a loucura. Nesse caso, os médicos, alienistas, neurologistas, psiquiatras buscavam uma causa orgânica para explicar a doença. Havia um diálogo entre tipologias endógenas, exógenas ou psicogênicas. Nesse sentido, nos dois primeiros DSM parece não haver uma perspectiva psiquiátrica que atue de forma hegemônica na produção de diagnósticos.

⁴ “This disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession (...)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p.40).

⁵ “(...) It is to be distinguished from Involutional melancholia (q.v.) and Manic-depressive illness (q.v.). Reactive depressions or Depressive reactions are to be classified here” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p.40).

O DSM-III E A EMERGÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O presente capítulo busca entender o motivo pela qual o critério diagnóstico operacional e o sintoma descritivo tornaram-se hegemônicos a partir dos DSM-III, DSM-IV e DSM-5 na definição de transtorno mental.

A partir dos anos 1980, período em que é criada a terceira edição do DSM, concebe-se um novo marcador para a psiquiatria que é o de perturbações do comportamento (GORI R, 2014). A partir desse novo marcador são promovidos novos conceitos das patologias flexíveis. O termo transtorno passou a ser utilizado no primeiro DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), por influência da psiquiatria dinâmica para referir-se as condições que causam sofrimento significativo, comprometendo o funcionamento diário da pessoa. Mas foi com o DSM-III que o termo *disorder* (transtorno) ganhou uma definição explícita e central na taxonomia psiquiátrica e nos manuais diagnósticos. Nesse sentido, *disorder* é utilizado para descrever uma variedade de condições médicas e psicológicas que afetam o funcionamento normal de um organismo. “Desordens ou transtornos mentais são síndromes, ou seja, agrupamentos de signos patológicos inconstantes e sem necessariamente uma cadeia causal operando entre eles” (DUNKER C, 2021, p. 58).

A escolha do termo transtorno ou síndrome não se deu por uma nova teoria ou descoberta sobre psicopatologia. De acordo com Wilson M (1993); as companhias de seguro fizeram pressão à APA pelo fato de não estarem recebendo os reembolsos dos tratamentos de saúde por parte do Estado, nos Estados Unidos. Desde os anos 1960, as companhias de seguro eram reembolsadas pelo Estado por oferecer o tratamento de saúde psiquiátrico. Acontece que, as mesmas estavam perdendo o reembolso dos atendimentos médicos porque não conseguiam especificar os diagnósticos psiquiátricos. Não havia um consenso na psiquiatria sobre determinados diagnósticos. Conforme explica Wilson M (1993); o psiquiatra que liderou a criação do DSM-III, Robert Leopold Spitzer, escreveu um memorando ao psiquiatra Henry Pinsker, membro da força-tarefa de elaboração do manual, advertendo-o de que o reembolso por parte das seguradoras seria muito difícil se os agrupamentos de sintomas no manual não fossem chamados de síndromes ou transtornos (WILSON M, 1993, p.405. tradução própria)⁶. Ao

⁶ “He [Spitzer] wrote that Pinsker’s idea to list symptoms ‘is almost al complete variance to my own views’ and cautioned that insurance reimbursement would be very difficult if the symptom clusters in the manual were not called ‘syndromes’ or ‘disorders’” (WILSON M, 1993, p. 405).

demonstrar, por meio do sintoma, que um indivíduo era portador de um transtorno mental, as companhias de seguro garantiam o reembolso do tratamento de saúde pelo Estado.

A maior mudança na definição da depressão, acontece com o DSM-III, publicado em 1980. Vale dizer que o DSM-III, apresenta a depressão no capítulo intitulado *Affective Disorders*, o termo utilizado para designar depressão é *Major Depression* (Depressão Maior).

Até o DSM-II percebe-se a influência da psicanálise no entendimento e na abordagem dos transtornos mentais. Já na terceira edição do DSM abandona-se tal influência e constitui-se um manual baseado em sintomas observáveis. Um sistema multiaxial e uma abordagem descritiva com pretensão de ser neutra em relação as teorias etiológicas (APA, 1994; 2002). Isso possibilitou que os psiquiatras desenvolvessem um sistema padronizado de medição.

Ultramari LR, et al. (2024); comentam que em relação ao diagnóstico de depressão, no DSM-III, passou a ser chamado de Transtorno Depressivo Maior (TDM), em inglês: *Major Depressive Disorder* (MDD). Além dessa mudança, vale destacar que a reação depressiva, ou a neurose depressiva, como era chamada nos manuais I e II, traziam o elemento da perda como um fator que caracterizava o transtorno depressivo. Em sua terceira edição, essa relação de perda, característica do transtorno, passa a ser relacionada à atividade do indivíduo. Portanto, não perda em relação a um objeto ou alguma pessoa, mas perda de interesse ou prazer do indivíduo.

9

No DSM-III, os critérios para diagnóstico do Transtorno Depressão Maior, incluem: critério A, que diz:

Humor disfórico ou perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades e passatempos habituais. O humor disfórico é caracterizado por sintomas como os seguintes: deprimido, triste, melancólico, desesperançado, para baixo, desanimado, irritável (APA, 1980, p. 213. Tradução própria)⁷.

Já no critério B, o manual trata dos sintomas. Destaco dois sintomas que demonstram como a mudança em relação a perda é abordada pelo DSM-III. Em primeiro lugar, perda não de alguém ou de algum objeto, mas a perda voltada ao sujeito mesmo. Nessa perspectiva, me atenho aos sintomas 4 e 5. O sintoma 4 diz: “perda de interesse ou prazer em atividades habituais, ou diminuição do impulso sexual não limitada a um período em que esteja delirando

⁷ “A. *Dysphoric mood or loss of interest or pleasure in all or almost all usual activities and pastimes. The dysphoric mood is characterized by symptoms such as the following: depressed, sad, blue, hopeless, low, down in the dumps, irritable*” (APA, 1980, p.213).

ou alucinando (em crianças com menos de seis anos, sinais de apatia)” (APA, 1980, p. 214. Tradução própria)⁸ e o sintoma 5 diz: perda de energia e fadiga⁹.

O DSM-IV, publicado em 1994, prosseguiu o modelo desenvolvido no DSM-III, com critérios diagnósticos precisos, objetivos e descritivos. Continuou a organização realizada no DSM-III, onde os transtornos depressivos são abordados como categoria clínica do Transtorno de Humor. Porém, introduziu novo critério diagnóstico que não constava no DSM-III. O critério C no diagnóstico de TDM diz: “C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante” (APA, 2002, p. 356). Esse critério está em conformidade com a função operacional do conceito de transtorno mental, que é definida pelo DSM-III. Nesse sentido, o sofrimento e a disfunção ou prejuízo na capacidade de desempenho nas relações ocupacionais, sociais, interpessoais e familiares definem a condição de transtorno mental. Em 2000 a APA lançou uma edição revisada, denominando-a de DSM-IV-R. A depressão aparece descrita nos Transtornos de Humor (*Mood Disorders*).

Já no DSM-V, publicado em 2013, os Transtornos Depressivos são apresentados num capítulo próprio. Além disso, eles são separados dos Transtornos Bipolares, cada um tendo suas categorias diagnósticas próprias. Outra questão que o DSM-5 apresenta é a separação do luto em relação ao TDM. “O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior” (APA, 2014, p.155).

10

Os Transtornos Depressivos são divididos em: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente (Distímia); Transtorno Disfórico Pré-menstrual (acrescida em relação ao DSM-IV); Transtorno Depressivo induzido por Substância/Medicamento (acrescida em relação ao DSM-IV); Transtorno Depressivo devido a outra condição médica (acrescida em relação ao DSM-IV); Outro Transtorno Depressivo Especificado (acrescida em relação ao DSM-IV); Transtorno Depressivo Não Especificado (acrescida em relação ao DSM-IV) (RIBEIRO AS et al. 2020). Portanto, desde 1980 até os dias atuais o TDM é definido da seguinte forma, critério A:

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer (APA, 2014, p. 160).

⁸ “(4) loss of interest or pleasure in usual activities, or decrease in sexual drive not limited to a period when delusional or hallucinating (In children under six, signs of apathy)” (APA, 1980, p.214).

⁹ “(5) loss of energy; fatigue” (APA, 1980, p.215).

Entre os sintomas, a APA (2014) menciona: humor deprimido na maior parte do dia; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, entre outros.

Vale destacar a incorporação dos avanços neurocientíficos em psicopatologia e psiquiatria e a possibilidade de adicionar critérios dimensionais aos transtornos (SANDIN, 2013). O modelo que o DSM seguiu em suas edições foi o modelo categórico, para um sujeito ter ou não ter um diagnóstico ele precisa apresentar determinados sintomas. No caso do Transtorno Depressivo Maior, no DSM-5 o sujeito precisa ter ao menos 5 de 9 sintomas descritos no manual, durante um período de duas semanas (APA, 2014). Já os critérios dimensionais que aparecem no DSM-5 buscam medir a intensidade, frequência ou gravidade de um sintoma, utilizando-se de escalas ou níveis.

Em 2013, com a publicação do DSM-V, outra mudança merece destaque em relação a depressão. No capítulo dedicado aos Transtornos Depressivos, mantém-se os sintomas centrais, elaborados no DSM-III, mas com uma importante mudança. Trata-se da retirada do luto como critério de exclusão do TDM – Transtorno Depressivo Maior. Com isso, um indivíduo pode ser diagnosticado com TDM mesmo tendo passado por uma perda de um ente querido num período de dois anos. “Desta forma, o objetivo desta mudança é permitir que indivíduos que estejam passando por um sofrimento psíquico grave recebam atenção adequada, incluindo a farmacoterapia quando esta se fizer necessária (ARAÚJO; NETO, 2014, p. 74). Dessa forma tem-se, presentes, no DSM-5 a abordagem dimensional e a abordagem categorial. O DSM-5-TR, lançado em 2022, não traz mudanças que merecem destaque em relação ao DSM-5.

DIAGNOSTICAR, MEDICALIZAR E CONTABILIZAR: A ECONOMIA POLÍTICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Além do aumento de categorias diagnósticas criadas pelas diversas edições do DSM, vale mencionar o aumento de pessoas descapacitadas com transtornos mentais tanto no continente europeu quanto no americano, e o aumento do custo do tratamento, conforme aponta Rose (2019) em sua obra *Nosso futuro psiquiátrico*.

O impacto dos transtornos mentais afeta o funcionamento da sociedade, a estimativa do custo que é feito é sobre quanto custa viver com transtorno mental, a partir disso é que se pensa as políticas de saúde mental. Who (Apud ROSE, 2019)¹⁰ menciona que os transtornos mentais representam quatro entre as dez principais causas de incapacidade ou deficiência no mundo. O mesmo autor menciona ainda que se estima que os transtornos mentais representam cerca de 12% da carga global de doenças enquanto que o orçamento designado para a saúde mental corresponde a menos que 1% da despesa total com a saúde.

Greenberg P et al. (2019)¹¹ em estudo realizado nos Estados Unidos, em 2019, apontam que em 2019 a estimativa era de que havia cerca de 19,8 milhões de adultos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Destes, 62,7% eram mulheres e 32,9% com depressão grave.

Os transtornos mentais transcenderam a esfera da medicina, seu *habitat* não designa somente ao confinamento do ambiente asilar. O que antes estava restringido a agenda médica, no século XX passou a ocupar o lugar das políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, os transtornos mentais representam um custo econômico. Rose (2019)¹² explica que o uso do termo “carga” ou “fardo” referem-se ao cálculo que é feito sobre os custos que os transtornos mentais possuem em uma economia de uma sociedade. O mesmo autor afirma que as estimativas são feitas para reduzir o impacto dos transtornos mentais numa determinada economia, para viabilizar o tratamento e a inclusão e reduzir os custos diretos e indiretos em uma economia. Já sobre o fardo econômico societal incremental de adultos diagnosticados com (TDM), o estudo apontou uma estimativa de custos de 333,7 bilhões de dólares (valores da época). Os principais geradores de custos foram os de saúde (127,3 bilhões de dólares; 38%), custos relacionados ao

¹⁰ “(...) Already, mental disorders represent four of the 10 leading causes of disability worldwide. This growing, burden amounts to a huge cost in terms of human misery, disability and economic loss. Mental and behavioural disorders are estimated to account for 12% of the global burden of disease, yet the mental health budgets of the majority of countries constitute less than 1% of their total health expenditures. The relationship between disease burden and disease spending is dearly disproportionate” (WHO, 2001, Apud ROSE, 2019, p. 35)

¹¹ “In 2019, the number of adults with MDD in the USA was estimated at 19.8 million (62.7% female; 32.9% severe MDD), and the incremental societal economic burden of MDD was estimated at \$333.7 billion (\$382.4 billion in 2023 US dollars), or \$16,854 per adult with MDD. The primary cost drivers were healthcare costs (\$127.3 billion; 38.1%), household-related costs (\$80.1 billion; 24.0%), presenteeism (\$43.3 billion; 13.0%), and absenteeism (\$38.4 billion; 11.5%)” (GREENBERG P et al., 2019, p. 4461).

¹² “Today's use of the term 'burden' in calculating the costs of mental disorders or brain disorders to our economies does not partake of the same eugenic or political rationale, and the conclusions drawn from the estimates that experts produce are exactly the opposite - they are not used to demand exclusion and elimination of the unfit, but to press for treatment and inclusion to reduce the burden of mental disorder on themselves, their families and communities, and the direct and indirect costs to the economy” (ROSE N, 2019, p. 28).

agregado familiar (80,1 bilhões de dólares 24%), o presenteísmo (43,3 bilhões de dólares, 13%) e o absetismo (38,4 bilhões de dólares 11,5%).

Em 2017, a OMS lançou um relatório global sobre a depressão, nele, o número de casos de depressão havia aumentado 18% entre os anos 2005 e 2015. Resultando cerca de 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres (OMS, 2017 *Apud* RIBEIRO AS et al. 2020). De acordo com a OMS (WHO, 2025)¹³, em 2025, estima-se que 4% da população mundial sofra de depressão, 5,7% dos adultos (4,6% entre os homens e 6,9% entre as mulheres) e 5,9% dos adultos com 70 anos ou mais. Num total, a OMS estima que haja 332 milhões de pessoas no mundo sofram de depressão (WHO, 2025).

Ao analisar o caso dos Estados Unidos, Rose N (2019)¹⁴, aponta uma pesquisa feita em 2015 pelo *U.S. Department of Health and Human Services* (HHS). Tal pesquisa indicava que entre os anos de 1988 a 1994 e entre 2007 a 2010 o consumo de antidepressivos entre pessoas de 18 anos ou mais se multiplicou de 2,4% a 10,8%. Rose N (2019) ainda afirma que o aumento de receitas de antidepressivos se repetem em todas regiões de onde há dados, pesquisas. “Na Itália, o consumo de antidepressivos se duplicou entre os anos de 2001 e 2007 (DAMIANI et al. 2013, *Apud* ROSE N, 2019, p. 119, tradução própria)¹⁵. Países Baixos, também retratou o aumento de uso de prescrições de psicofármacos entre os anos 2001 e 2006, assim como, Canadá, Grécia e Irlanda, entre os anos 2007 e 2011 (ROSE N, 2019). Somente na Inglaterra, foram receitadas mais de 53 milhões de antidepressivos, 6% mais do que em 2012, obtendo um aumento de 92% desde 2003 (ROSE N, 2019, p. 119. Tradução própria)¹⁶. Conforme pode ser observado esses dados são da época em que vigorava o DSM-IV, ou seja, até 2013, quando surgiu o DSM-5.

No Brasil, país que, de acordo com a OMS, possui os maiores índices de depressão, em 2017, o relatório apontava que em torno de 5,8% da população era cometida pelo transtorno, isto é, cerca de 11,5 a 11,7 milhões de brasileiros com depressão (OMS, 2017 *Apud* RIBEIRO AS et al.

¹³ “An estimated 4% of the population experience depression, including 5.7% of adults (4.6% among men and 6.9% among women), and 5.9% of adults aged 70 years and older. Approximately 332 million people in the world have depression” (WHO, 2025).

¹⁴ “As for the United States, “[b]etween 1988-1994 and 2001-2010, among adults aged 18 or over, the use of antidepressants increased more than four-fold. from 2.4% to 10.8%”, with the use of prescription antidepressants being higher for women than for men (Office of Public Health and Human Services Department, 2015, p. 26 *Apud* ROSE N, 2019, p. 119).

¹⁵ “In Italy there was a twofold increase in Antidepressant consumption between’ 2001 and 2007” (DAMIANI et al., 2013 *Apud* ROSE N, 2019, p. 119).

¹⁶ “In 2013 in England alone over 53 million prescriptions were issued for antidepressants, a 6% increase on the previous year and a 92% increase since 2003” (ROSE N, 2019, p. 119).

2020). Em pesquisa realizada pela Sandbox Data for Health¹⁷, que envolveu 616.101 pessoas, realizada entre agosto de 2022 e agosto de 2024, revelou um aumento no uso de medicamentos psicofármacos. De acordo com a pesquisa, 74% dos medicamentos adquiridos eram antidepressivos, enquanto os ansiolíticos representaram 26% do total. A mesma pesquisa aponta que, em média, cada paciente comprou duas caixas de medicamentos mensalmente. Os antidepressivos foram utilizados por 83% dos participantes, enquanto o uso de ansiolíticos apresentou uma leve queda de 0,6%¹⁸. Além disso, 21% das pessoas vinculadas ao estudo utilizaram medicamentos psiquiátricos nesse período, resultando em um crescimento de 49% no número de consumidores dessas substâncias (SOUSA DOS SANTOS AN et al. 2025).

Conforme afirma Freitas F e Amarante P (2017, p.33), “para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios é imprescindível a criação de novos doentes. E para que esses novos doentes sejam criados é imperioso o papel do médico”. Nessa perspectiva, salientam os autores, o poder que provém da articulação entre medicina e indústria farmacêutica, alcança um controle social muito além do que o direito e a religião são capazes de alcançar. Na medida em que se difunde a ideia de que medicamentos prolongam e aumentam a qualidade de vida e tratam de problemas que há dificuldades para tratar, o poder da medicina se impõe ao natural (FREITAS F; AMARANTE P, 2017).

14

Frances A (2016) também defende que há uma inflação de diagnósticos de transtornos mentais, a partir do DSM-III que reflete também nos DSM-IV e DSM-5. Essa inflação na análise do autor favorece com que haja mais busca por medicamentos. Em relação aos antidepressivos, Rose N (2019)¹⁹, corrobora com tal ideia e comenta que outro fator é que, em grande parte, esses medicamentos não são prescritos por psiquiatras, mas por médicos generalistas. Nesse sentido, o próprio médico levado pela crença de que tal medicamento pode ajudar o paciente a lidar com os sintomas.

No Brasil, a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS), iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, pesquisa que investiga uma gama de tópicos em saúde. Entre estes, a

¹⁷ Sandbox Data for Health é uma empresa brasileira de tecnologia especializada em inteligência de dados para o setor de saúde.

¹⁸ Conselho Federal de Farmácia. Levantamento aponta aumento de 18,6% no uso de medicamentos para saúde mental nos últimos dois anos. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/14/10/2024/levantamento-aponta-aumento-de-18-6-no-uso-de-medicamentos-para-saude-mental-nos-ultimos-dois-anos>. Acesso em 18 ago. 2026.

¹⁹ “Perhaps as important are the beliefs of both doctors and patients. The types of psychiatric medication that show a rising trend, in particular the so-called antidepressants, are largely prescribed not by specialist psychiatrists but by general practitioners” (ROSE N, 2019, p.125).

depressão, é abordada pelos pesquisadores. Foram publicadas duas edições da PNS, a resultante da pesquisa feita em 2013 e a segunda publicação resultante da pesquisa feita em 2019.

Deve-se levar em conta que a PNS sobre a depressão é uma pesquisa mediante auto referência. Através da aplicação de um questionário as pessoas respondem pelo auto relato de sintomas depressivos. A pesquisa inclui um questionário específico, o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)²⁰, e se receberam o diagnóstico de depressão de algum médico. A pesquisa demonstrou que em seis anos houve um aumento significativo na população brasileira com depressão.

A questão que o PHQ-9 faz é: “Nas últimas 2 semanas, com que frequência você tem se incomodado com os seguintes problemas?” (KROENKE K; SPITZER RL; WILLIAMS JB, 2001). Essa questão avalia a presença de cada um dos sintomas do episódio de TDM, descrito no DSM. Logo, a pessoa na qual o teste lhe está sendo aplicado, possui 9 alternativas, que dizem respeito aos 9 sintomas do TDM, e ao lado de cada alternativa, a pessoa deve marcar (nenhuma vez, mais de uma vez, mais de duas vezes ou mais de três vezes). Assim a escolha ou marcação de um dessas 4 opções dão uma ideia sobre o estado emocional da pessoa. Chamo atenção para as seguintes alternativas de resposta:

1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas; 2. Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança; 3. Dificuldade para dormir, manter o sono ou dormir demais; 4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia; 5. Apetite fraco ou comer em excesso; (...)
9. Pensamentos de que seria melhor morrer ou se machucar de alguma forma” (KROENKE K; SPITZER RL; WILLIAMS JB, 2001).

15

Nesse sentido cabe a observação de Dunker C (2015) que menciona que se torna cada vez mais fácil, para qualquer pessoa, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico por causa da globalização do sofrimento realizada pela propagação dos diagnósticos.

De acordo com a pesquisa, no ano de 2019, no Brasil, 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais receberam, diagnóstico de depressão por profissionais de saúde mental. Em 2013 essa estimativa era de 7,6%. Isto representa 16,3 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (10,7%), enquanto que na área rural, são 7,6% (IBGE, 2020).

Verificou-se que havia uma maior prevalência do transtorno em pessoas do sexo feminino, 14,7%, contra 5,1% do sexo masculino. Em 2013, a prevalência em pessoas do sexo

²⁰ O PHQ-9 (Questionário de Saúde do Paciente), foi criado na década de 1990 na Universidade de Columbia, como parte de um sistema de diagnóstico maior chamado PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*). O PHQ-9 foi desenvolvido pelo psiquiatra Robert L. Spitzer, pelo assistente social Janet B.W. Williams, pelo médico internista Kurt Kroenke e outros colaboradores.

feminino era de 10,9% contra 3,9% dos homens. A faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (13,2%), em 2013, essa faixa etária representava 11,1%, enquanto que o menor percentual foi obtido na faixa de 18 a 29 anos de idade (5,9%), em 2019 e, em 2013 essa faixa representava 3,9% (IBGE, 2020).

Pessoas deprimidas apresentam limitações nas atividades habituais e fazem maior utilização dos serviços de saúde (SILVA MT, et al. 2014). Um dado que chama atenção, sobre a pesquisa realizada em 2019 que aplicou o questionário PHQ-9, é em relação ao tratamento medicamentoso. Menos da metade dos homens (43,8%) e das mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão. A proporção média do Brasil foi de 48,0% (IBGE, 2020). Já em relação a psicoterapia, 18,9% das pessoas que referiram diagnóstico de depressão, faziam psicoterapia, e 52,8% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista.

Em relação a esta pesquisa (PNS), Meleiro A et al. (2023), comentam que entre as pessoas que se auto avaliaram com sintomas de depressão, “78,8% não receberam nenhum tratamento, e 14,1% receberam tratamento. As estimativas agrupadas de prevalência de depressão no Brasil variaram de 4,1% a 21,8%” (MELEIRO A et al. 2023, p.3. tradução própria)²¹.

Contudo, parece haver uma inflação diagnóstica, sobretudo impulsionado pelo uso do DSM e que atende a interesses econômicos e farmacêuticos, ao mesmo tempo que sobrecarrega os sistemas de saúde e dos indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme demonstrado ao longo do texto, o diagnóstico da depressão não se constitui como categoria diagnóstica estável. Nota-se que se trata de uma categoria de diagnóstico em disputa. Conforme observa Coser O (2003), existem ao menos três tipologias para classificar a depressão. Isso evidencia que o campo psiquiátrico é um campo de disputa de diferentes vertentes de psiquiatria. Além disso, evidencia que tal campo é atravessado por distintas perspectivas teóricas, profissionais e institucionais sobre a definição e classificação da depressão.

²¹ “A National Health Survey (PNS), was conducted in Brazil, and the treatment gap for depression was determined. Among those with depression, 78.8% did not receive any treatment, and 14.1% received treatment. The pooled estimates prevalence of depression in Brazil where estimates ranged from 4.1% to 21.8%” (MELEIRO A et al. 2023, p. 3).

Em segundo lugar, os agentes em disputa movem-se de forma estratégica de modo que, diferentes atores sociais participam da emergência e de novos critérios diagnósticos, como aqueles relacionados ao Transtorno Depressivo Maior. Ribeiro AS et al. (2020) afirmam que o avanço dos DSMs facilita os trâmites dos seguros de saúde, em conjunto com as seguradoras de saúde e a classe médica, aumenta o número de diagnósticos de transtornos mentais e o consumo de medicamentos. Já Martinhago F e Caponi S (2019) afirmam que o DSM favorece o campo da medicina, o âmbito dos planos de saúde e da indústria farmacêutica, entre outros espaços. Esse processo de legitimação por diferentes atores sociais contribui para a posição hegemônica que o DSM passou a ocupar no campo dos diagnósticos de transtornos mentais.

Paralelamente os dados apresentados tanto da OMS, quanto do IBGE e por outras fontes permitem questionar em que medida o aumento de casos de depressão podem estar relacionados também à ampliação de capacidade diagnóstica produzido pelo DSM? Até que ponto não se trata de uma relação que se retroalimenta entre o campo psiquiátrico (o campo científico) e a indústria farmacêutica (o campo econômico)? Sugerindo a configuração da depressão no interior de um possível dispositivo de poder de caráter biopolítico?

Percebe-se que ainda é necessário analisar os dados sobre aumento da depressão considerando a relação entre aumento da capacidade diagnóstica e aumento do sofrimento psíquico. Além de relacionar os efeitos sociais, políticos e econômicos decorrentes da consolidação da depressão como uma das principais categorias diagnósticas da psiquiatria contemporânea.

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968; 144p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980; 494p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5nd ed. Porto Alegre: Artmed, 2014; 947p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA. DSM-IV-TR. 4nd ed. Revisão de texto. Lisboa Portugal: Climepsi editores, 2002; 943p.

ARAÚJO AC, NETO FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2014; 16 (1): 67- 82.

BERRIOS GE. Transtornos de humor. In: BERRIOS EG, PORTER R. Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos. Vol. 2: as psicoses funcionais. São Paulo: Escuta, 2012; 599-632.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Levantamento aponta aumento de 18,6% no uso de medicamentos para saúde mental nos últimos dois anos. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/14/10/2024/levantamento-aponta-aumento-de-18-6-no-uso-de-medicamentos-para-saude-mental-nos-ultimos-dois-anos>. Acesso em 18 ago. 2026.

COSER O. Depressão: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003; 172p.

CÔRTEZ MSM, FRANÇA SILVA CC. CID e DSM: breve percurso histórico das classificações dos transtornos mentais. Revisões críticas da literatura, 2024; 33 (1): 75-102.

DUNKER, CILD. Uma biografia da depressão. São Paulo: Planeta, 2021; 240p.

_____. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015; 416p.

FRANCES, A. Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal, 2016; 368p.

FREITAS F, AMARANTE P. Medicalização em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017; 148p.

GORI R. O sujeito da saúde mental: da atualidade de Foucault. In: ARTIERES P, BERT JF, GROS F. (org). Foucault. Rio de Janeiro: Forense, 2014; 299-304.

GREENBERG P. et al. The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States. *Advances in Therapy*, 2019; 40(10): 4460-4479.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020; 117p.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 2001; 16(9): 606-613.

MARTINHAGO F, CAPONI S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019; 29(2): 1-19.

MELEIRO A, TUNG TENG C. et al. Understanding the journey of patients with depression in Brazil: A systematic review. *Review Clinics*, 2023; 78(1): 100192.

RIBEIRO AS, GONÇALVES GA, TEODORO EF, BATISTA AS, FERREIRA PHE. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal: Revista de Psicologia*, 2020; 32(1): 46-56.

ROSE N. Our psychiatric future: the politics of mental health. Cambridge UK: Polity Press, 2019; 269p.

SILVA MT, GALVAO TF, MARTINS SS, PEREIRA MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014; 36(1): 262-270.

SOUSA DOS SANTOS NA, DA SILVA AG, DEZEM LT et al. Desmedicar a vida: um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no Brasil. *Revista Aracê*, 2025; 7(2): 7636-7665.

SPANEMBERG L, JURUENA MF. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2004; 26(3): 300-311.

ULTRAMARI LR, DA ROSA MMP, HARTMANN F. A depressão nos DSM: de reação a transtorno, de efeito a causa. *Revista Psicologia USP*, 2024; 35(1): 1-9.

WHITAKER R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017; 421p.

WILSON, M. DSM-III and the transformation of American Psychiatry: a history In: *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150(3): 399-410.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Depressive disorder (depression). 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em 14 jul. 2026.