

Quem tem direito à depressão? Por Gabriel Peters

<https://blogdolabemus.com/2026/03/05/quem-tem-direito-a-depressao/>

É mais fácil diagnosticar um sofrimento intenso como “patológico” quando ele não parece derivar de circunstâncias difíceis de vida. Já diante da pobreza extrema, do racismo cotidiano e de outras formas de opressão, o sofrimento intenso tende a ser visto como reação proporcional e compreensível. Mas não estaria aí o risco de transformar a depressão em privilégio dos mais abastados?

Luto e melancolia (em até duas semanas)

Em ensaio anterior neste blog, argumentei que a atual versão hegemônica da psiquiatria em escala global se concentra na produção de *diagnósticos* com base na identificação de *sintomas*. Tal orientação marca a terceira [1980], a quarta [1994] e a quinta [2013] edições do chamado DSM, o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* publicado de quando em vez pela Associação Psiquiátrica Americana.

Como afirmam críticos da edição mais recente do manual (Frances, 2013; Karp, 2017), a psiquiatria centrada em diagnósticos tende a tomar como bem menos importante, para fins de tratamento, a consideração dos indivíduos “inteiros” para além dos seus sintomas, relegando a segundo plano suas experiências biográficas e contextos sociais de existência.

As dificuldades que uma psiquiatria “diagnosticocêntrica” encontra para lidar com esses últimos fatores podem ser ilustradas pela mudança no status do *luto*, em sua relação com a depressão, na passagem da quarta à quinta edição do DSM. No DSM-IV [1994], vigorava a chamada “exclusão por luto” (*bereavement exclusion*): o estado de pessoas

enlutadas pela morte de entes queridos, ainda que se estendesse por mais de duas semanas, era tido como uma reação “normal” à perda, **mesmo quando seus comportamentos e experiências se mostravam similares ou idênticos a sintomas de depressão** (Karp, 2017: 27-28).

A exceção concedida ao luto foi, no entanto, retirada na quinta edição do manual em 2013, edição que reivindica para si, sem falsa modéstia, “uma orientação clínica muito melhor do que a fornecida anteriormente no simples critério de exclusão de luto” (APA, 2014: 44). Assim, quando sintomas característicos de “depressão maior” persistem por mais de duas semanas após a morte de um ente querido, o indivíduo pode preencher os critérios diagnósticos para tratamento médico da depressão (Ibid.: 44, 203, 209).

Para além do que há de arbitrário no marco quantitativo (por que duas semanas em vez de três?), a mudança na significação que a psiquiatria dá ao luto revela seus embaraços em distinguir, de um lado, sofrimentos “reativos” a causas exógenas e, de outro, sofrimentos cuja raiz é “intrínseca”.

Como afirma David Karp:

“Se uma exceção era feita ao luto, por que não exceções para *perdas de emprego, relacionamentos fracassados, dificuldades econômicas e similares*? Para preservar a imagem de integridade científica, deve ter parecido bem mais seguro remover a exceção do luto do que reconhecer um princípio mais amplo – que **os mesmos sintomas podem ser uma doença em certos contextos sociais e não em outros**” (2017: 30; grifos meus).

Sofrimento reativo e sofrimento endógeno

De um lado, o sofrimento reativo, explicável como “normal” à luz de circunstâncias difíceis de vida. De outro, o sofrimento “intrínseco”, cuja permanência ao longo de diferentes condições existenciais parece sugerir sua independência frente a tais condições.

Exista ou não, a diferença não é pressuposta apenas pela psiquiatria diagnóstica. **Como vimos em um texto anterior de fenomenologia deprimente**, a distinção entre o sofrimento como uma força autônoma, “vinda de dentro”, e o sofrimento em resposta a eventos negativos, “vindos de fora”, aparece frequentemente nos relatos de indivíduos afligidos por depressão.

Mas será que tal conclusão se baseia em uma amostra enviesada – digamos, de indivíduos de classe média passando por tratamento psiquiátrico?

Em diversos casos, é justamente quando os sintomas depressivos emergem ou permanecem em circunstâncias de vida privilegiadas, para todos os efeitos práticos, que a tese de uma *doença* com uma durável fonte biológica ou, pelo menos, “interior” ao indivíduo avulta como mais plausível. Na medida em que o indivíduo se encontra circundado por condições de felicidade “externa”, como o bem-estar material e um entorno de familiares amorosos, a continuidade de sua extrema infelicidade traz à baila, com força, aquela perturbadora hipótese de uma patologia interior ou intrínseca (Solomon, 2014).

Por outro lado, a mesma hipótese de uma “patologia interna e independente” parece menos sustentável diante de circunstâncias de vida difíceis, em face das quais uma resposta depressiva aparece como “normal”: da incerteza cotidiana quanto ao que comer à presença contínua da violência física, passando pelos efeitos psíquicos do preconceito.

Tais circunstâncias perpassam cotidianamente a vida das pessoas situadas nos andares em maior desvantagem social. Quanto mais nítidas as fontes estruturais de suas dificuldades psíquicas - como opressões oriundas de classe, raça e gênero -, mais fácil é pensar esse “sofrimento interseccional” como reativo, ainda que sua intensidade ombreie ou supere a da depressão entre pessoas comparativamente privilegiadas.

Depressão como privilégio?

No entanto, tal raciocínio apresenta dois problemas. No plano analítico, ele pressupõe uma distinção demasiado simplória entre causas externas e internas do sofrimento, desconhecendo ou minimizando **um fato amplamente mostrado pela (boa) sociologia:** influências sociais não “param” nos limites exteriores à psique e ao corpo dos indivíduos, mas “atravessam” seus corpos e mentes. (Pensemos, para dar somente um exemplo, no “estresse pós-traumático” oriundo da ocorrência de violências racistas e de gênero, capazes de persistir na subjetividade das vítimas como cicatrizes físicas e/ou psicológicas por toda uma vida.)

Em segundo lugar, postular limites nítidos entre o sofrimento como “doença de fonte interior”, de um lado, e o sofrimento como “reação proporcional a circunstâncias difíceis”, de outro, pode levar a uma consequência *sociopolítica* negativa: tomar a depressão como um *privilégio*.

Já emergindo no contexto de outros privilégios (por exemplo, de classe, raça, gênero, sexualidade e suas intersecções), o diagnóstico psiquiátrico traria consigo, *a posteriori*, oportunidades de tratamento potencialmente negadas a outros. Tais oportunidades vão da escuta terapêutica ao acesso a psicotrópicos, passando pela maior facilidade no recebimento de atestados que garantam licenças remuneradas do trabalho.

Eis uma perspectiva sociológica e política a partir da qual podemos interpretar, por exemplo, estudos de pesquisadores no Brasil que sustentam, reproduzindo achados similares em outros cenários nacionais (Karp, 2017: 164-165), que cerca de **70% das pessoas com sintomas de depressão não recebem nenhum tratamento**ⁱ (Mrejen; Hone; Rocha, 2022).

Números à parte, é plausível supor que pessoas que vivenciam sofrimentos muito similares àqueles relatados por indivíduos diagnosticados com depressão possam percorrer uma longa trajetória, quando não a vida inteira, sem que tais aflições sejam diagnosticadas e tratadas pela psiquiatria. Na medida em que o acesso a sistemas de tratamento clínico depende de recursos econômicos e culturais desigualmente distribuídos, também é bem fundada a hipótese de que a maioria dos sofredores não diagnosticados ocupa as posições mais desvantajosas nessas estruturas distributivas (p.ex., de classe, raça, gênero e suas intersecções).

A despeito da significativa hegemonia sociocultural que a psiquiatria possui como modo de inteligibilidade e tratamento de transtornos mentais na atualidade, ela não é o único sistema de saberes e práticas pelos quais os indivíduos dão sentido e respondem ao sofrimento. Quando o acesso a serviços psiquiátricos é restrito ou reduzido, por exemplo, discursos e instituições religiosas podem desempenhar um papel bem mais importante como recursos pelos quais os indivíduos manejam seus sofrimentos psíquicos e dificuldades existenciais.

No mais, mesmo nas situações em que indivíduos situados em diferentes marcadores interseccionais passam por algum tratamento clínico, as desigualdades estruturais continuam a condicionar fortemente os *tipos de tratamento* recebidos.

Fonte: Blog do Labemus [www.blogdolabemus.com]

Um achado recorrente (p.ex., Smith, 2026), **que uma sociologia bourdieusiana das classes sociais não teria dificuldade alguma em reconhecer**, consiste na tendência dos pacientes/usuários em serem mais tratados pelos profissionais de saúde como “espíritos” quanto mais privilegiadas forem suas condições de vida, de um lado, e mais tratados como “corpos” quanto menos privilegiadas forem tais condições, de outro – por exemplo, com um volume muito maior de escuta terapêutica disponível aos primeiros e de respostas medicalizantes mais ou menos imediatas aos segundosⁱⁱ. Como sempre, as causas são múltiplas, indo de vieses de percepção interseccional entre médicosⁱⁱⁱ até condições precárias de trabalho que pressionam – e por vezes condenam - até os psiquiatras mais bem-intencionados a trocar a escuta pela receita.

Conclusão: justiça social e saúde mental

A complexidade do tema só indica, uma vez mais, que uma sociologia dos “transtornos mentais” não pode nunca se restringir nem somente a uma análise da *psiquiatria como discurso e instituição* nem somente a uma análise de *experiências de sofrimento e das condições sociais de sua produção*. É preciso acompanhar as **inter-relações dinâmicas entre todos esses fenômenos**.

Chamar a atenção para fontes estruturais do sofrimento não significa assentir à tão frequente negação de diagnósticos e tratamentos clínicos para pessoas cujos sintomas psicopatológicos são “reações” perfeitamente compreensíveis à dureza de suas condições sociais de vida. Também não é preciso ser contra o direito dos mais destituídos ao tratamento com psicofármacos, quando ele for necessário, para dar-se conta de que a resposta aos déficits de tratamento não pode se reduzir à mera **expansão da medicalização**.

Em suma, não se trata de abandonar a clínica (pensada para além da simples medicalização), mas de reconhecer sua insuficiência quando divorciada de uma **política da saúde mental** voltada ao combate àquelas condições sociais deprimentes (ou “depressogênicas”, “ansio-gênicas” etc.).

Justiça social é precondition do direito à saúde mental.

O terapêutico é político.

Fonte: Blog do Labemus [www.blogdolabemus.com]

Notas

ⁱ O estudo se baseia na aplicação de um “questionário individual detalhado” que inclui “a versão brasileira do Patient Health Questionnaire (PHQ-9), um instrumento padrão amplamente utilizado para rastreamento e diagnóstico de depressão. O questionário PHQ-9 pergunta ao indivíduo com que frequência, nas últimas duas semanas, ele foi incomodado por sintomas de depressão: “nenhuma vez” (pontuação: 0), “menos da metade dos dias” (pontuação: 1), “mais da metade dos dias” (pontuação: 2) ou “quase todos os dias” (pontuação: 3). A pontuação total de cada indivíduo é calculada pela soma das pontuações atribuídas a cada sintoma e indica a gravidade da depressão (0–4: nenhuma; 5–9: leve; 10–14: moderada; 15–19: moderadamente grave; 20–27: grave). A PNS também inclui informações relativas às seguintes perguntas: “Algun médico ou outro profissional de saúde (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe diagnosticou depressão?” (Sim; não); e “Você costuma procurar frequentemente um médico ou serviço de saúde por causa da depressão ou apenas quando tem algum problema?” (Sim; apenas quando tenho um problema; nunca).” (Mrejen; Hone; Rocha, 2022: 2).

ⁱⁱ Como revela um estudo dos anos de 1950 nos Estados Unidos, mesmo em uma época de alto prestígio da psicanálise no *establishment* psiquiátrico estadunidense, a probabilidade de acesso a “terapias pela fala” diminuía na proporção de quão desvantajosa fosse a posição do indivíduo tratado no espaço social. O que aumentava, por outro lado, era a probabilidade de que indivíduos situados nos andares menos privilegiados daquelas estruturas de classe, raça etc. fossem submetidos a tratamentos somáticos diretos, como drogas, terapias eletroconvulsivas e, naquela época, lobotomias.

ⁱⁱⁱ Estudos de sociologia da saúde mostram que, não só na psiquiatria como em diversas outras áreas médicas, vieses de percepção interseccional entre os profissionais médicos condicionam fortemente suas formas de escuta, interpretação e resposta aos pacientes (Fitzgerald; Hurst, 2017). Esses vieses vão desde a empatia reduzida com certos perfis étnico-raciais (Hoffman et al., 2016) até a subvalorização diferencial da dor, como na tendência a minimizar queixas de mulheres por estereótipos de “exagero” ou “tendência à reclamação” (Samulowitz et al., 2018). No mais, para evocar de novo um lembrete bourdieusiano, os condicionantes estruturais da relação médico/paciente operam nos dois

sentidos. Por exemplo, uma distribuição desigual de capital cultural incorporado entre os pacientes envolve não só a produção social(izada) de falas “cultas” ou “brutas”, propensas a gerar identificação (curiosidade, empatia etc.) ou desidentificação (indisposição, antipatia etc.) nos médicos atendentes, mas até mesmo os *sentimentos diferenciais de autoconfiança* que fazem com que alguns indivíduos – e outros não - se considerem aptos a questionar os médicos (mais ou menos longamente, mais ou menos assertivamente etc.) a respeito de seus diagnósticos, decisões etc.

Referências

FITZGERALD, Chloë; HURST, Samia. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, London, v. 18, n. 19, 2017. DOI: 10.1186/s12910-017-0179-8.

HOFFMAN, Kelly M. et al. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between Blacks and Whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, v. 113, n. 16, p. 4296–4301, 2016. DOI: 10.1073/pnas.1516047113.

MREJEN, Matías; HONE, Thomas; ROCHA, Rudi. Socioeconomic and racial/ethnic inequalities in depression prevalence and the treatment gap in Brazil: a decomposition analysis. *SSM – Population Health*, v. 20, art. 101266, 2022. DOI: 10.1016/j.ssmph.2022.101266.

SAMULOWITZ, Anke et al. “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, v. 2018, art. 6358624, 2018. DOI: 10.1155/2018/6358624.

SMITH, Matthew. A (Social) Class Apart: The Hidden Biases Shaping Psychiatry. *Psychology Today – A Short History of Mental Health*, 23 fev. 2026. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/a-short-history-of-mental-health/202602/a-social-class-apart-the-hidden-biases-shaping>

SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.