

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – CURSO DE MESTRADO

JOSÉ ALBERTO LECHUGA DE ANDRADE FILHO

**A PRODUÇÃO SOCIAL DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE:
REFLEXÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**

CAMPO GRANDE - MS

2022

JOSÉ ALBERTO LECHUGA DE ANDRADE FILHO

**A PRODUÇÃO SOCIAL DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE:
REFLEXÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado da Faculdade de Ciências Humanas da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos psicológicos e suas dimensões socioculturais

Orientadora: Profa. Dra. Renata Bellenzani

CAMPO GRANDE - MS

2022

AGRADECIMENTOS

Desde que a ideia de cursar o mestrado se materializou em mim, refleti sobre as possibilidades e os limites que uma dissertação teria na transformação radical do mundo. Isolada, para atender somente às exigências acadêmicas e/ou aos interesses individualistas, tornar-se-ia ela um excelente peso de papel. O significado e os sentidos de uma dissertação, efetuada por intermédio da universidade pública brasileira, só se concretizam quando se somam a outras produções que, juntas, lutam pelo fim de um sistema que explora trabalhadoras e trabalhadores, atravancando nossa humanização. À vista disso, a presente pesquisa, que é de todas e todos, constitui-se no e pelo coletivo, por meio de minha humilde escrita e orientação das professoras oportunamente mencionadas. Dessarte, faz-me sentido dirigir agradecimentos a algumas pessoas.

À irmã, **Tainah**. ‘Tá’, como a chamo, diariamente me ensina a importância da coragem, com firmeza e carinho que lhe são característicos. Ela me reforça que a coragem não nasce conosco, não é uma semente à espera da aspersão. Tainah me mostra, sim, que a bravura se constrói na relação com as adversidades da vida, que não são poucas. Não há tempestade ou Sol a pino que a faça arredar pé ante os desafios do caminho. Obrigado pela partilha de nossa existência. Amo você, ‘ao infinito... e além!’

À mãe, **Tânia**. Mulher de paciência, é raro ver ‘Toinha’ fora de seu eixo. Com seu jeito único, ensinou-me a honestidade e a justiça. Pelas palavras e ações maternas, aprendi que o mundo pode e deve ser melhor para todas e todos, sem exceção. Obrigado por tudo.

Ao pai, com quem, orgulhosamente, partilho o nome, **José Alberto**. Professor desde os 19 anos, orientou-me sobre o cuidado. Há de nos atentarmos, ininterruptamente, com o que fazemos, pensamos e falamos a outrem. ‘Barrigudo’ me reforça que, para chegarmos o mais próximo possível da história do outro, temos de calçar os seus sapatos, saboreando suas dores e amores. Sou-te profundamente grato.

À cunhada, **Ana**, que se tornou irmã. ‘Cunha’ sempre se mostrou interessada no assunto e no andamento deste trabalho, impulsionando-me. A partir de nossas discussões, recuei, fiquei inerte, avancei. Ana, desde o nosso primeiro encontro, ensina-me que duvidar e questionar é imprescindível, mas que, às vezes, o silêncio e a paciência podem ser nossos maiores aliados. Desde muito cedo, vem se tornando mãe e mulher trabalhadora. Você é exemplo de ser humano.

Aqui, estendo o meu ‘muito obrigado’ ao **Guilherme**, sobrinho emprestado! Gui, com sua doçura, permite-me a quebra da seriedade, o rompimento com o ‘eu mestrando’ e me coloca em contato com o cara brincalhão e piadista que sou.

À avó materna, **Jacira**. Desde que nasci, sinto seu indescritível carinho para comigo. Jamais foi diferente. Obrigado pelo abrigo nos momentos que precisei. Obrigado pelos almoços e lanches que me deu ao longo de todos os anos que estive na UFMS. A vida é árdua e, com a senhora, ela tem sido severa em muitos aspectos. Ainda assim, consigo enxergar brilho nos teus olhos e felicidade nas tuas palavras.

À tia, **Vânia**, pelo incentivo. Nunca duvidou da minha capacidade de seguir em frente, de enfrentar ou contornar os obstáculos, até nos momentos em que eu mesmo pensei em desistir. Faz-se presente em todos os importantes eventos da minha vida. Gratidão eterna à essa ‘tia-mãe’, juntamente aos agradecimentos para o tio **Wagner** e os primos, **Izadora** e **Miguel**.

À **Ana Karoline**, que, mesmo distante, sempre me faz lembrar do sentido de família.

Aos avós paternos, **Margarete** e **Tanner**. Quase nômades (risos), sempre abrem as portas de sua casa já com o convite para o mate, uma tapioca quentinha e o feijão de caldeirão que só a vó Margarete sabe fazer. Ao seu lado, encontro-me com a história da nossa família, a qual, entre ganhos e perdas, felicidades e tristezas, trouxeram-nos até aqui. Constituí-nos.

Aos tios paternos, **Silvio**, **Fábio** e **Robson**, e aos primos, **Misael** e **Miriã**. Cada um(a), em sua intimidade, torce pela minha vida e pelo meu sucesso. Obrigado!

À tia, **Patrícia**, que me ensina o valor do trabalho e do recomeçar. Quase tudo que ‘dá ou deu errado’ em sua vida a senhora transforma, com suor, em outro caminho possível.

À bisavó, **Carmen**, que no decorrer de quase nove décadas de vida muito bem vividas, sendo eu participe das três últimas, prova-me que o sorriso, mesmo em meio às turbulências, pode salvar o dia, principalmente quando acompanhado de uma xícara de café.

Às professoras e aos professores que passaram pela minha trajetória educacional, desde a pré-escola até a finalização deste trabalho. Todas e todos, sem exceção, transformaram-me, revolucionaram-me, mostraram-me possibilidades outras de ser e existir. Ainda assim, alguns nomes precisam ser mencionados.

À **Ivonete** (*in memoriam*), por furar a bolha de ignorância na qual eu vivia. À **Branca**, por me ensinar que nada, absolutamente nada, é imutável. À **Inara**, por me mostrar a importância da crítica em sentido marxiano (reconhecendo que tenho muito a aprender). À **Livia**, por me aproximar do compromisso social que todos temos, especialmente nós, da Psicologia. À **Ana Karla**, por me reforçar a importância de ser pesquisador, no sentido mais

radical do vocábulo. Ao **Rodrigo**, por me ensinar que a produção do conhecimento científico não se concretiza senão coletivamente. Aproveito para agradecer, também, a acolhida que sempre recebi de todas e todos do Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia (GEPeHP/UCDB), especialmente, do **Rhenato** e da **Roberta**, incluída a **Eliza**.

À professora **Renata**, orientadora deste trabalho. Sem me conhecer prévia e pessoalmente, aceitou a tarefa de me orientar. Gratidão.

À professora **Silvana**, membra da banca. Cada linha por ela escrita se torna inspiração e esperança na luta por uma Psicologia deveras comprometida com a classe trabalhadora e com a destruição da sociabilidade capitalista.

À professora **Melissa**, membra da banca. Sua tese de doutorado ter se tornado referência a mim e a outros pesquisadores do sofrimento psíquico desde o materialismo dialético, não é algo fortuito. Seu trabalho desvela, com profundidade, as perversidades que o capitalismo implica nas pessoas.

À professora **Alexandra**. Além de supervisora de estágio e também membra da banca do meu Trabalho de Conclusão de Curso, tornou-se amiga, acolhendo-me sempre que precisei.

Às essas três últimas docentes, também destino agradecimentos ante às valiosas contribuições efetuadas na qualificação e na defesa da dissertação.

À **Marina**, que me acompanha já há alguns anos. Para além da relação terapeuta-cliente, nutro carinho, respeito e admiração pela mulher e profissional que é.

À **Aline**, **Catarina**, **Ludmar** e **Rosely**, secretárias vinculadas à FACH/UFMS, que me auxiliaram nos processos burocráticos e sempre se mostraram disponíveis para sanar minhas dúvidas.

Às amigas desde o cursinho pré-vestibular, **Fabiana**, **Rafaela**, **Karina** e **Zaira**. Nossa amizade me é muito importante e dividir sonhos com vocês torna a vida mais alegre. Especialmente, à **Ingrid**, amiga desde o segundo do ano do ensino médio (2008). Tal qual unidade dos contrários, ‘Dindi’ sempre me mostra o diferente, o que não é, mas pode vir a ser. Obrigado por dividir as angústias do mestrado comigo e por me ‘emprestar’ cuidados maternos vez ou outra. Obrigado, ‘**Maninha**’.

Às amigas de Letras/UFMS, **Camila**, **Glaecy**, **Natália** e **Thaíssa**. Amigas que sabem, cada uma à sua maneira, ser doces e firmes. Talvez sem saberem, diariamente, vocês me ensinam o amor, a empatia e a importância do estudo contínuo. Obrigado pelos encontros e pelas risadas que fazem a barriga doer. Obrigado por confiarem em mim. Também à **Cárin**.

Às amigas de Farmácia/UFMS, **Lariane** e **Stephanie**. Especialmente à **Alexsandra**. Obrigado por me aceitar exatamente como fui, sou e posso vir a ser. Obrigado por ser apoio e exemplo. Em sua companhia, sinto-me verdadeiro, sinto-me em casa., sinto-me inteiro. Também ao **Robson**.

À **Victória**, por me oportunizar sair de mim e me enxergar por seus olhos. Você me pontua a não-perfeição do 'Betinho' e isso só cabe a uma verdadeira amiga. Brilhe sempre!

À **Renata Dalbianco**, pela confiança que me destina. Fala quando precisa, cala quando necessário. Apoia-me. Obrigado por ser parceira no sentido mais amplo do termo. Obrigado por me apresentar **Carlinha**.

Ao **Marcos**, pela dialética do constante amor-ódio (risos). Pela amizade.

Ao **Ângelo**, de quem me aproximei anos depois de conhecer. De fato, obrigado por me permitir te conhecer, ser-te amigo. Obrigado por ser exemplo em que me espelho.

À **Daniela** e à **Tamiris**, por dividirem as alegrias e os dissabores de ser pós-graduando no Brasil, em meio a uma pandemia. Obrigado por iluminarem meus passos quando tudo que conseguia fazer era andar em círculos ante a escuridão da angústia. Do sorriso às lágrimas, seguimos juntos.

Às amigas e aos amigos da Psicologia. Pessoas ímpares com quem tive/tenho o privilégio de conviver: **Bianca**, **Bruna**, **Carolina** (pelos importantes conselhos, sempre envoltos de muita risada), **Carlos Eduardo** (pelo comprometimento na construção de uma Psicologia Crítica), **Daniel**, **Flávio**, **João Pedro**, **Júlia**, **Lorhan**, **Marinthia**, **Pedro** (pela partilha de informações gastrintestinais), **Penha**, **Rebeca Moreira** (sempre tão doce), **Rebeca Pompilio**, **Thais**, **Thaize**, **Thiago**, **Veridianna**, **Valéria** e **Vanessa**

À **Joseli**, pela amizade que me deu suporte em momentos difíceis da vida. Obrigado por me mostrar que eu poderia e posso ser quem eu quiser, no caminho do amor.

À **Maria**, por dividir o caminho da graduação e do mestrado. Obrigado pelos puxões de orelha e elogios. Obrigado por ser porto seguro.

À **Giselle**, por ser acolhimento. Não houve momento em que eu tenha pedido socorro e você não tenha se feito presente e empática. Espero, um dia, poder retribuir em pé de igualdade. Também ao **Alexandre**.

À **Maysa**, por me mostrar que a vida é movimento; é o bater das asas com a certeza de que sempre poderemos construir local de pouso nas amigas e nos amigos.

Às amigas mais recentes, **Ana Karla**, **Bianca**, **Iris**, **Mariane**, **Natália** e **Samantha**.

Ao **Baruck** (*in memoriam*) e à **Buba**.

Em tempo, agradeço a todas e todos **cientistas** que, mesmo sob os constantes ataques e desinvestimentos infligidos à pesquisa, seguem trabalhando no desenvolvimento de vacinas, sobretudo contra a COVID-19, e aos **profissionais da saúde**, que, bravamente, tornam possível a imunização do povo brasileiro.

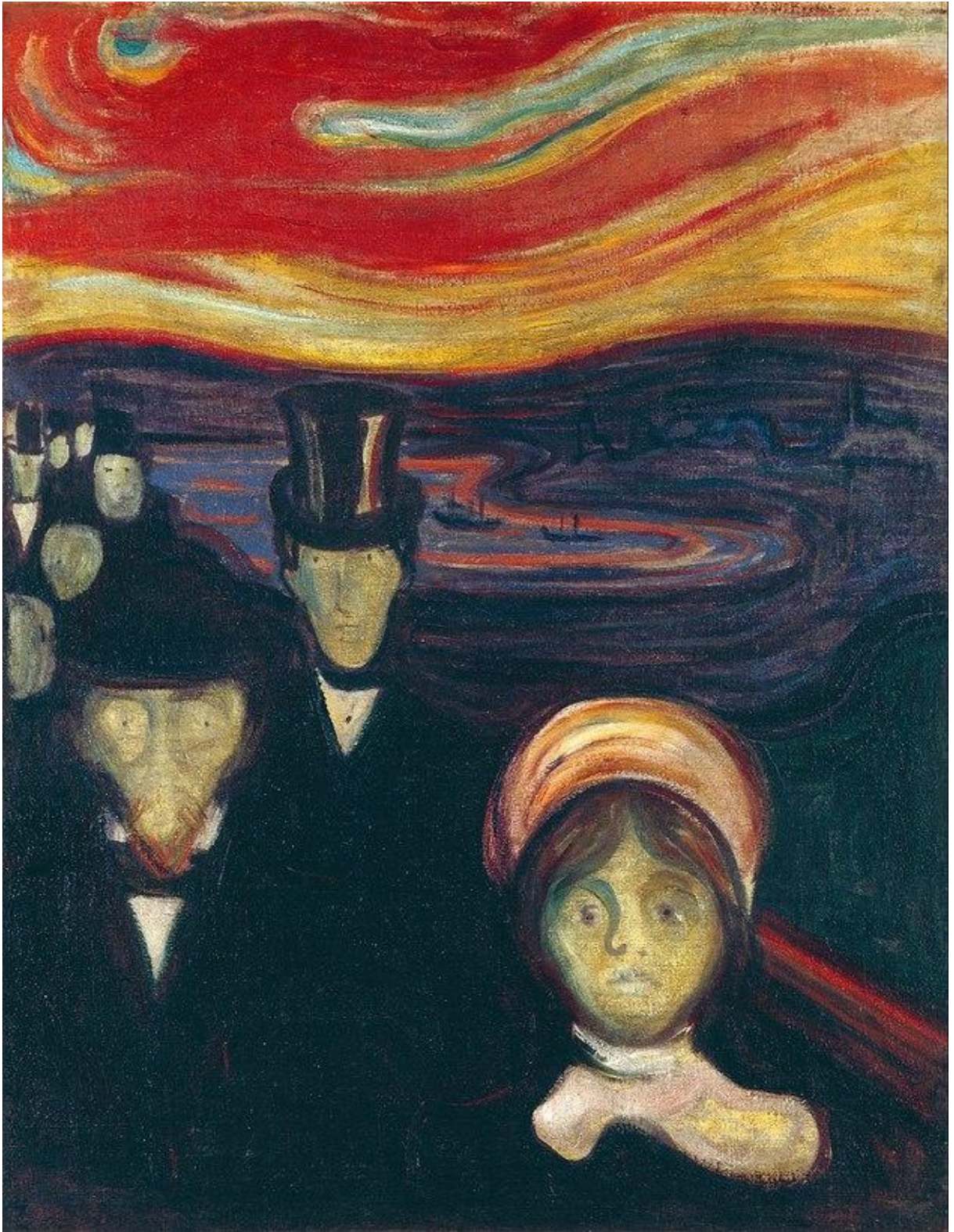
A conclusão desta dissertação está intrinsecamente relacionada a isso, haja vista que eu e minha família fomos infectados pelo SARS-CoV-2, apresentando apenas sintomas leves graças à proteção das vacinas. Ao **SUS**, como um todo, muito obrigado!

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, apoiaram-me, torceram pela conclusão deste trabalho, que folgo em reafirmar: é nosso. Cada palavra desta dissertação carrega uma parte das pessoas aqui mencionadas. Também peço desculpas caso tenha deixado algum nome fora dessas páginas iniciais – responsabilizarei o cansaço comum de mestrando em fim de curso (risos).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à classe trabalhadora, tão afetada pelo sofrimento psíquico oriundo da sociabilidade capitalista e nas mãos da qual está a real possibilidade de construir um novo mundo.



MUNCH, E. **Ansiedade**. 1894. 1 fotografia – Google Arts & Culture. Coleção The Munch Museum, Oslo.

RESUMO

Conforme recentes dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos de ansiedade despontam entre os mais recorrentes na população mundial, atingindo cerca de 264 milhões de pessoas. Em relação ao Brasil, o país é referido como ‘o mais ansioso do mundo’. À vista disso, a ciência, especialmente médico-psiquiátrica e psicológica, tem se dedicado a pesquisar a ‘ansiedade patológica’ conforme a proposição de seus sinais e sintomas, a definição de critérios classificatórios, a crescente diversificação em subtipos de transtornos, a prevalência em determinados grupos e as correlações estatísticas com fatores de risco, configurando-se, assim, uma abordagem predominantemente descritiva e presenteísta – o que contribui para a ontologização da doença e a secundarização da centralidade das pessoas e dos processos da totalidade social em que suas vidas estão implicadas. Com isso, a aparência do fenômeno é tomada como sua essência, *pari passu* ao velamento de suas determinações mais radicais. A partir deste trabalho, então, fundado nos pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, tencionamos problematizar as concepções hegemônicas, e seus possíveis desdobramentos, a respeito da ansiedade, especificada em subtipos de transtorno. Para tanto, construímos um panorama cronológico-comparativo entre a primeira e a última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – considerado um dos principais compêndios da Psiquiatria mundial – e as mudanças ocorridas no modo de produção capitalista desde 1950, data da primeira versão da obra. Denotamos, assim, que as crises do sistema, com destaque à ocorrida na década de 1970, acirram os mecanismos de exploração e subordinam os trabalhadores às mais extenuantes cargas de trabalho, aumentando seu adoecimento e retroalimentando a necessidade de alargamento dos espectros diagnósticos para que abarquem mais indivíduos em tipos/subtipos de transtornos de ansiedade. Em seguida, efetuamos uma revisão bibliográfica, objetivando extrair, das mais atuais produções científicas, o que tem sido postulado a respeito da etiologia da ansiedade e seus transtornos. Depreendemos, desde essa tarefa, a massiva vinculação das pesquisas aos pressupostos do DSM: a partir de investigações empíricas, destaca-se a associação de variáveis aos sintomas, concentrando-se as propostas de intervenção nos campos farmacológico e comportamental, a despeito de possibilitarem certa atenuação do sofrimento. Discussões aprofundadas a respeito da etiologia dos quadros de ansiedade, levando-se em conta perfis e condições psicossociais, são escassas, assim como formulações teóricas e/ou modelos hipotéticos que orientem novos estudos, dirigidos a investigar as determinações mais gerais do sofrimento. Negligencia-se, por seu turno, uma abordagem genético-causal, que se aprofunde no desvelamento dos nexos desse processo psicofísico (como síntese de múltiplas determinações), sempre singular, com a totalidade social e as mediações particulares. Ante ao exposto, no terceiro capítulo desta dissertação, discorreremos a respeito da imprescindibilidade de estudos que desvelem as determinações radicais, a causalidade, a extensão e a intensificação dos estados ansiosos na população, com ênfase nas particularidades por grupos, tomando-se como princípios a dialética indivíduo-sociedade e o social como fonte: a) dos processos saúde-doença, incluindo o sofrimento psíquico, no âmbito da unidade psicofísica; b) do desenvolvimento da personalidade; e, c) dos constrangimentos vivenciados como pressões ao sistema atividade-consciência-personalidade. Avançaremos, assim, na construção de uma práxis que supere a hegemonia biomédica no campo, tão funcional à reprodução social capitalista.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade. Sofrimento Psíquico. Psicologia Histórico-Cultural.

ABSTRACT

According to recent data from the World Health Organization (WHO), anxiety disorders are among the most common in the world population, reaching about 264 million people. In relation to Brazil, the country is referred to as 'the most anxious in the world'. In view of this, science, especially medical-psychiatric and psychological, has been dedicated to researching the 'pathological anxiety', according to the proposition of its signs and symptoms, the definition of classification criteria, increasing diversification into subtypes of disorders, the prevalence in certain groups and the statistical correlations with risk factors, thus configuring a predominantly descriptive and presenteeist approach – which contributes to the ontologization of the disease and the secondaryization of the centrality of people and the processes of the social totality in which their lives are implicated. With this, the appearance of the phenomenon is taken as its essence, *pari passu* to the veiling of its most radical determinations. Based on this work, then, based on the assumptions of Historical-Cultural Psychology and the Theory of Social Determination of the Health-Disease Process, we intend to problematize the hegemonic conceptions, and their possible consequences, regarding anxiety, specified in subtypes of disorder. Therefore, we built a chronological-comparative panorama between the first and the last edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – considered one of the main compendia of world psychiatry – and the changes that have taken place in the capitalist mode of production since 1950, the date of the first version of the book. We denote, therefore, that the crises of the system, especially the one that occurred in the 1970s, they intensify the mechanisms of exploitation and subordinate workers to the most strenuous workloads, increasing their illness and feeding back the need to broaden the diagnostic spectrum to encompass more individuals in types/subtypes of anxiety disorders. Then, we carried out a bibliographic review, aiming to extract, from the most current scientific productions, what has been postulated about the etiology of anxiety and its disorders. From this task, we inferred the massive linkage of the research to the assumptions of the DSM: from empirical investigations, the association of variables with symptoms stands out, focusing on intervention proposals in the pharmacological and behavioral field, despite allowing certain relief from suffering. In-depth discussions about the etiology of anxiety, taking into account psychosocial profiles and conditions, are scarce, as are theoretical formulations and/or hypothetical models that guide new studies, aimed at investigating the more general determinations of suffering. In turn, a genetic-causal approach is neglected, which delves into the unveiling of the links of this psychophysical process (as a synthesis of multiple determinations), always singular, with the social totality and particular mediations. In view of the above, in the third chapter of this dissertation, we discuss the indispensability of studies that reveal the radical determinations, causality, extension and intensification of anxious states in the population, with emphasis on the particularities by groups, taking as principles the individual-society dialectic and the social as: a) source: health-disease processes, including psychological distress, within the scope of the psychophysical unit; b) of personality development; and c) the constraints experienced as pressures on the activity-consciousness-personality system. We will thus advance in the construction of a praxis that overcomes the biomedical hegemony in the countryside, so functional to capitalist social reproduction.

Keywords: Anxiety Disorder. Psychic Suffering Historical-Cultural Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (em tradução livre: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), atualmente em sua quinta edição

EUA – Estados Unidos da América

FS – Fobia Social

OMS – Organização Mundial da Saúde [*WHO – World Health Organization*]

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde [*PAHO – Pan American Health Organization*]

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (em tradução livre: Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2)

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TAS – Transtorno de Ansiedade Social

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TCC – Teoria Cognitivo-Comportamental

TP – Transtorno de Pânico

UFMS – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

LISTA FIGURAS/ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA PESQUISA NO SITE DA SCIELO	64
FIGURA 2 – FLUXOGRAMA QUE SINTETIZA AS ETAPAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA SCIELO	68
FIGURA 3 – NÚMEROS REFERENTES AO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO, NO BRASIL	117

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – TRANSTORNOS DE ANSIEDADE CONFORME O DSM-5.....	29
---	----

QUADRO 2 – DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA DA ANSIEDADE PATOLÓGICA CONFORME O DSM-5	30
QUADRO 3 – DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (FOBIA SOCIAL)	45
QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO	47
QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DA AGORAFOBIA	49
QUADRO 6 – DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ..	50
QUADRO 7 – EM RELAÇÃO ÀS EDIÇÕES DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)	65
QUADRO 8 – EM RELAÇÃO AOS MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO PRODUTIVO	66
QUADRO 9 – E M RELAÇÃO ÀS TEORIAS SOBRE A SAÚDE-DOENÇA	66
QUADRO 10 – SÍNTESE DOS PRIMEIROS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DAS PESQUISAS	69
QUADRO 11 – SÍNTESE DAS DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE (E/OU DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE) QUE BALIZARAM NOSSOS EIXOS DE ANÁLISE	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – NEUROSES CONFORME O DSM-I (À ESQUERDA) E O DSM-II (À DIREITA).....	37
TABELA 2 – SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIUNDOS DA SCIELO	69
TABELA 3 – BREVE ANÁLISE CIENCIOMÉTRICA REFERENTE ÀS ÁREAS DO CONHECIMENTO DOS PERIÓDICOS DOS ARTIGOS PROSPECTADOS NA SCIELO	70

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	26
CAPÍTULO 1 – O DSM, A ANSIEDADE E AS TRANSFORMAÇÕES NA BASE MATERIAL E SOCIAL DA VIDA: EXPOSIÇÃO COMPARATIVO-CRONOLÓGICA	34
1.1 DSM-I (1952) e DSM-II (1968): A INFLUÊNCIA DA PSICANÁLISE	35
1.2 DSM-III (1980) e DSM-III-R (1987): A ‘REVOLUÇÃO’ CIENTÍFICA	38
1.3 DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000): A DÉCADA DO CÉREBRO.....	41
1.4 DSM-5 (2014): O ENFOQUE DIMENSIONAL DOS TRANSTORNOS	43
1.5 ALGUNS MARCOS DAS TRANSFORMAÇÕES NA CONJUNTURA MUNDIAL (1950-2020).....	51
1.5.1 O QUE ACONTECE NA VIDA SOCIAL PARI PASSU AO DESENVOLVIMENTO DAS EDIÇÕES DO DSM.....	52
1.5.2 AS TEORIAS UNI E MULTICAUSAL DA SAÚDE-DOENÇA	58
1.5.3 A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	61
CAPÍTULO 2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: O QUE DE MAIS ATUAL A CIÊNCIA TEM PRODUZIDO A RESPEITO DA ANSIEDADE E SUA ETIOLOGIA	67
2.1 A PESQUISA NA SCIELO	68
2.2 A SISTEMATIZAÇÃO DO MATERIAL PROSPECTADO	68
2.2.1 UMA BREVE ANÁLISE CIENCIOMÉTRICA E A SÍNTESE DO PERCURSO METODOLÓGICO NA SCIELO	70
2.3 A ANÁLISE DO CONTEÚDO DOS ARTIGOS DA REVISÃO	72
2.3.1 A IDENTIFICAÇÃO DAS DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE E SEUS FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	73

2.3.1.1 DOS ARTIGOS QUE APRESENTARAM DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE FUNDAMENTADAS EM/RELACIONADAS A EDIÇÕES DO DSM	74
2.3.1.2 DOS ARTIGOS QUE APRESENTARAM DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE FUNDAMENTADAS EM AUTORES DIVERSOS	78
2.3.1.3 DOS ARTIGOS QUE NÃO APRESENTARAM QUALQUER DESCRIÇÃO ACERCA DA ANSIEDADE NEM FIZERAM USO DE INSTRUMENTO AVALIATIVO	81
2.3.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE	82
2.3.2.1 DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO.....	84
2.4 UMA BREVE SÍNTESE DOS DADOS EXTRAÍDOS DESTA REVISÃO	107
CAPÍTULO 3 – FINALIZANDO AS REFLEXÕES A RESPEITO DA ANSIEDADE DESDE A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL.....	109
3.1 DESCREVER, RELACIONANDO ELEMENTOS, NÃO É EXPLICAR; DETERMINANTES SOCIAIS E DETERMINAÇÃO SOCIAL NÃO SÃO SINÔNIMOS	111
3.2 AS MULHERES SENTEM MAIS ANSIEDADE QUE OS HOMENS. POR QUÊ?	118
3.3 O MEDO E A ANSIEDADE SOB A PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL .	122
3.4 CONTRIBUIÇÕES DA DIALÉTICA SINGULAR-PARTICULAR-UNIVERSAL PARA PENSARMOS O SOFRIMENTO PSÍQUICO DENOMINADO COMO ANSIEDADE.....	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
REFERÊNCIAS	149

APRESENTAÇÃO

Na escrita desta apresentação, peço licença – quase ‘poética’ – para utilizar os pronomes pessoais do caso reto e oblíquo, em primeira pessoa do singular¹, colocando em suspenso a suposta neutralidade científica, visando ao tracejamento dos caminhos que me trouxeram a esta pesquisa e que, espero, levem-me adiante.

Desde o início da graduação em Psicologia, possuía vaga ideia de cursar o mestrado. Àquela época, fascinava-me, por exemplo, as infinitas possibilidades de explicar um ‘transtorno mental’ mediante a compreensão das incontáveis estruturas neuronais. Ao mesmo tempo, a teoria freudiana me encantava² – parecia uma sedução, uma paixão que me causava taquicardia. Conhecer os rincões de nossa mente era meu objetivo primevo.

Quando no segundo semestre do curso, tivemos a disciplina de ‘Fundamentos Epistemológicos e Históricos: Psicologia Sócio-Histórica’, ministrada pela professora doutora Ivonete Bitencourt Antunes Bittelbrunn (*in memoriam*). Inicialmente, cheguei a pensar que não gostava da docente, haja vista suas críticas às demais abordagens da Psicologia – algo que figurava me afetar pessoalmente. Com o tempo, porém, percebi que os incômodos (a própria ‘quebra da homeostase’), suscitados pelas palavras dessa mestra, significaram o início das revoluções em minha vida.

Ao longo da graduação em Psicologia, direta ou indiretamente, abrupta ou paulatinamente, somos todos impelidos à escolha da abordagem teórica e, por suposto, já eu me encontrava no centro do pêndulo entre a Psicanálise e as teorias dedicadas ao estudo neuroanatômico e neuroquímico. Não precisava, então, de mais uma vertente teórica para o fomento da dúvida.

No terceiro semestre, passamos a ter aulas com a professora doutora Inara Barbosa Leão e, desde aquele tempo, a dúvida, que outrora me fora tão incômoda, tornou-se companheira e mediadora de avanços possíveis – não sob a lógica formal, linear, de ascensão; mas em sentido dialético, com todos os seus inerentes processos de contradição. Em um vídeo que a docente nos apresentou, o qual homenageia a professora doutora Silvia Tatiana Maurer Lane (*in*

¹ No que diz respeito à totalidade desta dissertação (e mesmo em trechos da apresentação, quando cabível), optamos por redigi-la na primeira pessoa do plural (nós), tendo em vista nosso posicionamento teórico-metodológico.

² Quatro anos antes de iniciar o mencionado curso de graduação, submeti-me a um processo de análise ‘laciana’ e, por isso, também participei de um grupo de estudo dessa vertente teórica. À vista disso, quando no início do ensino superior, já possuía introdutório conhecimento a respeito da Psicanálise e da fragmentação da/ciência psicológica.

memoriam), uma frase, baseada no filósofo francês Gaston Bachelard, marcou-me e segue pulsante em minha memória: “A ciência só avança quando o cientista pergunta ‘por que não?’” (LANE, s.d.).

Os semestres se sobrepuseram, outras docentes passaram por minha trajetória (as quais já foram oportunamente agradecidas neste trabalho) e as dúvidas me corroíam. Eu ingressaria no mestrado tão logo concluísse a graduação? Cursá-lo-ia na própria UFMS? Rumaria à Psicanálise ou me decidiria pelos estudos biologicistas? E a Psicologia Histórico-Cultural? Caso a escolha, terei campo de trabalho para além da academia? Em sentido utilitarista: o que fazer com os conhecimentos dos quais me apropriei na universidade?

Entrementes, vale a pena uma breve digressão: desde criança, afirmava eu que cursaria Arquitetura e Urbanismo, ainda que mal conhecesse o significado da profissão – penso que essa se tratava de uma entre as tantas fantasias infantis que, vez ou outra, nutrimos: ‘Quando crescer, quero construir prédios’. Aos 14 anos de idade, residindo no interior de Mato Grosso do Sul, vivenciei meu primeiro ‘ataque de pânico’ – definição à que tive acesso muito tempo depois. Essa experiência foi dolorosa e, em certa medida, solitária.

Em 2007, de volta a Campo Grande, o supracitado ataque de pânico se repetiu incontáveis vezes e, destarte, passei a conviver diariamente com essa incômoda experiência. No início, até tentei auxílio familiar, porém, devido a uma série de motivos, decidi enfrentar o ‘problema’, sozinho – o que, hoje, não me parece tão incomum quando ouço relatos de meus pares que também estiveram e/ou estão em sofrimento psíquico. Neste ínterim, ainda cursava o ensino médio e, como todo adolescente³, vivenciava as mais diversas particularidades dessa etapa da vida: escolha profissional, maturação biológica, descoberta da sexualidade.

Em maio de 2009, depois de esgotadas todas as possíveis alternativas individuais para lidar com meu sofrimento psíquico – e experienciando as mais diversas marcas que a ansiedade pode deixar em nossa vida, como o isolamento afetivo –, recorri à minha irmã que, prontamente, agendou aquela que seria minha primeira consulta com uma profissional de Psicologia.

Dessa maneira, tive acesso a tratamento psicológico e, posteriormente, médico (farmacológico), destinados a pessoas com ansiedade classificada como patológica. Seria

³ Ao fazer uso da expressão ‘todo adolescente’, refiro-me a sujeitos de um estrato da classe trabalhadora a que pertenci/pertenço: jovens estudantes de uma escola privada, de bairro central de uma cidade brasileira, entre os anos de 2007 e 2009, os quais, na maioria das vezes, possuíamos condições materiais suficientes (mediante a venda da força de trabalho de nossos cuidadores) para nos preocupar quase exclusivamente com vestibulares e assuntos afins. Sei, contudo (e devido à lógica capitalista), da existência de pessoas em realidade muito desigual, que, quase inalteradamente, precisam vender sua força de trabalho, já desde a infância, para garantirem e/ou ajudarem a sobrevivência de si e de familiares.

leviano negar o auxílio que a psicoterapia e o uso de medicamentos me propiciaram: retomei atividades que, outrora, abri mão, devido ao extremo mal-estar. Concluí o ensino médio, cursei a graduação, tornei-me adulto. Naquele momento, essas formas de cuidado me ‘salvaram’.

Junto a esse ‘turbilhão de emoções’, tive contato com a disciplina de Biologia, no Ensino Médio, que me despertou interesse, concomitantemente à aproximação pessoal da área da saúde, enquanto usuário. Dito isso, optei por tentar uma vaga no curso de Medicina, em detrimento de Arquitetura e Urbanismo. À essa altura, possuía o entendimento idealizado da profissão médica⁴, o qual penso influenciar a escolha, também e ainda, de parcela considerável dos jovens vestibulandos: ‘Quero salvar vidas’.

Nesse contexto, não cogitava a Psicologia, tendo em vista que a ciência médica, para além do supracitado, também possui prestígio em nossa sociedade e um retorno financeiro mais vantajoso quando comparado ao de outras profissões, dado da realidade que influencia sobremaneira um filho da classe trabalhadora como eu. A decisão pela carreira médica significou, então, a intensificação nos estudos, alguns gastos financeiros com cursos preparatórios e uma soma na ‘carga’ de ansiedade já existente, afinal, a concorrência por uma vaga em faculdade de Medicina, já naquela época, poderia ultrapassar a marca de 300 candidatos.

De 2010 a 2013, frequentei cursos pré-vestibular, comungando o início de algumas graduações⁵ na Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Após quatro anos e muitos vestibulares prestados, em fevereiro de 2014, alcancei a aprovação em Medicina. Todavia, a vaga pertencia a uma empresa/universidade privada e, motivado pelos insuficientes recursos financeiros (na época, a mensalidade do curso ultrapassava R\$9mil), tive de desistir desta (vaga). Como já havia iniciado Psicologia na UFMS – e, confesso, exausto do pré-vestibular –, retomei essa graduação, concluindo-a em março de 2018.

⁴ Auxiliar no salvamento e na manutenção da vida humana, inegavelmente, constitui uma das principais atividades da Medicina, que não deve ser esquecida e/ou negligenciada, mas está longe de ser única e/ou exclusiva dessa profissão, a exemplo da Enfermagem e da própria Psicologia. O que me preocupa é o fato de idealismos a respeito da ocupação médica velarem problemáticas antigas e corriqueiras da formação e do exercício profissional, a exemplo do processo de precarização das Instituições de Ensino Superior – este, agravado sob o atual governo –, o contínuo desinvestimento financeiro que a área da saúde sofre há décadas e o inadmissível movimento de mercantilização da educação superior no Brasil. Esses temas precisam estar em constante debate na formação acadêmica, inclusa a médica, para que construamos o enfrentamento coletivo da realidade, destruindo a lógica do capital.

⁵ Em ordem cronológica: Letras (2010), Farmácia (2012) e Psicologia (2013) – neste último ano, minha rotina era constituída do trabalho como atendente de Telemarketing no período matutino, graduando em Psicologia à tarde e, no período noturno, estudante do preparatório para vestibulares. Como existiam tempos vagos nas grades curriculares dos cursos citados, tentava aproveitá-los estudando, com o intuito de obter a vaga de Medicina por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), principal forma de acesso à educação superior pública no Brasil.

Nesse mesmo ano (2018), iniciei o curso de pós-graduação em Avaliação e Perícia Psicológica, em uma universidade privada de Campo Grande-MS. Conjuntamente, atuei em clínica de psicoterapia, obtendo certo êxito (financeiro e profissional). Contudo, via-me insatisfeito com a atividade. Tal qual psicólogo clínico (e, por isso, atendendo pessoas em sofrimento psíquico) e, ao mesmo tempo, usuário de serviços psicológicos e psiquiátricos – ou, em linguajar hegemônico, enquanto cliente/paciente –, vivenciava as limitações da Psicologia, sobretudo baseada em teorias que, variavelmente, individualizam a explicação e o tratamento da ansiedade. Lembrava-me, de maneira ininterrupta, das acaloradas discussões que tivemos na graduação a respeito do assunto.

Por volta de setembro de 2018, o Programa de Pós-graduação em Psicologia – Curso de Mestrado da UFMS divulgou o edital de uma seleção especial⁶ para novos candidatos. Ao ler o documento, deparei-me com a temática de pesquisa da professora doutora Renata Bellenzani – hoje minha orientadora. Tão logo vislumbrei a oportunidade de me dedicar à pesquisa de um tema que me afeta, faz-me sentido e, retomando Silvia Lane, pensei: ‘Por que não?’

Submeti-me ao processo seletivo, fui aprovado e, entre outros candidatos à única vaga oferecida pela professora Renata naquele tempo, consegui ingressar no mestrado. De início, minha orientadora, por direito à licença maternidade, ausentou-se das atividades acadêmicas – período ao longo do qual recebi apoio e direcionamento da professora (e amiga), Alexandra Ayach Anache.

Em março de 2020, concluídas as disciplinas do curso de mestrado e já em fase de planejamento para ir até Paranaíba conhecer, pessoalmente, a professora Renata (com quem só havia tido contato por intermédio de tecnologias de comunicação remota), o mundo passou a vivenciar a pandemia de SARS-CoV-2, situação vigente até a conclusão desta dissertação. Assim sendo, todos os encontros de orientação se deram de forma remota.

À vista do exposto, culminamos nesta dissertação. Nela, reafirmo, estão impressas todas as singularidades acima relatadas, as quais só existem por intermédio da (e na relação com a) universalidade que me constitui, mediada pelas particularidades que me forjam a humanização – um homem branco, da classe trabalhadora, pós-graduando em uma universidade pública brasileira, no século XXI, entre outras. Através deste trabalho, buscamos problematizar as concepções hegemônicas do sofrimento psíquico nomeado como ansiedade (ou transtornos de

⁶ As seleções desse programa ocorriam somente entre os meses de junho e agosto. Em 2018, porém, a instituição decidiu padronizar as seletivas ao longo dos meses finais do ano.

ansiedade), em sua manifestação considerada patológica, descrita, principalmente, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, sigla em Língua Inglesa)⁷.

Consideramos o que a ciência produziu e produz em relação aos chamados ‘transtornos de ansiedade’, mas tencionamos propor meios de superar as concepções biomédicas e psicologizantes. Objetivamos o alcance das determinações mais radicais desse sofrimento psíquico, considerando a pessoa em situação de sofrimento, em sua ontologia, e não apenas a ‘doença’, que tende a passar por uma ontologização⁸, por intermédio da Medicina, que exerce uma significativa influência sobre as outras disciplinas e na vida social.

O estudo pretende estabelecer um diálogo não somente com pesquisadoras e pesquisadores da Psicologia, da Psiquiatria e da Saúde Mental⁹, mas também com profissionais ligados a essas áreas. Planeamos entregar uma pesquisa que auxilie a sustentar, nos serviços de saúde, uma atuação atenta ao ser humano em toda a dinamicidade e integralidade, superando a tradicional fragmentação destas esferas, o que, na pesquisa epidemiológica tradicional, tem se expressado por meio da listagem de variáveis e fatores de risco para cada uma delas.

Para trilharmos o caminho até nosso objetivo, filiamo-nos, por óbvio, a um método – qual seja, o materialismo histórico-dialético. A teoria social de Marx, bem como o método por ele sistematizado, ao lado de Engels, está (e sempre esteve) ligada a um projeto revolucionário a serviço das trabalhadoras e dos trabalhadores (PAULO NETTO, 2011). É imprescindível reforçar, então, que, na escrita desta pesquisa, procuramos nos manter fiéis a este projeto, vinculando-nos a outros autores que têm se dedicado à compreensão do sofrimento psíquico desde o materialismo histórico-dialético, particularmente por intermédio da Psicologia Histórico-Cultural e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença¹⁰.

⁷ Neste trabalho, optamos pelo uso do DSM devido à sua direcionalidade exclusiva para os chamados ‘transtornos mentais’ e ao seu amplo uso e difusão por pesquisadores e clínicos da área. A despeito disso, reconhecemos a existência e a importância de outras obras que tratam da temática, em especial, a da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2022), atualmente, em sua décima primeira edição (CID-11).

⁸ Ao utilizarmos esse vocábulo, pretendemos lançar luz sobre o fato de, ao menos aparentemente, a doença, o transtorno, ter ganhado ‘vida própria’. Em outras palavras: “[...] houve, no desenvolvimento da clínica médica, um gradual descarte de qualquer elemento subjetivo implícito ao sofrimento, na busca do conhecimento técnico mais produtivo e eficiente para o controle das enfermidades” (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017, p. 554). Isso considerado, é como se as doenças existissem de modo autônomo, tais quais fatos patológicos naturais, submetidos a padrões universais e regulares, significando, assim, desvios de normas e/ou quebra do esperado equilíbrio da biologia humana.

⁹ Mantivemos o uso da expressão ‘Saúde Mental’ mesmo reconhecendo sua vinculação ao modelo biomédico e, por conseguinte, à usual cisão que se coloca entre social, biológico e psíquico.

¹⁰ Como exemplo, citamos Almeida, Silva e Berenchein Netto (2008); Almeida (2011); Silva (2011); Silva (2014); Silva e Tuleski (2015); Almeida (2018); Penteadó (2018); Ferreira e Bellenzani (2021) e parte da obra de Fernando Luís González Rey (1949 – 2019), que pode ser consultada em seu site: <https://www.fernandogonzalezrey.com/>

Martins (2006) pontua que os fenômenos da realidade, imediatamente perceptíveis, não se apresentam em sua essência. Recuperando Kosik (1976 apud MARTINS, 2006, p. 10), ela escreve que “[...] a essência do fenômeno não está posta explicitamente e em sua *pseudoconcreticidade* (concreticidade aparente), não se revelando de modo imediato mas sim, pelo desvelamento de suas mediações e de suas contradições internas fundamentais”.

Na mesma direção, outra pesquisadora, ao citar Marx (1859/1982 apud ALMEIDA, 2018), relembra-nos que a realidade é apreendida em um todo caótico e que, somente após sua análise, “[...] se chega a conceitos cada vez mais simples, passando a abstrações, a partir de onde se retorna com uma ‘rica totalidade de determinações e relações diversas’” (p. 166). Assim, “O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso” (MARX, 1859/1982, p. 14).

À vista disso, como já esclarecido anteriormente, vinculamo-nos à Psicologia Histórico-Cultural e à Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, ambas filiadas ao materialismo histórico-dialético, e que compreendem “[...] normalidade/anormalidade, saúde/doença, em unidade dialética, como fenômeno resultante de um processo coletivo e não puramente individual, [e que] objetivam avançar para uma transformação estrutural da sociedade que possibilite efetivamente plenas condições de vida a todos”(PENTEADO, 2018, p.121).

Assim sendo, neste trabalho¹¹, após o esforço de apreender o que a ciência hegemônica – aqui representada pelo DSM e pelos artigos oriundos da revisão de literatura – tem afirmado a respeito das origens da ansiedade (ampla e, a nosso ver, acriticamente descrita como uma série de ‘transtornos’), interessa-nos propor reflexões que questionem as descrições fenomênicas desse sofrimento psíquico, sobremaneira fundadas no método descritivo e estatístico da epidemiologia clássica.

¹¹ Por se tratar de um estudo teórico-conceitual, esta dissertação não lidou diretamente com pessoas em sofrimento psíquico. Logo, vale lembrar que, a despeito de considerarmos particularidades como cor da pele, identidade de gênero e, principalmente classe social, não constitui nosso objetivo produzir uma obra manualesca, que imprima um ‘passo a passo de como lidar com sujeitos ditos ansiosos’.

De novo: trata-se não de desconsiderar o que a humanidade produziu, até aqui, a respeito da ansiedade – ou, em outros termos, ‘jogar fora o bebê com a água do banho’¹² –, mas sim, de lançar luz sobre as limitações dessas concepções predominantes, apontando para uma compreensão não reducionista do mencionado sofrimento psíquico; uma compreensão que aborde o ser humano a partir de sua totalidade (ALMEIDA, 2018).

Destarte, organizamos esta dissertação em uma introdução, três capítulos e as considerações finais. A introdução: constituída enquanto panorama de nossa pesquisa, reúne alguns relatos de como se manifesta a ansiedade patológica – as maneiras de o fenômeno se mostrar na aparência – e as possíveis consequências disso. Em seguida, expomos alguns dados estatísticos referentes à essa expressão de sofrimento psíquico, a nível mundial e brasileiro.

A fio, pontuamos que a ansiedade mobiliza o interesse da humanidade há muitos séculos e, devido a este fato, seria leviano de nossa parte tentar abarcar todo o seu percurso histórico, empreitada que outros já efetuaram, a exemplo da tese de doutoramento de Viana (2010). Assim sendo, nesta pesquisa, delimitamos um período sobre o qual destacamos alguns marcos históricos na abordagem médico-farmacológica da ansiedade, a partir da primeira edição do DSM, ou seja, desde 1952. Após sucessivas versões do manual, houve um notório crescimento/‘alargamento’ de especificações nas descrições da ansiedade (chegando a onze atuais subtipos de transtorno), bem como a expressiva propagação de ‘avanço científico’ – em especial, da Psiquiatria e da Psicofarmacologia.

É neste ponto que se encontra uma questão mais geral que norteou o presente estudo: quais as explicações para que se tenha estabelecido a relação diretamente proporcional entre ‘avanço científico’ no que diz respeito aos chamados transtornos mentais e o desmedido aumento de pessoas com ansiedade patológica, em sofrimento psíquico? Não deveria ser o contrário, isto é, quanto mais desenvolvimento científico na área médica – mais amplamente, na Saúde Mental –, com mais e melhores tratamentos disponibilizados, mais pessoas tendo seu sofrimento atenuado, reduzindo, assim, as denominadas cronicidades dos adoecimentos psíquicos? É suficiente afirmar que existem mais sujeitos diagnosticados porque se sabe mais

¹² Aqui, citamos Paulo Netto (2011, p. 18, grifo no original), a respeito do método de Marx: “Em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus **fundamentos**, os seus **condicionamentos** e os seus **limites** – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais”. Dito de outro modo: visamos a um “[...] movimento de superação por incorporação (MARTINS; LAVOURA, 2018, p. 234). Em síntese, retomando Almeida (2018, p. 166): “[...] temos um acúmulo teórico-prático pretérito sobre o objeto de estudo que, ainda que possa ser parcial e enviesado ideologicamente, precisa ser apropriado, até para que seja superado. Além disso, tomamos os pressupostos do materialismo histórico-dialético, que orientam uma determinada forma de analisar o sofrimento psíquico na relação com a totalidade”.

acerca do assunto ou passamos a patologizar determinadas e várias experiências humanas? Essas indagações, como já exposto, afligem-nos desde antes do início do curso de mestrado e, a elas, outras se juntaram, as quais serão oportunamente apresentadas

Retomando a apresentação do tópico de introdução, listamos os onze subtipos de transtorno de ansiedade trazidos pelo DSM-5 (APA, 2014). Ulteriormente, apontamos as principais vicissitudes das concepções hegemônicas da ansiedade, encadeando nossas contestações sustentadas nos marcos epistemológico-metodológicos do materialismo histórico-dialético. Apoiadas nesses marcos, a Psicologia Histórico-Cultural e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, nas quais embasamos nossas compreensões a respeito da produção do sofrimento psíquico e de sua relação com o desenvolvimento humano, reforçam a indispensável discussão do modo de produção e reprodução da vida e de como ele está na base das determinações mais gerais da deterioração da saúde e dos adoecimentos da maior parte da população, esta, da classe trabalhadora. Assim, construímos-la. Encerramos a introdução reforçando os objetivos de nossa pesquisa.

Ao longo do capítulo 1, explanamos um panorama cronológico-comparativo sobre os quadros de ansiedade em todas as edições do DSM, buscando articulá-los aos eventos ocorridos na vida social, no período abrangido. Em síntese, um questionamento geral nos guiou nesse ínterim: enquanto a ansiedade ganhava destaque nas subseqüentes edições do DSM, haja vista seu desmembramento em subtipos de transtorno, o que ocorria no plano sócio-político-econômico?

Dessa forma, além de escrevermos a respeito do DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5 e da ansiedade em cada uma dessas versões do manual, também o fizemos sobre as crises do capitalismo – ocorridas a partir de 1950, década da publicação da primeira edição do DSM –, as quais influenciam o mundo do trabalho, defendendo que ele, o trabalho, é a atividade mais constituinte do desenvolvimento humano e das vicissitudes que incidem sobre a unidade biopsíquica.

Ademais, lançamos luz sobre três teorias que se pretendem explicativas da gênese do sofrimento psíquico, a saber: Teoria Unicausal (modelo biomédico), Teoria Multicausal da Saúde-Doença (que, a despeito de se colocar como crítica do modelo anterior, acaba por realizar um retorno a ele, com maior sofisticação) e Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença (a qual propõe a negação¹³ e a superação de suas anteriores).

¹³ Negar, no sentido marxiano, significa se apropriar do que foi produzido – incluindo as origens de determinada concepção –, problematizá-lo (apontando suas contradições internas) e propor a superação por incorporação.

A fio, no capítulo 2, expomos nosso percurso de revisão da literatura científica, a fim de reunirmos o que há de mais atual em relação à pesquisa sobre ansiedade, buscando as formulações concernentes à sua etiologia. Após a sistematização dos artigos prospectados, destacamos a expressiva reportagem ao DSM (sobretudo, a partir da terceira versão do manual) quando da caracterização dos transtornos de ansiedade.

De antemão, afirmamos que as pesquisas mais recentes sobre a ansiedade e os transtornos de ansiedade trazem uma elevada quantidade de dados, mas o que sobressaiu, a nosso ver e em resumo, concentra-se em três pontos: 1) a descrição dos sintomas da ansiedade, notadamente embasada em versões do DSM, emerge como mais importante do que formular, e investigar, explicações relativas à gênese dos sofrimentos; 2) ao intentarem informar a respeito da causalidade da ansiedade, os autores se valem dos fatores associados, que são pressupostos da Teoria Multicausal da Saúde-Doença, a qual desconsidera, ou pelo menos secundariza, a totalidade social; e 3) ser pessoa do sexo feminino aparece como o fator de maior risco para a ansiedade e seus transtornos; e as explicações para esse dado giram em torno da constituição biológica das mulheres, de sua cognição e de alguns determinantes sociais.

A seguir, adentramos ao terceiro e último capítulo deste manuscrito. Neste trecho da dissertação, após nos apropriarmos das principais descrições que a ciência hegemônica tem empreendido a respeito da ansiedade (desmembrada em onze subtipos de transtorno), intentamos estabelecer uma inflexão teórico-metodológica, com vistas a responder alguns de nossos questionamentos outrora expostos.

Inicialmente, reforçamos a diferença entre a descrição e a explicação de um fenômeno, pontuando que se limitar à primeira significa operar na aparência do objeto, e que isso implica consequências. Para chegar à essência e à causalidade de um dado fenômeno, há de se superar suas manifestações imediatas, tarefa que, sob o nosso entendimento, pode ser efetuada por intermédio da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, fundada no materialismo histórico-dialético.

Ulteriormente, construímos reflexões acerca do principal fator de risco para a ansiedade conforme os artigos oriundos de nossa revisão: ser pessoa do sexo feminino. As explicações para isso, mais uma vez, não deixam de se concentrar na aparência do fenômeno – em outras palavras, o mencionado grupo de pessoas manifestaria os sintomas de ansiedade devido a condições biológicas e fatores sociais, como o assédio, que é determinante, mas que não explica a causalidade radical da ansiedade.

Por nosso turno, procuramos desvelar que o capitalismo e suas formas de sociabilidade, desde as origens, impõe às mulheres atividades mais desgastantes e com menos reconhecimento social, o que, sob o nosso entendimento, está na gênese da ansiedade mais exacerbada em pessoas do sexo feminino, implicando impactos em sua subjetividade, os quais se reforçam a partir de recortes como etnia, cor da pele, nível de renda e escolaridade, local de moradia e tipo de trabalho na estrutura social.

Seguidamente, retomamos a afirmação da ciência biomédica de que o medo e a ansiedade são os estados emocionais mais presentes (mesmo causadores) nos transtornos de ansiedade. Objetivando chegar aos motivos dessa afirmação, propusemos a reflexão desses estados emocionais desde a Psicologia Histórico-Cultural.

Depois, com o intuito de recuperar a totalidade da vida das pessoas com ansiedade, recorremos à dialética singular-particular-universal e ao conceito de ‘personalidade’, aportado na Psicologia Histórico-Cultural. Asseveramos que a personalidade não é constituída por processos determinísticos lineares e, sim, possui raízes na vida social do indivíduo para quem cumpre função. Seu desenvolvimento e sua possível desagregação como expressão do sofrimento psíquico podem ser compreendidos à luz da singularidade da pessoa, que só se constrói na relação com a universalidade, mediada pelas particularidades existentes. Enquanto pesquisadores e psicólogos, não podemos deixar de pensar e agir dialeticamente nem por um minuto, tendo em vista o perigo de cedermos a concepções dicotômicas, mecanicistas e idealistas.

Por fim, escrevemos as considerações finais deste trabalho, sinteticamente retomando tudo o que já fora dito e certos de que não esgotamos o assunto. Também salientamos que as condições materiais com as quais lidamos ao longo do curso de mestrado foram desafiadoras e, inevitavelmente, colocaram-se como desafios à nossa dissertação.

Ainda assim, esperamos que outros estudos possam se valer do que expomos nessas páginas, superando nossas contribuições e avançando na busca de explicar a gênese da ansiedade na relação com a vida social e seu curso histórico. Sustentamos que essa atividade, apesar de árdua, tem potencial de se somar ao compromisso coletivo peremptório de transformação radical da sociedade.

INTRODUÇÃO

Em recente pesquisa, Almeida et. al. (2013) nos trazem alguns relatos de pessoas em sofrimento psíquico, cujas experiências adquirem centralidade nas queixas das pessoas que vivenciam a ansiedade. A seguir, apresentamos dois deles:

[...] Eu só faço chorar tem hora que eu choro por besteira e agora é pior que um filho meu faleceu faz um mês e eu tinha um homem que teve AVC e vivia dentro de casa, aí eu tinha que cuidar. (E02). (p. 532, grifo no original).

[...] Acontecia desde pequeno, quando eu tinha oito anos de idade, quando eu caí de um jumento e minha mãe pensou que eu tinha sido atropelado, aí ela quebrou o resguardo, aí eu me senti culpado, porque ela ficou doente depois disso, aí eu sempre ficava pensando que era por causa de mim, por causa de mim e eu sempre fui uma pessoa que me preocupo muito com a família, aí eu sentia tremores, endurecimento e suava. (E01) (Ibidem, grifos no original).

Também lemos um marcante depoimento no estudo de Honda (2020):

Tenho medo de passar mal, estranho né? Igual se o metrô para, **fico com medo, ter algo e não ter alguém para me socorrer**. Uma vez foi que tive uma crise de pânico. Foi na época que andava brigando. **Formigava bastante os lábios, mãos, braços, cabeça e o coração disparou. Fiquei com medo de morrer, podia ter um infarto. Estava bastante angustiada** [...] Tenho minha fobia, e daí? Passei a ter medo, mais medo. Eu fiquei com muito medo. Que pudesse desmaiar. Ter um ataque. Ser pisoteada. Daí passei a fazer algo: me maquiar no metrô e ocupar o tempo. (p. 32-33, grifo nosso).

Com a leitura dos trechos acima, podemos ter ideia da diversidade que há nas singulares experiências, densas e dinâmicas, porém convergentes em alguns aspectos, dos estados ansiosos. Essas variedades nas singularidades parecem se contrapor à conotação generalizante e estática da noção de transtorno de ansiedade.

Os impactos mais típicos dessa forma de expressão do sofrimento alcançam diversas esferas da vida das pessoas (FERNANDES et al., 2017), implicando que elas passem a ser reconhecidas, e que se autorreconheçam, como pessoas ansiosas ou que ‘têm ansiedade’.

O autorreconhecimento e/ou o reconhecimento social associado ao diagnóstico recebido parece se estabelecer ora pela ocorrência de determinadas formas de pensamentos – que apresentam conteúdos tais como excessivas preocupações e idéias repetitivas, com a impossibilidade de o indivíduo interromper seu fluxo (classificadas, pela Psiquiatria, enquanto sintomas cognitivos) –, ora devido à percepção de desconfortos somáticos (denominados sintomas fisiológicos), ou, ainda, pela presença mais intensa e frequente de determinadas

emoções como medo, angústia e inseguranças, as quais caracterizariam, mais estritamente, os transtornos de ansiedade.

Frente ao exposto, a ciência, em especial médico-psiquiátrica e psicológica, tem se dedicado à tarefa de tentar circunscrever o que seria a ansiedade ‘patológica’ e de desenvolver tratamentos, sobretudo de ordem medicamentosa que, em certa medida, atenuem as sinalizações de que algo se passa na unidade psicofísica, quase sempre secundarizando a relação desta com a vida social, mas prometendo devolver alguma qualidade de vida às pessoas em sofrimento.

A ansiedade, ou estados ansiosos, já havia sido mencionada antes do nascimento de Cristo (PEREGRINO, 1997), porém, de acordo com Viana (2010), “[...] é apenas a partir de finais do século XIX que a ansiedade passa a despertar o interesse da Medicina, sendo então abordada como um quadro patológico específico” (p. 17).

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada em dados de 2015, estimou que, no mundo, havia aproximadamente 264 milhões de pessoas vivendo com algum dos quadros de transtorno de ansiedade (cerca de 3,6% da população) – em comparação a 2015, esses dados apontam um aumento de diagnósticos próximo a 14,5% (WHO, 2017).

Do total de pessoas no mundo com algum transtorno de ansiedade, 21% (em torno de 57,22 milhões de habitantes) são do continente americano (Idem). Já quando considerado somente o Brasil¹⁴, o número fica por volta de 9,6% (ou cerca de 18 milhões de pessoas com ansiedade patológica), o que sugere sermos o país “[...] mais ansioso do mundo” (OMS apud ALEGRE, 2019 não p.). O relatório da instituição afirma, ainda, que os transtornos de ansiedade constituem um grupo de transtornos cujas principais características são “[...] ansiedade e medo, incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico, fobias, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)” (WHO, 2017, p. 7, tradução nossa). Além disso, seria possível que os sintomas variassem de leves a moderados, os quais, quando associados a uma maior duração temporal e/ou à maior frequência de episódios agudos, configurariam uma situação de cronicidade do transtorno de ansiedade.

Retomando Viana (2010, p. 82), temos que:

Os primeiros manuais, que continham quadros de ansiedade como categorias nosológicas, surgem como fruto do desenvolvimento da Psicanálise e dos fenômenos patológicos observados durante as duas grandes guerras mundiais.

¹⁴ A título de informação, de janeiro a dezembro de 2019, a média aproximada de trabalhadores afastados que receberam o Benefício Auxílio-Doença Previdenciário Concedido Segundo os Códigos da CID-10 foi de 120 pessoas (para F40: Transtornos Fóbicos-Ansiosos) e de 3.647 (para F41: Outros Transtornos Ansiosos) (INSS, 2020).

Como decorrência destes fatores, cresce a quantidade de psiquiatras de orientação psicodinâmica [...], gerando a necessidade de novas classificações psiquiátricas.

Já na quinta e mais atual versão do DSM (APA, 2014), que embasa pesquisas clínicas e epidemiológicas, as quais sustentam os números veiculados pela OMS, é possível perceber a visibilidade e o aumento de subcategorias em torno dos transtornos de ansiedade, notadamente distanciando-as de conceitos da psicanálise e, **aparentemente**, de qualquer outro referencial teórico.

O manual, no início do capítulo dos transtornos de ansiedade, informa-nos a respeito de uma necessária diferenciação entre medo e ansiedade:

Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva (APA, 2014, p. 189).

Ao considerar este excerto, podemos depreender que o medo e a ansiedade são entendidos como estados emocionais necessários a todas às pessoas, para a autoproteção (p. ex.: o comportamento de fuga frente a um automóvel em alta velocidade permite ao sujeito continuar vivo, se evitado o atropelamento). Todavia, quando medo ou ansiedade adaptativos se tornam excessivos e persistentes (em geral, por seis meses ou mais), temos um transtorno de ansiedade, o qual pode ser diferenciado em 11 subtipos (ver Quadro 1), a depender dos objetos e/ou situações que os induzem (APA, 2014).

QUADRO 1 – TRANSTORNOS DE ANSIEDADE CONFORME O DSM-5

1	Transtorno de Ansiedade de Separação
2	Mutismo Seletivo
3	Fobia Específica
4	Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)
5	Transtorno de Pânico
6	Agorafobia
7	Transtorno de Ansiedade Generalizada
8	Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento
9	Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica
10	Outro Transtorno de Ansiedade Especificado
11	Transtorno de Ansiedade Não Especificado

FONTE: DSM-5 (APA, 2014).

À vista de todo o exposto, incluindo o conteúdo de nossa apresentação, emergem alguns questionamentos: o que explica o fato de algumas pessoas experienciarem momentos de extrema ansiedade e conseguirem, em certa medida, superá-los, e outras não? O que determina qual tipo de transtorno de ansiedade se manifestará no indivíduo? Qual o limiar entre o nível aceitável de ansiedade e quando ela se torna patológica? Precipuamente: quem é a pessoa em sofrimento psíquico? Como a história social e pessoal se relacionam à ansiedade? Quais as implicações da ansiedade como processo específico na dinâmica singular da personalidade de uma pessoa¹⁵? E o reverso: quais as implicações que a dinâmica da personalidade produz como exercício de autorregulação das experiências ansiosas? Seria a ansiedade uma experiência psicofísica muito semelhante para a maioria das pessoas, ou estaria mediada por condições de classe gênero, idade/geração, inserção laboral, cor da pele, etnia, entre outras?

Diversas disciplinas, em especial, a Psiquiatria e a Psicologia, cada uma à sua maneira, buscam dar explicações para a ansiedade, ora se afastando uma da outra, ora comungando algumas ideias. A Psiquiatria, como a conhecemos hoje, está notadamente ligada aos trabalhos do psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926)¹⁶. Em síntese, Kraepelin “[...] integrou a corrente organicista alemã. Após a descrição acurada de sintomas clínicos, sua evolução e a análise anatomo-patológica, formulou sua doutrina que, expressa no livro *‘Psychiatrie’*, serviu de

¹⁵ Conforme Delari Jr. (2020), com quem pactuamos, “Parece impróprio falar da ‘personalidade de uma pessoa’, mas constata-se que o conceito de ‘pessoa’ [*tchelovek*], como ser social, não coincide com o de ‘personalidade’ [*litchnosf*]. Porque não se diz que a personalidade ‘adoece’, ‘pensa’, ‘recorda’, ‘emociona-se’, ‘compreende um conceito científico’, ‘aprecia uma obra de arte’... Quem pode realizar tais atos é uma pessoa, um ser humano concreto – multideterminado. [...] **personalidade é o ser humano pessoalmente implicado em suas relações com a realidade**. Não é ‘algo’, com existência própria, que ‘faz com que’ alguém seja ou atue de certa maneira, como concebem as visões idealistas. Referimo-nos à ‘personalidade’ como processo (dinâmico-estrutural) pelo qual o ser humano realiza relações pessoais junto ao mundo, aos demais e a si mesmo.” (p. 56, grifo nosso).

¹⁶ A respeito deste médico alemão, falaremos mais em breve.

referência a muitas gerações de especialistas em doenças mentais” (CENTRO CULTURAL DA SAÚDE, [200-], não p.). Além disso, o autor estabeleceu a diferenciação entre demência precoce e psicose maníaco-depressiva.

A partir dos pressupostos kraepelianos e da publicação do terceiro DSM, em 1980, e de seus sucessores (DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5), o sofrimento psíquico – incluída a ansiedade – passa a ser compreendido como resultante de causas multifatoriais e, sobretudo, tratável mediante o uso de fármacos. “A classificação feita no DSM III lembra as taxonomias desenvolvidas por Kraepelin entre 1885 e 1926 (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2000b apud MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 78).

No que se refere ao DSM-5, podemos identificar as definições gerais e introdutórias de ansiedade patológica (ou seja, sem especificação de transtorno)¹⁷. Acerca disso, exibimos o seguinte quadro:

QUADRO 2 – DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA DA ANSIEDADE PATOLÓGICA CONFORME O DSM-5

Ansiedade Patológica	Transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Diferem-se do medo e da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais). A determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais.
----------------------	--

FONTE: Adaptado do DSM-5 (APA, 2014).

Nessas palavras, verificamos que “A determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico [...]” (APA, 2014, p. 189), o que poderia nos sinalizar a consideração de aspectos singulares da pessoa em sofrimento, por parte do profissional, no momento da diagnose. Todavia, ainda que isso ocorra, os autores do DSM-5 se adiantam em diminuir as perspectivas, tal qual identificamos através do parágrafo a seguir, que finaliza a apresentação dos transtornos de ansiedade no manual.

Escalas específicas estão disponíveis para melhor caracterizar a gravidade de cada transtorno de ansiedade e captar as alterações na gravidade ao longo do tempo. Para facilitar o uso, particularmente para indivíduos com mais de um transtorno de ansiedade, essas escalas foram desenvolvidas para ter o **mesmo formato** (porém focos diferentes) **em todos os transtornos de ansiedade**, com classificações de sintomas comportamentais, sintomas cognitivos e sintomas físicos relevantes para cada transtorno (APA, 2014, p. 190, grifo nosso).

¹⁷ Ao longo de nosso trabalho, a ansiedade descrita como patológica e sem especificação de transtorno será nomeada de **ansiedade geral**.

Com isso, notamos que o intuito de mundialização¹⁸ do DSM-5 é prontamente atendido, haja vista que as escalas estruturadas desde o manual se pretendem universalizantes, isto é, aplicáveis em todo e qualquer território/contexto. Ademais, a partir desses instrumentos, identificamos o objetivo de rastreio de sintomas comportamentais, cognitivos e físicos, e, às vezes, de determinantes sociais, mas de maneira fragmentada.

Dentre os onze subtipos específicos de transtorno de ansiedade trazidos pelo DSM-5, pudemos constatar, a partir da revisão de literatura realizada ao longo do segundo capítulo desta dissertação, que quatro deles são discutidos com maior frequência, a saber: 1) Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); 2) Transtorno de Pânico; 3) Agorafobia; e 4) Transtorno de Ansiedade Generalizada. A respeito de cada um, falaremos no primeiro capítulo do trabalho.

Isto posto, reforçamos a imprescindibilidade de nos apropriarmos do que de mais avançado a humanidade produziu a respeito da ansiedade para, então, lançarmo-nos ao desconhecido, à produção de mais conhecimento a respeito. Ao assumirmos nossa filiação epistemológica e metodológica à Psicologia Histórico-Cultural e à Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença – e, por conseguinte, ao materialismo histórico dialético – pretendemos a sistematização/organização de um estofa teórico que ajude, ao menos introdutoriamente, no desvelamento das determinações da vivência do sofrimento psíquico (neste caso, nomeado como transtorno de ansiedade), com vistas à superação de concepções puramente biomédicas e psicologizantes que o circunscrevem.

Para demarcar e reforçar o supracitado, recorreremos a Delari Jr. (2000), que, em sua dissertação de mestrado, escreve:

[...] ao entrarmos no debate, precisamos circunscrever um campo de interlocução teórica a partir de um referencial que entendamos ser condizente com nossas motivações primeiras, [...] **Optamos por esta abordagem [Teoria Histórico-Cultural], em função de sua explicação materialista, histórica e dialética para a condição humana**, que constitui-se numa proposta original em psicologia e inscreve-se numa **tradição filosófica marcada por compromisso ético com a transformação das relações de poder** existentes nas sociedades capitalistas, na direção da construção coletiva de uma outra ordem política e econômica. (p. 14, 15, grifo nosso).

¹⁸ Em relação ao objetivo de mundialização do DSM, destacamos que ele existe desde a sua terceira versão, publicada em 1980. Russo e Venâncio (2006) nos alertam: “O DSM III vinha se constituir num projeto muito mais ambicioso do que sonhavam seus predecessores. Em vez de uma nomenclatura doméstica, pretendia ser uma classificação a-teórica, neutra e generalizável para todos os tempos e lugares e, na prática, levou à **globalização da psiquiatria norte-americana.**” (p. 465, grifo nosso).

Antes, porém, é necessário relembrarmos a existência e a hegemonia da Teoria Multicausal da Saúde-Doença, que surgiu das limitações de sua antecessora – a Teoria Unicausal¹⁹ –, pretendendo-se mais ampla e crítica ao modelo biomédico.

A mencionada maneira de descrever e tratar a doença – em particular, o sofrimento psíquico – escamoteia as determinações estruturais de cada processo de adoecimento, fazendo com que permaneçamos reféns de/subordinadas a explicações incompletas e superficiais (descrições fenomênicas), bem como a tratamentos da mesma ordem. Além e somado a isso, tendo em vista a fragmentação da realidade pela Teoria Multicausal – fragmentos esses que são interdependentes entre si, mas que guardam relações frágeis – Laurell (1983) nos alerta, ainda, que o social e o biológico, na qualidade de simples fatores indistinguíveis em importância, “[...] [atuariam] de maneira igual” (p. 154).

Essa iniciativa de igualar o social e o biológico nas explicações da gênese da doença não é neutra; ao contrário, mostra-se cara ao sistema capitalista. Ora, uma vez que o sofrimento humano pode ser especificado mediante (o desequilíbrio de) fatores isolados, também as ações que buscam, ao menos, mitigá-lo tomam o mesmo rumo. Assim sendo, ao se proporem, por exemplo, políticas de saúde destinadas ao atendimento de pessoas com ansiedade, esforços são destinados a fatores (ou fragmentos da realidade), mas jamais à realidade histórico-social em sua completude. Alteram-se alguns pilares, mas jamais se mexe na estrutura.

Com este trabalho, então, pretendemos lançar luz sobre a importância de conhecer a pessoa que adoece (e não somente a doença em si e/ou seus sintomas manifestos). Objetivamos auxiliar a classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida, especialmente de saúde, sem perdermos de vista o intuito principal, qual seja, a transformação da realidade. Entendemos que esta dissertação pode contribuir no supramencionado devido à nossa dedicação em tentar compreender as raízes da ansiedade desde sua gênese histórico-social, evidenciando que ninguém adoece/sofre por vontade própria, mas por motivos complexos, que possuem origem no sistema capitalista, sob a lógica da exploração de muitos por alguns poucos.

Ademais, salientamos que o diálogo com profissionais da saúde, especialmente aqueles que lidam, dia a dia, com pessoas em sofrimento psíquico, é não somente possível, mas

¹⁹ Coloca-se cabível salientarmos que, antes do advento da Teoria Multicausal, existiram outros modelos explicativos das doenças, a exemplo da Teoria Unicausal – “A bactéria, o parasita e, mais tarde, o vírus tomaram lugar, de acordo com a nova concepção hegemônica, do complexo de condições sociais como objeto de investigações” (BREILH, 1979/1991 apud ALMEIDA, 2018, p. 71). Portanto, sob a lógica da unicausalidade (que teve seu apogeu concomitante ao desenvolvimento da bacteriologia), as condições sociais do adoecimento foram naturalizadas, reduzidas a aspectos biológicos, o que nos sinaliza o cumprimento de uma função ideológica, qual seja, a de velar as determinações sociais da doença e, em última análise, isentar o Estado de suas funções de garantidor das condições mínimas de produção e reprodução da vida.

necessário. Pretendemos colaborar no embasamento de sua práxis cotidiana, oferecendo-lhes estofo teórico que supere concepções hegemônicas do sofrimento humano e, minimamente, oriente-os e os incentive a conhecer o ser humano que busca ajuda.

CAPÍTULO 1 – O DSM, A ANSIEDADE E AS TRANSFORMAÇÕES NA BASE MATERIAL E SOCIAL DA VIDA: EXPOSIÇÃO COMPARATIVO-CRONOLÓGICA

“A história da ansiedade enquanto categoria diagnóstica é, também, a história das transformações sofridas pela Psiquiatria, no século XX”

(VIANA, 2010, p. 114).

Entre a publicação da primeira e da última versão do DSM (APA, 1952; 2014), 62 anos se passaram. Ao longo desse período (segunda metade do século XX e início do XXI), a humanidade vivenciou inúmeros eventos que, direta ou indiretamente, influenciaram os rumos de nossa vida – Revolução Cubana (1959), Crise dos Mísseis de Cuba (outubro de 1962), Golpe Militar no Brasil (1964), ‘Maio de 1968’, Ditadura Militar no Brasil (até 1985), Queda do Muro de Berlim (1989), fim da União Soviética (1991) e todo o processo de reforma Psiquiátrica Brasileira são alguns exemplos ocorridos nesse ínterim²⁰.

A par, também em meados do século passado, a ansiedade se configurava como o sintoma basilar das chamadas ‘psiconeuroses’ (DSM-I). A respeito disso, lemos:

Agrupados como psiconeuroses estão aqueles transtornos nos quais a “ansiedade” é uma característica principal, diretamente experienciada e expressa, ou controlada automaticamente por defesas como a depressão, a conversão, a dissociação, o deslocamento, a formação fóbica, ou pensamentos e ações repetitivas (APA, 1952, p. 12).

Mediante o exame do excerto, e considerando as informações advindas de outros trechos das primeiras edições do DSM (APA, 1952; 1968), depreendemos a expressiva influência da teoria psicanalítica. O modelo teórico utilizado se baseava em pressupostos da Psicanálise, mais precisamente da “[...] ‘Psicologia Psicanalítica do Ego’, de Anna Freud, e da ‘Psiquiatria Ambientalista’, do suíço Adolf Meyer (1866-1950), um dos principais difusores do movimento da higiene mental, nos Estados Unidos [...]” (VIANA, 2010, p. 84). Hoje, porém, a influência da teoria psicanalítica no manual supracitado é quase inexistente e a ansiedade está descrita como o principal sintoma de onze subtipos de transtorno (ver Quadro 1, p. 28).

À vista do relatado, neste capítulo, apresentamos os caminhos que a ansiedade percorreu em todas as edições do DSM, resultando nos atuais onze subtipos de transtorno mencionados.

²⁰ Também precisamos considerar outros dois eventos que, apesar de ocorridos na primeira metade do século XX, foram caros à humanidade: a Primeira (1914-1918) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), os quais implicaram importante sofrimento psíquico a milhares de homens, situação que demandou classificação e tratamento e, assim, influíram na constituição dos manuais psiquiátricos.

Em seguida, discorreremos a respeito das mudanças ocorridas no modo de produção e reprodução da vida, sob a lógica do capitalismo, desde a década de 1950.

Tencionamos, com isso, construir um panorama cronológico-comparativo entre o processo de fragmentação do sofrimento psíquico – neste caso, denominado pela ciência biomédica como ansiedade e/ou transtornos de ansiedade – em quadros clínico-descritivos e suas relações com a base material da vida (considerando aspectos econômicos, políticos e culturais).

No final do capítulo, expomos três quadros que sintetizam todo o supracitado, destacando o que julgamos mais importante.

1.1 DSM-I (1952) e DSM-II (1968): A INFLUÊNCIA DA PSICANÁLISE

Conforme Araújo e Lotufo Neto (2014), as primeiras classificações²¹ dos chamados transtornos mentais, empreendidas por estadunidenses, datam do fim do século XIX e “[...] tinham objetivo primordialmente estatístico” (p. 69). Já no início do século XX, o Exército norte-americano e a Associação de Veteranos desenvolveram “[...] uma das mais completas categorizações para aplicação nos ambulatórios que prestavam atendimento a ex-combatentes” (ARAÚJO; LOTUFO NETO, loc. cit.). Paralelamente, em 1948, a OMS destinou uma seção exclusiva às afecções mentais na sexta edição do seu sistema de Classificação Internacional de Doenças, a CID-6, “[...] composta por 26 categorias diagnósticas” (VIANA, 2010, p. 83).

No ano de 1952, a APA, “[...] originalmente conhecida como Associação Médica de Superintendentes de Instituições Americanas para Insanos (AMSAI)” (ALVARENGA et al., 2009, p. 260), publicou a primeira versão do DSM (APA, 1952), tal qual uma alternativa aos trabalhos da OMS, assentada principalmente na insatisfação de muitos psiquiatras norte-americanos com a CID-6. No DSM-I e DSM-II (APA, 1968), notávamos significativas influências da teoria freudiana sobre a compreensão e os possíveis tratamentos da chamada ‘doença mental’, não havendo relevantes diferenças entre essas duas versões do manual. Vale destacar, ainda, que do início do século XX até o fim dos anos 1970, existia uma “[...] convivência amigável entre as vertentes morais da psiquiatria e sua vertente biológica

²¹ Nesta dissertação, atemo-nos aos aspectos históricos ligados às versões do DSM. Não obstante, reconhecemos que a humanidade busca compreender o sofrimento psíquico há muito mais tempo, a exemplo dos trabalhos de Hipócrates (460 a. c.-399 a. c.) (ALMEIDA, 2018).

representada pela psicofarmacologia²²” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 463). Como vertentes morais, ou não fisicalistas, podemos elencar a psicanálise, com sua tese psicológica da perturbação mental, e o movimento antipsiquiátrico, embasado nas hipóteses psico-político-sociais. De qualquer modo, “Nos dois casos, o afastamento da doença mental como fato biológico foi total” (Ibidem, p. 462).

Ainda em relação ao DSM-I e ao DSM-II, Câmara e Câmara (2017) nos dizem que, para seus autores, a causa da doença seria mais importante que os sintomas, sendo aquela (causa) entendida como uma ameaça libidinal (interna) da personalidade, carecendo de explicação. Todavia, esse modo de compreensão e análise da ‘desordem mental’ abriu brecha para que pacientes com sintomas equivalentes, ou mesmo iguais, recebessem diagnósticos muito diferentes. Desta feita,

O modelo psicanalítico foi substituído, entre outras razões, por apresentar categorias diagnósticas muito amplas. Assim, **termos psicanalíticos cederam seu lugar a manifestações clínicas e descrições comportamentais mais objetivas**. Por exemplo, “neurose”, “histeria”, “neurose de angústia” e “melancolia”, como utilizadas por Freud, foram substituídas por outras categorias como transtornos depressivos e ansiosos (ALVARENGA et al., 2009, p. 261, grifo nosso).

Destarte, estudiosos europeus decidiram fundamentar suas descrições em critérios empíricos, de antemão divulgados por Kraepelin²³ e Bleuler, principalmente, fato que resultou em extensas revisões do manual.

No que concerne à ansiedade, ainda que Freud a tenha caracterizado como entidade nosológica em 1895²⁴, “[...] até meados do século XX não existiam sistemas de classificação

²² Para termos ideia, já por volta de 1959, pesquisadores haviam descoberto o potencial clínico de algumas importantes drogas, como os antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), os antidepressivos tricíclicos (imipramina), os antidepressivos IMAO (inibidores da monoamina oxidase), os ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido) e mesmo os agentes antimania (lítio).

²³ Psiquiatra alemão, embasado nos escritos de Wilhelm Griesinger (1817-1868) e Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), Emil Kraepelin (1856-1926) se dedicou à construção de uma nosologia psiquiátrica “[...] fundamentalmente categorial, ou seja, as entidades diagnósticas são descritas como quadros clínicos específicos, claramente delimitados dos demais” (VIANA, 2010, p. 82). A clássica obra de Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie*, em tradução livre, Compêndio de Psiquiatria (a primeira edição foi lançada em 1883 e a oitava e última, em 1915), “[...] não defende, portanto, uma concepção dimensional das perturbações psíquicas, segundo a qual haveria uma continuidade gradual entre diferentes manifestações psicopatológicas (PEREIRA, 2009 apud VIANA, 2010, loc. cit.). Temos, pois, que a classificação de um transtorno mental tem de ser isolada, baseada no tripé sintomatologia-evolução-prognóstico. “Na perspectiva de Kraepelin, tratava-se de distinguir os diversos modos de sofrimento mental com base na clínica, que assim teriam o mesmo estatuto das doenças físicas que a medicina tratava” (DUNKER, 2014 apud MARTINHAGO, 2017, p. 116).

²⁴ Não é de se estranhar, então, que os primeiros manuais contendo a ansiedade tal qual categorias nosológicas se baseassem em orientações psicodinâmicas, como já exposto. Ademais, ao longo das duas grandes guerras mundiais, foi possível observar um grande contingente de fenômenos patológicos, “[...] gerando a necessidade de novas classificações psiquiátricas” (VIANA, 2010, p. 82).

padronizados para os quadros de ansiedade” (VIANA, 2010, p. 81). Assim, os chamados ‘transtornos de ansiedade’ só foram postulados de modo nosológico “[...] nos principais sistemas de classificação em Psiquiatria” (Idem) – talvez isso se deva ao fato de as primeiras classificações visarem somente ao registro documental de pacientes internados em instituições psiquiátricas, sobretudo, pessoas com quadros psicóticos (LOPES, 1997 apud VIANA, 2010, passim).

Conforme já apresentado na introdução deste capítulo, no DSM-I, os “[...] quadros de ansiedade aparecem como parte da categoria de ‘psiconeuroses’” (VIANA, op. cit., p. 85). De acordo com o mecanismo de defesa manifestado pela pessoa, essas psiconeuroses podiam ser divididas em: ‘reação depressiva’, ‘reação obsessivo-compulsiva’, ‘reação fóbica’, ‘reação conversiva’, ‘reação dissociativa’ e ‘reação de ansiedade’.

Em 1968, então, a APA publica o DSM-II.²⁵ Neste manual, a ansiedade fora caracterizada enquanto o principal sintoma das neuroses: “Ansiedade é a característica primária das neuroses. Ela pode ser sentida e expressar-se diretamente, ou pode ser controlada inconscientemente e automaticamente, por conversão, deslocamento e vários outros mecanismos psicológicos” (DSM-II, 1968, p. 39, parág. 2 apud VIANA, 2010, p. 88). Ou seja, permanecera a descrição apresentada no DSM-I, somando-se diferentes subtipos de neuroses (ver Tabela 1).

TABELA 1 – NEUROSES CONFORME O DSM-I (À ESQUERDA) E O DSM-II (À DIREITA)

PSICONEUROSES	NEUROSES
Reações psiconeuróticas	Neuroses
Reação de ansiedade	Neurose de ansiedade
	Neurose histérica
Reação dissociativa	Neurose histérica, tipo dissociativo
Reação de conversão	Neurose histérica, tipo conversivo
Reação fóbica	Neurose fóbica
Reação obsessivo-compulsiva	Neurose obsessivo-compulsiva
Reação depressiva	Neurose depressiva
	Neurose neurastênica
	Neurose de despersonalização
Outras reações psiconeuróticas	Neurose hipocondríaca
	Outras Neuroses
	Neurose não especificada

FONTE: Adaptada de VIANA (2010).

²⁵ Esta versão do manual comunga o ano de publicação com a CID-8, da OMS, mas acrescenta algumas categorias e subdivisões no que se refere aos chamados ‘transtornos de ansiedade’. Dessarte, embora os EUA fossem membros da OMS, e, por isso, tivessem a obrigação de utilizar a terminologia da CID, “[...] alterações podiam ser incorporadas a esta nomenclatura, de acordo com as necessidades de cada país” (WIDIGER, 2004 apud VIANA, 2010, p. 84).

1.2 DSM-III (1980) e DSM-III-R (1987): A ‘REVOLUÇÃO’ CIENTÍFICA

Foi em 1980, com o lançamento da terceira versão do DSM (APA, 1980) – época do apoteótico retorno da psiquiatria biológica ao centro do cenário psiquiátrico –, que se deu o rompimento definitivo do manual com os referenciais psicanalítico e psicossocial²⁶, o que se expressou em três níveis articulados:

[...] no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma **nomenclatura única**, mas sobretudo, uma **única lógica classificatória**; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma **ruptura com a abordagem psicanalítica** dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas **novas concepções sobre o normal e o patológico**, mas também participou do **engendramento de grupos identitários** (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464, 465, grifo nosso).

Os autores do DSM-III o classificaram como a-teórico e de visível base empírica, isto é, a partir de então, seria possível colocar em prática critérios de testabilidade e verificação dos transtornos mentais e de seus tratamentos – impunha-se a cisão entre pesquisa qualitativa e quantitativa, elegendo a última como sinônimo de mais ‘científica’ e, por isso, de maior confiabilidade. A abrangência e a fluidez entre o ‘normal’ e o ‘patológico’ – encontradas na primeira e segunda versão do manual e que, outrora, contribuíram para os sistemas de classificação em Psiquiatria – foram excluídas de seus escritos. As citadas vertentes, psicanalítica e antipsiquiátrica, que, em comum, procuravam devolver a voz ao ‘louco’ e que, até aquele momento, dividiam espaço harmoniosamente com a perspectiva biomédica, perderam força para essa última. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, *passim*).

Doravante, o entendimento prevalecente em relação à ‘perturbação mental’ se converteu em fisicalista, biológico (mesmo que propagado como a-teórico), objetivo e inegavelmente

²⁶ O modelo psiquiátrico vigente, sobretudo ao longo da década de 1960, sofria críticas de diversas frentes, uma delas referente ao seu insatisfatório avanço no campo da pesquisa. Ademais, conforme apontamentos de Thomas Szasz (apud VIANA, 2010), psiquiatra húngaro radicado nos EUA, “[...] se concebida psicossocialmente, a doença psiquiátrica não deveria ser objeto de estudo da Medicina, mas sim das Ciências Sociais” (p. 92). Logo, classificações psiquiátricas estariam mais a serviço do profissional do que do suposto paciente. A esse contexto, somam-se: a) os psiquiatras que advogavam pelo retorno da psiquiatria biológica; b) o famoso estudo do psicólogo norte-americano David Rosenhan (para detalhes, ver a tese de Viana, 2010); c) a redução de investimentos em pesquisas na área de saúde mental, sobretudo devido às inconsistências de seus achados; d) o notório desenvolvimento da psicofarmacologia.

generalizável²⁷; uma expressiva aproximação do viés positivista²⁸ no que diz respeito à realidade e a maneira de conhecê-la cientificamente.

Outra característica marcante da terceira edição do manual foi a sua remodelação estrutural e metodológica, apresentando uma organização multiaxial, com critérios precisos de diagnóstico, que se perpetuam até o atual DSM-5. “Um dos principais objetivos foi aperfeiçoar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico, bem como padronizar as práticas de diagnóstico entre os Estados Unidos e outros países” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 77). Assim, destacamos que,

[...] o DSM-III passa a ser sistematizado em distintas condições clínicas, isto quer dizer que os grupos clínicos são organizados em eixos (avaliação axial) e os diagnósticos passam a ser feitos por uma avaliação semiológica e nosológica mais completa (avaliação multiaxial ou horizontal). Contudo, caso houvesse a coocorrência de mais de uma patologia, predominava aquela considerada a mais profunda e debilitante (avaliação vertical). (ALVARENGA et al., loc. cit.).

Como principais efeitos dessa operação, fazemos notar o “[...] avanço em termos do diagnóstico de transtornos mentais, além de facilitar a realização de pesquisas empíricas” (ARAÚJO; NETO, 2014, loc. cit.). Dito de outra forma: essa intervenção no manual acabou por assistir a atividade de profissionais de saúde mental – oportunizando agilidade no diagnóstico e respaldo científico quanto ao possível tratamento – e por ensejar a entrada definitiva de empresas de convênio médico e farmacêuticas nesse campo. Outrossim, somente “Nesta edição, há a exclusão da categoria ‘homossexualidade’ e a introdução do transtorno de personalidade narcisista” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011 apud MARTINHAGO; CAPONI, op. cit., p. 79).

²⁷ Autores como Blashfield (1984) e Houts (2000) afirmam que a publicação do DSM-III nada mais foi (e ainda é, nas versões que se sucederam – DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-5) um retorno às postulações kraepelianas. Por outro lado, (FERNANDES; BERENCHTEIN NETTO; SANTIAGO, 2021, p. 319, grifo nosso) argumentam que a vinculação do DSM-III a Kraepelin é **parcial**, uma vez que, a partir dessa versão do manual, seus autores rejeitaram o agrupamento e a delimitação de quadros sintomatológicos mediante as hipóteses etiológicas: “[...] **o DSM-III recusa também o fundamento etiológico**, e se atem à observação e descrição das variações sintomáticas e comportamentais para a compreensão do quadro clínico. Isto refletiu diretamente na descrição dos critérios diagnósticos e conseqüentemente na própria noção de doença mental”.

²⁸ Aqui, citamos Silva e Pechula (2016, p. 1): “[...] uma concepção positivista das relações que padronizam o normal e o patológico quanto ao comportamento social, que, materializado num modelo clínico [particularmente representado pelo DSM], produz um circuito funcional que se retroalimenta; ou seja, ao mesmo tempo que reproduz é produtor da expressão de tais percepções diagnósticas de realidade”.

Em 1987, após novos ajustes e revisões, publicou-se o DSM-III-R²⁹. As versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais se tornaram, ao mesmo tempo, objeto e direcionadoras de incontáveis pesquisas, testes de campo e revisões bibliográficas – estava em alta a Psiquiatria filiada à recém surgida medicina baseada em evidências (que representa a intersecção entre prática clínica e pesquisa científica), haja vista que, como já mencionado

A partir dos anos 1960, a psiquiatria passou a ser questionada por diversas frentes. Dentro da comunidade de psiquiatras, havia a insatisfação com as pesquisas geradas pelo modelo vigente [psicanalítico] e, entre os profissionais mais próximos à vertente biológica, o descontentamento era pelo distanciamento da medicina mais ‘tradicional’ (DERBLI, 2011, não p.).

É importante comunicar, ainda, que a supracitada ‘medicina baseada em evidências’, a depender do delineamento da pesquisa vinculada às suas regras, preconiza alguns indícios em detrimento de outros. Ou seja, determinadas evidências explicariam a realidade mais satisfatoriamente quando comparadas a seus pares. Dessa maneira, “Algumas evidências tornam-se mais fortes, como as provenientes dos Ensaio Clínicos Randomizados (padrão ouro) e outras mais fracas nessa hierarquia, como as oriundas de estudos observacionais, experiências clínicas, entre outras” (MARTINHAGO; CAPONI, 2019, p. 78). Sob esta lógica, os dados provenientes das investigações científicas seriam definidos a priori, não necessariamente ligados à explicação da realidade – essa, muitas vezes, relegada a segundo plano.

Em síntese, a terceira versão do DSM – divulgada concomitantemente ao movimento de desinstitucionalização de pessoas em sofrimento psíquico crônico (processo alavancado pela luta antimanicomial) e com o avanço de políticas de saúde mental fundamentadas no advento dos tratamentos farmacológicos (DUNKER, 2014) – representou o ponto nevrálgico de mudanças nas classificações dos transtornos mentais.

A Psiquiatria, até então baseada na psicanálise, passa a caracterizar a ‘doença mental’ como o agrupamento e a descrição de sintomas, “[...] o que ocasionou a supressão das histórias de vida, das narrativas dos pacientes, das causas psicológicas e sociais que possivelmente causaram algum sofrimento psíquico e/ou sua manifestação em determinado comportamento” (CAPONI, 2014 apud MARTINHAGO; CAPONI, op. cit., p. 79). Simultaneamente, a prática psiquiátrica (clínica e de pesquisa) se estabeleceu sob o entendimento de diagnósticos enquanto “instrumentos convencionais, excluindo qualquer referência ontológica. Passou-se a exigir

²⁹ A partir do DSM-III-R (1987), a hierarquização de diagnósticos foi abolida. Desde então, e até hoje, com o DSM-5, “[...] o manual passou a incentivar a feitura simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente. Surgiu, assim, o **conceito de comorbidade, em psiquiatria** [...]” (MATOS et. al., 2005, p. 313, grifo nosso).

apenas a concordância no plano descritivo” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011 apud *Ibidem*, p. 80).

É na terceira versão do DSM que se inclui – separada da ansiedade generalizada ou crônica – a categoria nosológica transtorno de pânico (TP), oriunda, sobretudo, dos trabalhos experimentais com imipramina, do psiquiatra Donald Klein (1928-2019) (CARVALHO, 2011; VIANA, 2010)

1.3 DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000): A DÉCADA DO CÉREBRO

Em 1994, é apresentado ao mundo o DSM-IV, contendo 886 páginas e 297 categorias diagnósticas – a força tarefa³⁰ foi liderada pelo psiquiatra norte-americano Allen Frances³¹. A principal mudança dessa versão do manual em relação às suas antecessoras se encontra na inserção de um critério de significância clínica a cerca de metade de todas as categorias, “[...] que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento” (DUNKER, 2014, p. 97).

Vale pontuar que o lançamento da quarta versão do DSM se deu na chamada ‘década do cérebro’ (1990-2000), que contou com o trabalho de importantes neurocientistas, alguns deles diretores de dois órgãos governamentais estadunidenses dedicados à pesquisa e ao tratamento de doenças cerebrais. “Um dos órgãos é o NINDS (Instituto Nacional de Desordens Neurológicas e Acidentes Cardiovasculares) e o segundo o NIMH (Instituto Nacional de Saúde Mental)” (SOUZA, 2013, p. 8).

No DSM-IV, os diagnósticos foram ordenados em cinco eixos (ou níveis), mediante as diferentes configurações de doença ou deficiências:

³⁰ A título de curiosidade: havia quatro psicólogos na equipe (DUNKER, 2014).

³¹ Evidenciamos que este médico, em 2014, concedeu uma entrevista ao jornal espanhol *El País* – e, posteriormente, a outros veículos de imprensa –, tecendo uma autocrítica de seu trabalho. De acordo com ele, “[...] o DSM IV acabou sendo um dique frágil demais para frear o impulso agressivo e diabolicamente ardiloso das empresas farmacêuticas no sentido de introduzir novas entidades patológicas. Não soubemos nos antecipar ao poder dos laboratórios de fazer médicos, pais e pacientes acreditarem que o transtorno psiquiátrico é algo muito comum e de fácil solução. O resultado foi uma inflação diagnóstica que causa muito dano[...]” (OLIVA, 2014, não p.). Em um de seus livros, *Saving normal* (2014) – em Língua Portuguesa, ‘Voltando ao normal’ (2016) –, Frances, além de afirmar que a quinta versão do DSM foi “[...] muito malfeita”, ainda “[...] critica a Associação Americana de Psiquiatria (APA), condena duramente sua competência para patrocinar um Manual de Diagnóstico da importância do DSM, denuncia seus conflitos de interesse financeiro [...]” (FREITAS; AMARANTE, 2016, não p.).

1. Eixo I³²: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, bem como desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem; 2. Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental; 3. Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas; 4. Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem; 5. Eixo V: avaliação global de funcionamento (DUNKER, loc.cit.).

Após o estabelecimento desses critérios, os editores do DSM se concentraram no exame da validade de respostas ao tratamento e ao prognóstico propostos, a fim de retificarem possíveis erros no processo diagnóstico de uma série de entidades, o que implicou a retirada de alguns e o acréscimo de outros (novos) transtornos. Assim, no ano de 2000, a APA publicou o DSM-IV-TR, o qual contava com mais 21 categorias no apêndice B, somadas as já 297 presentes no seu antecessor.

Apesar de essa versão do manual não apresentar significativas mudanças, ela recebeu desaprovações no que diz respeito à insuficiente ou mesmo ausente

[...] operacionalização dos diagnósticos e as retificações de muitas das entidades listadas. Observaram também dificuldades do uso em consultórios de Atenção Primária e centros de pesquisa, o que demandava a criação de um Manual específico para o uso nestas instituições (MARTINHAGO; CAPONI, op. cit., p. 82).

Outras reprovações quanto à validade do DSM-IV-TR estavam presentes. Muitas críticas apontavam um paradoxo: seria responsabilidade do clínico a interpretação das queixas/sintomas do paciente com suspeita de transtorno mental, culminando no diagnóstico. Todavia, a estrutura profundamente descritiva do manual limitava esse trabalho interpretativo, resultando em uma explicação a priori da doença, previamente submetida a manifestações biológicas expostas no próprio manual – em outras palavras: as descrições do DSM tendo mais importância que as experiências e o conhecimento do paciente e do clínico. Além disso, o texto do DSM-IV-TR foi considerado, em muitos trechos, ambíguo e/ou impreciso.

Pontuamos, ainda, que inúmeras categorias diagnósticas dessa revisão se tornaram exageradamente extensas e, por isso, facilmente esquecíveis. Assim, alguns pesquisadores consideraram que “[...] a simplificação dos critérios diagnósticos poderia reduzir o seu uso inapropriado, além de ajudar o trabalho clínico dos psiquiatras, mesmo que, paradoxalmente, tenha que apresentar maior estrutura e rigidez” (MALDONADO et al., 2000a apud Ibidem).

³² É neste eixo que se encontram os transtornos de ansiedade.

Diante de todo o supracitado, mostrou-se imperativa a necessidade de uma nova versão do manual, publicação que ocorreu em 2014.

1.4 DSM-5 (2014): O ENFOQUE DIMENSIONAL DOS TRANSTORNOS

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais representa o trabalho de centenas de pesquisadores, ao longo de 12 anos (APA, 2014, p. 5). Fundado no modelo categorial de seus antecessores, o DSM-5 possui pouco mais de 300 categorias, 948 páginas e três seções organizativas. A primeira (Seção I) traz informações básicas a respeito do manual – a exemplo de como utilizá-lo e com orientações em relação ao uso forense. A segunda (Seção II), a mais extensa da obra, apresenta os códigos e os critérios diagnósticos de todos os transtornos. A terceira e última (Seção III) expõe os instrumentos de avaliação (de sintomas) e modelos emergentes – ou alternativos, como os de transtornos de personalidade (Ibidem, p. xi, xii).

Ainda que se baseiem no já citado modelo categorial, os autores do DSM-5, cientes das divergências oriundas desse sistema, propuseram um enfoque mais dimensional dos transtornos. Isso quer dizer que se tornou praticável a análise da gravidade de um sintoma (se leve, moderado ou severo) em mais de um quadro clínico. As delimitações entre um transtorno e outro foram admitidas como mais maleáveis, sutis, e não tão engessadas, como outrora. Além disso, a configuração multiaxial foi extinta, haja vista sua pouca utilidade e superficiais distinções.

Nesta versão do manual, as categorias diagnósticas dos Eixos 1 e 2 (presentes no DSM-IV-TR) foram realocadas para a Seção II da quinta edição, somadas às condições médicas associadas que compunham o antigo Eixo 3. “Conceitualmente não existem diferenças fundamentais que sustentem a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III” (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 70). O Eixo 4 (referente aos fatores psicossociais e ambientais) ainda é alvo de atenção, porém, o DSM-5

[...] recomendou que a codificação dessas condições fosse realizada com base no Capítulo da CID-10-CM, Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (códigos Z00-Z99). Por fim, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento, anteriormente empregada no Eixo V, foi retirada do manual.

No que concerne particularmente à ansiedade, já mencionamos a sua subdivisão em onze subtipos de transtornos. Nas pesquisas atuais, porém, alguns parecem receber mais atenção do que outros – informação extraída de nossa revisão de literatura (Capítulo 2). Foram eles, os subtipos de transtornos: 1) Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) (TAS); 2) Transtorno de Pânico (TP); 3) Agorafobia; e 4) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Portanto, a seguir, apresentamos quadros descritivos que contêm suas sínteses, trazidas e sequenciadas de acordo com o próprio manual, conforme os estágios do desenvolvimento, e que têm fundamentado a prática clínica e de pesquisa mundo a fora. Em tempo, destacamos que, além do supracitado, o DSM-5 expõe subtítulos como ‘Prevalência’ e ‘Risco de Suicídio’, com dados relacionados a cada transtorno. No entanto, apresentaremos, quadro a quadro, somente os subtítulos ‘Características Diagnósticas’ e ‘Fatores de Risco³³ e Prognóstico’, pois entendemos que estes são os que mais se relacionam ao raciocínio etiológico, foco de nossa pesquisa.

Referente ao transtorno de ansiedade social (fobia social), descrevemo-lo no Quadro 3.

³³ ‘Fatores de risco’ podem ser compreendidos como um ou mais acontecimentos e/ou características pessoais que têm a possibilidade de prever a ocorrência de um ou mais transtornos (neste caso, de ansiedade). Algumas teorias e práticas profissionais se dedicam a intervir em determinados fatores de risco para evitarem o estabelecimento e/ou a cronificação de um transtorno de ansiedade. Salientamos, contudo, que agir sobre fatores de risco, a despeito de implicar certa melhora no sujeito em sofrimento, pouco ou nada interfere de modo sistêmico nos processos e condições da causalidade complexa do estado de saúde em questão. Em outras palavras: “[...] investiga[m-se] os fatores mais fáceis de atacar, alterando alguma variável que interrompa a cadeia causal, **sem a necessidade de incidir sobre as determinações estruturais de cada processo de adoecimento** (BREILH, 1979/1991 apud ALMEIDA, 2018, p. 72, grifo nosso).

QUADRO 3 – DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (FOBIA SOCIAL)

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) (TAS)	Características Diagnósticas
	<p>Medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais nas quais seja possível a avaliação pelos outros. Em crianças, medo ou ansiedade deve ocorrer em contextos com os pares, e não apenas durante interações com adultos (Critério Diagnóstico A). O indivíduo teme agir ou aparecer de certa forma ou demonstrar sintomas de ansiedade, tais como tremer, tropeçar nas palavras, que serão avaliados negativamente pelos demais (Critério B). Situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (Critério C). Frequentemente, os indivíduos evitarão as situações sociais temidas ou então as suportarão com intenso medo ou ansiedade (Critério D). Medo ou ansiedade julgado desproporcionais ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências dessa avaliação negativa (Critério E). Com frequência, os indivíduos superestimam as consequências negativas das situações sociais, e, assim, o julgamento quanto a ser desproporcional é feito pelo clínico. O contexto sociocultural do indivíduo precisa ser levado em conta quando está sendo feito esse julgamento. A duração do transtorno é geralmente de pelo menos seis meses (Critério F), o que ajuda a diferenciar o transtorno dos medos sociais transitórios comuns. O medo, a ansiedade e a esquivas devem interferir significativamente na rotina normal do indivíduo, no funcionamento profissional ou acadêmico ou em atividades sociais ou relacionamentos ou deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida (Critério G).</p>
	Fatores de Risco e Prognóstico
	<p>Temperamentais: incluem inibição comportamental e medo de avaliação negativa. Ambientais: não existe um papel causal dos maus-tratos na infância ou outra adversidade psicossocial com início precoce no desenvolvimento do transtorno de ansiedade social. Contudo, maus-tratos e adversidades na infância são fatores de risco para o transtorno. Genéticos e fisiológicos: os traços que predisõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social, como inibição comportamental, são fortemente influenciados pela genética. Essa influência está sujeita à interação gene-ambiente; ou seja, crianças com alta inibição comportamental são mais suscetíveis às influências ambientais, tais como um modelo socialmente ansioso por parte dos pais. Além disso, o transtorno de ansiedade social pode ser herdado (embora a ansiedade do tipo somente desempenho seja menos). Parentes de primeiro grau têm uma chance 2 a 6 vezes maior de ter o transtorno, e a propensão a ele envolve a interação de fatores específicos (p. ex., medo de avaliação negativa) e fatores genéticos não específicos (p. ex., neuroticismo).</p>

FONTE: Adaptado do DSM-5 (APA, 2014).

É intrigante notar que, enquanto para alguns transtornos seja defendida a relevância etiológica de ‘traços temperamentais’ como fatores de risco para o seu desenvolvimento, para outros, o mesmo tratamento não é dado. Ao longo do livro, não existe qualquer ponderação a respeito disso. Ademais, o DSM-5 não explicita quais estudos fundamentam suas descrições das influências genéticas sobre as patologias (não cita fontes) – os dados são genericamente evocados, mas os respectivos trabalhos não são referenciados de modo que se possa buscá-los na literatura científica.

A estrutura revisada dos capítulos baseia-se em **pesquisas recentes em neurociência e em associações genéticas entre grupos diagnósticos**. Fatores de risco genéticos e fisiológicos, indicadores prognósticos e alguns potenciais marcadores diagnósticos encontram-se em destaque no texto. Essa nova estrutura deve melhorar a capacidade do clínico para identificar os diagnósticos em um espectro de transtornos baseado em circuitos neurais, vulnerabilidade genética e exposições ambientais comuns (APA, 2014, p. xlii, grifo nosso).

Quando lemos que o contexto sociocultural (ou o mais próximo disso, como ‘exposições ambientais’) da pessoa avaliada deve ser considerado, não encontramos trechos tão diferentes deste: “Por exemplo, em certas culturas, o comportamento que de outra forma parece socialmente ansioso pode ser considerado apropriado em situações sociais (p. ex., pode ser visto como um sinal de respeito)” (APA, 2014, p. 204). Logo, salientamos a inexistência de uma abordagem que, deveras, considere a participação de aspectos outros – como sociais, políticos, econômicos e culturais – na etiologia dos transtornos. Mais além: chamamos a atenção para o que Breilh (2015) afirma ser o “[...] abandono do conceito de totalidade”³⁴ (p. 535), o que pode dar margem a uma dedução equivocada, a nosso ver, de que ela (a totalidade) inexista ou não seja relevante.

Seguindo, temos as definições do transtorno de pânico (Quadro 4).

³⁴ A este respeito, destacamos mais um trecho da entrevista de Breilh (2015, p. 535, grifo nosso): “Eu acho que nós fragmentamos a realidade e assumimos uma conceitualização estatística, probabilística. Começamos perguntando se há uma lista de fatores de risco, qual explica uma maior proporção de variação da variável em estudo; e transformamos isso em uma política pública ou em uma política de saúde. Ou seja, esse fragmento. Portanto, **é um recurso para focalizar em vez de transformar**. Em vez de agir em um processo integral, agimos de acordo com fatores de risco específicos”

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO

Transtorno de Pânico (TP)	Características Diagnósticas
	Ataques de pânico inesperados (não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência – ou seja, o ataque parece vir do nada) e recorrentes (mais de um ataque inesperado) (Critério Diagnóstico A). Ataque de pânico: surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos: 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias. 11. Desrealização ou despersonalização. 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer. A frequência e a gravidade dos ataques de pânico variam de forma considerável, no entanto, é necessário mais de um ataque de pânico completo inesperado para o diagnóstico de transtorno. As preocupações acerca dos ataques de pânico ou de suas consequências geralmente relacionam-se a preocupações físicas, pessoais e acerca do funcionamento mental, como “enlouquecer” ou perder o controle (Critério B). Pode haver esquiva de esforço físico, reorganização da vida diária para garantir que haja ajuda disponível no caso de um ataque de pânico, restrição das atividades diárias habituais e esquiva de situações agorafóbicas, como sair de casa, usar transporte público ou fazer compras. Se a agorafobia está presente, um diagnóstico adicional de agorafobia é estabelecido
	Fatores de Risco e Prognóstico
	Temperamentais: afetividade negativa (neuroticismo) e sensibilidade à ansiedade: fatores de risco para o início de ataques de pânico; separadamente, para preocupação acerca do pânico, embora seu status de risco para o diagnóstico do transtorno seja desconhecido. História de “períodos de medo” (i.e., ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores e transtorno de pânico. Embora a ansiedade de separação na infância, especialmente quando grave, possa preceder o desenvolvimento posterior de transtorno de pânico, não se trata de um fator de risco consistente. Ambientais: experiências infantis de abuso sexual e físico são mais comuns no transtorno de pânico do que em alguns outros transtornos de ansiedade. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico e para o transtorno. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico. Genéticos e fisiológicos: acredita-se que múltiplos genes confirmam vulnerabilidade ao transtorno de pânico. No entanto, os genes exatos, produtos de genes ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas permanecem desconhecidos. Os modelos atuais dos sistemas neurais para o transtorno de pânico enfatizam a amígdala e estruturas relacionadas, assim como em outros transtornos de ansiedade. Existe risco aumentado para transtorno de pânico entre filhos de pais com transtornos de ansiedade, depressivo e bipolar. Distúrbios respiratórios, como asma, estão associados ao transtorno de pânico, em termos de história passada, comorbidade e história familiar.

FONTE: Adaptado do DSM-5 (APA, 2014).

O Transtorno de Pânico nos parece ser o mais complexo entre os de ansiedade, trazidos pelo manual. Um ataque de pânico não configura o transtorno, mas sim, um especificador, e, por isso, não é codificado; ele pode ocorrer

[...] no contexto de um transtorno de ansiedade, além de outros transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias) e algumas condições médicas (p. ex., cardíaca, respiratória, vestibular, gastrointestinal) (APA, 2014, p. 214).

Somado ao supracitado, a seção de ‘Transtorno de Pânico’ possui o subtítulo ‘Marcadores Diagnósticos’, o qual não existia até a anterior – Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social). Sob essa segmentação, somos informados que “Agentes com mecanismos diferentes de ação, como lactato de sódio [...] e cafeína, provocam ataques de pânico em indivíduos com o transtorno em um grau muito maior do que em sujeitos-controle saudáveis [...]” (APA, 2014, p. 212). Mais uma vez, identificamos a intrínseca relação de subordinação³⁵ que o DSM-5 estabelece do sofrimento psíquico às preposições orgânicas/biológicas, ainda que seus próprios autores escrevam que “[...] nenhum desses achados laboratoriais é considerado diagnóstico de transtorno de pânico” (APA, 2014, p. 212).

Continuamente, mostramos o quadro relativo à Agorafobia.

³⁵ Em sua tese de doutorado, Almeida (2018) já nos alerta a respeito desse movimento de subordinação: “[...] embora se considere que os fatores socioambientais podem participar, se aposta nos estudos neurobiológicos como tendo potencial de contribuir na terapêutica, pouco se investindo em entender os outros fatores que participariam de sua etiologia [do sofrimento psíquico]” (p. 97).

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DA AGORAFOBIA

Agorafobia	Características Diagnósticas
	Medo ou ansiedade acentuado ou intenso desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações (Critério Diagnóstico A). O diagnóstico requer que os sintomas ocorram em pelo menos duas das cinco situações seguintes: 1) uso de transporte público; 2) permanecer em espaços abertos; 3) permanecer em locais fechados; 4) permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão; ou 5) sair de casa sozinho. Quando experimentam medo e ansiedade acionada por essas situações, os indivíduos geralmente experimentam pensamentos de que algo terrível possa acontecer (Critério B). O medo ou ansiedade é evocado quase todas as vezes em que o indivíduo entra em contato com a situação temida (Critério C). O indivíduo evita ativamente a situação, ou, se não consegue ou decide não evitá-la, a situação evoca medo ou ansiedade intenso (Critério D). O medo, ansiedade ou esquiva deve ser desproporcional ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural (Critério E). A agorafobia deve ser diagnosticada somente se persiste o medo, ansiedade ou esquiva (Critério F) e se ele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério G).
	Fatores de Risco e Prognóstico
	Temperamentais: inibição comportamental e disposição neurótica (i.e., afetividade negativa [neuroticismo] e sensibilidade à ansiedade) estão intimamente associadas à agorafobia, mas são relevantes para a maioria dos transtornos de ansiedade. A sensibilidade à ansiedade (a disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) também é característica de indivíduos com agorafobia. Ambientais: eventos negativos na infância e outros eventos estressantes estão associados ao início de agorafobia. Além disso, indivíduos com agorafobia descrevem o clima familiar e a criação dos seus filhos como caracterizados por afeto reduzido e superproteção. Genéticos e fisiológicos: a herdabilidade para agorafobia é de 61%. Das várias fobias, a agorafobia é a que tem associação mais forte e mais específica com o fator genético que representa a predisposição a fobias.

FONTE: DSM-5 (APA, 2014).

Entre os transtornos de ansiedade explicitados pelo DSM-5 e por nós detalhados, apresentamos o último: Transtorno de Ansiedade Generalizada.

QUADRO 6 – DESCRIÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	Características Diagnósticas
	Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra. Algumas características que distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica: a) as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial; b) as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes; c) as preocupações diárias são muito menos prováveis de ser acompanhadas por sintomas físicos. Existe o sofrimento subjetivo devido à preocupação constante e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida. Ansiedade e preocupação acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono, embora apenas um sintoma adicional seja exigido para crianças.
	Fatores de Risco e Prognóstico
	Temperamentais: inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo) e evitação de danos. Ambientais: embora as adversidades na infância e a superproteção parental tenham sido associadas ao transtorno de ansiedade generalizada, não foram identificados fatores ambientais específicos para o transtorno ou necessários ou suficientes para fazer o diagnóstico. Genéticos e fisiológicos: um terço do risco de experimentar transtorno de ansiedade generalizada é genético. Os fatores genéticos se sobrepõem ao risco de neuroticismo e são compartilhados.

FONTE: DSM-5 (APA, 2014).

Expostos esses quatro quadros descritivos, baseados no texto do DSM-5 (APA, 2014), é possível termos ideia de como a ansiedade tem sido tratada atual e hegemonicamente e, por isso, propomos algumas reflexões iniciais. De acordo com Araújo e Lotufo Neto (2014), a crítica precípua às definições contidas no manual se localiza no fato de que, como um todo, a obra “[...] tornou-se pouco criteriosa fazendo aumentar o número de pessoas que podem ser diagnosticados com algum transtorno mental” (p. 82). Dessa maneira, registramos o movimento de patologização – isto é, o processo de tornar algo em doença – sobre muitas, senão todas, experiências da vida humana.

Os dois médicos nos apontam, ainda, que todas as modificações efetuadas no DSM-5, entre reescritas, acréscimos e retiradas de categorias diagnósticas, “[...] foram baseadas na melhor evidência científica disponível” (Ibidem). Todavia, embasados nos escritos introdutórios de um livro de Tonet (2013), a respeito do método científico, explanamos:

Quando se fala em método científico pensa-se imediatamente na ciência moderna, vale dizer, na forma de produzir ciência que foi estruturada a partir da modernidade. [...] **método científico se tornou, pura e simplesmente, sinônimo de método científico moderno. Por sua vez, método científico moderno se tornou sinônimo de caminho único e adequado de produzir conhecimento verdadeiro.** [...] Fora dele existiriam crenças, ideologias, superstições, etc.; dentro dele se faria ciência. No seu interior, as polêmicas continuam intensas, mas não podem transpor determinados limites sob pena de extrapolar o campo da cientificidade. (p. 9, grifo nosso).

Assim sendo, afirmar que os autores do DSM-5, ou aqueles de qualquer outro livro, encontram-se fundamentados em determinada ‘cientificidade’ não muito nos diz a não ser que eles se vinculam a uma concepção de ciência – neste caso, a moderna –, a qual possui, como qualquer outra, determinações histórico-sociais e que, justamente por isso, atende a determinados interesses; tem objetivos³⁶.

Todos esses motivos foram (e ainda são) fundamentais para a mundialização do manual, assentado em pesquisas quantitativo-experimentais. Acrescentamos que tal proposta (de mundialização do DSM) muito interessava à indústria farmacêutica, que se valeu (e ainda o faz) de estudos com volumosos contingentes populacionais, a fim de testar seus produtos. O DSM se transformou, então, na bíblia da psiquiatria. (FRANCES, 2016).

1.5 ALGUNS MARCOS DAS TRANSFORMAÇÕES NA CONJUNTURA MUNDIAL (1950-2021)

Explanada a trajetória do DSM, da primeira à última versão – conjuntamente às informações relativas à ansiedade, descrita como transtornos nas versões do manual –, apresentamos, agora, um exame do que ocorreu no mundo desde meados do século XX até o momento mais atual. Julgamos importante frisar, de antemão, que não conseguiremos (e nem seríamos levianos de objetivar) detalhar todos os acontecimentos das últimas sete décadas, aproximadamente. Nosso intuito é, sim, o de lançar luz sobre aspectos da realidade que, a nosso ver, mais influência tiveram (ou podem ter tido) em relação ao sofrimento psíquico nomeado como ansiedade, bem como ao seu notável desmembramento em transtornos específicos.

³⁶ Recorrendo a Tonet (2013) mais uma vez, expomos o seguinte: [...] **não pode haver neutralidade axiológica numa sociedade perpassada pelo antagonismo das classes sociais.** A própria rejeição da interferência do ponto de vista de classe já é uma tomada de posição a partir de um determinado ponto de vista, não por acaso, o da classe burguesa” (p. 108, grifo nosso).

1.5.1 O QUE ACONTECIA NA VIDA SOCIAL PARI PASSU AO DESENVOLVIMENTO DAS EDIÇÕES DO DSM

Tal qual exposto anteriormente, até a primeira metade do século XX, não existia o saber específico das chamadas ‘doenças mentais’, no interior da Medicina. O que havia era a discussão do tema, pautada “[...] mais na descrição das sintomatologias e formas de classificação dessas afecções (CECCARELLI, 2005 apud BELLENZANI; SOUZA, 2021, p. 253). Contudo, o termo ‘psicopatologia’ é mais antigo, datando de 1878, e significava o “[...] equivalente à prática da psiquiatria clínica diante das afecções mentais, na Europa, no século XIX” (MOREIRA, 2011 apud Idem). Ao longo dos anos que se sucederam, a psicopatologia se firmou como o campo no interior do qual se inseriam os pesquisadores das causas possíveis (da natureza) das doenças mentais.

Sob os domínios da atual psicopatologia, então, existe um sem número de aportes teórico-práticos que, não incomumente, divergem entre si. Por conseguinte, Ceccarelli (2005 apud BELLENZANI; SOUZA, 2021) nos reforça a impossibilidade de reduzir as explicações da gênese do sofrimento psíquico a somente uma forma discursiva. Ainda assim, pontuamos que o DSM, como já explanado, constitui-se tal qual a principal referência no ‘campo psi’ contemporâneo, asseverando a hegemonia do modelo/enfoque biomédico sobre o sofrimento psíquico (mesmo que propagado como a-teórico) e sua terapêutica precípua: a administração de psicotrópicos conforme a ‘gravidade’ dos ‘transtornos’.

No que se refere à Psicologia, sabemos de sua fragmentação epistemológica quase concomitante ao seu surgimento, com teorias psicológicas divergindo desde o método até o objeto de estudo (VIGOTSKI³⁷, 1982/1996b). Porém, é entre o final da década de 1960 e ao longo da de 1970 que as discussões se acirram entre os autores da área, destacando-se as críticas mais contundentes à adoção da lógica do DSM pela própria Psicologia. A este respeito, “[...] levantamos a hipótese de que a lógica biomédica que sustenta diagnósticos e terapêuticas, e suas consequências, se apresentam como expressão parcial de um fenômeno bastante complexo histórico e socialmente produzido (BELLENZANI; SOUZA, op. cit., p. 259).

À vista do exposto, é impreterível apreendermos os elementos essenciais da história social que está na raiz das edições do DSM – ainda que os próprios autores do manual

³⁷ No que se refere ao nome deste autor, há grafias diversas, em diferentes obras, como Vygotsky, Vigotsky, Vygotski. Neste trabalho, então, optamos por Vigotski, tal qual indica Prestes (2010) – as escritas que se diferem dessa última se devem à nossa fidelidade ao original apresentado nas referências utilizadas.

encortinem sua determinação social. Como já afirmamos, a primeira edição do DSM fora divulgada ao mundo em meados do século XX, especificamente no ano de 1952. Nesse lapso temporal, o mundo ainda sentia os efeitos da Segunda Guerra Mundial³⁸.

Em outras palavras: temos de considerar, preliminarmente, que, em nível mundial, as edições do DSM estiveram (e estão) sob a influência da Primeira (1914-1918) e da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Particularmente em território brasileiro, o início da adesão ao manual pela Medicina (sobretudo pela Psiquiatria) e por profissões ligadas à chamada ‘saúde mental’, tendo a Psicologia³⁹ como exemplo mais notável, comunga os anos da Ditadura Militar (1964-1985). Ademais, asseveramos a imprescindibilidade de considerarmos a crise estrutural do capitalismo, com destaque para as décadas de 1960 e 1970, a fim de debatermos a função social da Psiquiatria (e de outras profissões que a ela se vinculam e/ou se subordinam) dentro do sistema, fundada no ideário biomédico sobre a loucura.

Temos de desnudar alguns processos históricos que culminam (não linearmente) na hegemonia desse modelo (biomédico)⁴⁰, que se pretende explicativo do sofrimento psíquico, embora faça pouco (ou nada) mais que construir listas de sintomas manifestados e/ou relatados pela pessoa em sofrimento, reunindo-os sob a extensa e variada nomenclatura de ‘transtornos mentais’, junto à defesa de que essa tarefa seria suficiente para o ato de diagnosticar e tratar, (re)adaptando as pessoas, (re)inserindo-as no sistema produtivo como vendedoras de força de trabalho, uma vez que as guerras não somente as destroem, mas também eliminam grande parte da força de trabalho disponível (a exemplo daquelas em combate), ao dizimarem milhares de vidas, implicando incontáveis sequelas físicas e emocionais nos que sobrevivem.

A subordinação da classe trabalhadora a extenuantes condições de existência data de períodos progressos à Primeira Revolução Industrial (final do século XVIII-início do século XIX), chegando à sétima década do século XX (e a ultrapassando), no decorrer da Terceira Revolução Industrial, ante a notáveis contingentes de pessoas sem trabalho e em condições de pobreza. Coube, e segue cabendo, à esfera tradicional do ‘campo psi’ a ação de omitir as raízes sociais do sofrimento psíquico. Desta feita e em síntese, guiamo-nos pela seguinte inquietação:

³⁸ O evento bélico terminou em 1945.

³⁹ Vale lembrar que, como profissão em território nacional, a Psicologia foi reconhecida em 27 de agosto de 1962, por intermédio da Lei nº 4.119, somente dois anos antes do Golpe Militar, em 1964.

⁴⁰ Bellenzani e Souza (2021), no capítulo de livro que embasou a construção deste trecho da dissertação, efetuam uma consistente análise histórica da funcionalidade do modelo biomédico, no interior do capitalismo, sobre a Psicopatologia. À vista disso, recomendamos sua leitura integral.

qual o lugar do modelo biomédico na reprodução social do capitalismo?⁴¹ Para além: seria o modelo biomédico uma ferramenta modo de atenuar as sequelas sociais oriundas das guerras imperialistas?

Uma vez que construímos o panorama cronológico das edições do DSM, julgamos importante, neste íterim,

[...] lançar luzes sobre como se delineia no curso histórico a funcionalidade do modelo biomédico na reprodução da ordem capitalista, ao explicar e dar respostas práticas bastante individualizantes e naturalizantes a esses padecimentos, em particular aos “mentais”, consolidando **uma das facetas mais expressivas da medicalização social** (Ibidem, p. 260, grifo nosso).

Como já asseverado, desde meados do século XVII, o conflito capital-trabalho impõe condições fatigantes às trabalhadoras e aos trabalhadores. Com o advento das melhorias tecnológicas, tais condições se aperfeiçoaram e a exploração da classe trabalhadora foi aumentada exponencialmente – o que pode ser entendido como um paradoxo. Afinal, havendo mais dispositivos tecnológicos, seria esperado que trabalhadoras e trabalhadores usufríssem de mais horas livres. Ao analisarmos a questão em profundidade, compreendemos que o desenvolvimento tecnológico se tornou, ele mesmo, um refinado mecanismo de controle social (sobre a produção e sobre o próprio trabalhador).

Dando um salto no tempo, chegamos ao período de germinação do DSM, período este em que o Fordismo estava em voga (modelo de controle da produção e do trabalhador que adicionou a esteira de linha de montagem à lógica de cronometragem do tempo de seu antecessor, o Taylorismo⁴², com vistas à celeridade do/no processo produtivo). O Fordismo perdurou até meados de 1970, tendo sido iniciado logo após a primeira grande guerra – no Brasil, o sistema mencionado ganha força por volta de 1940.

Foi no seio do Fordismo, em simultâneo como processo de reconstrução social e econômica após o fim da segunda grande guerra, que

⁴¹ Não seríamos levianos de objetivar apreender todas as determinações da função social do modelo biomédico no/para o capitalismo; tencionamos, sim, construir algumas mediações que possibilitem extrair do fenômeno a maior quantidade concebível de determinações.

⁴² O Taylorismo rompeu com a ideia de totalidade no processo produtivo. Antes de se firmar esse modelo de controle da produção, toda a cadeia de confecção de um produto estava a cargo do mesmo indivíduo. Sob o Taylorismo, impõe-se a fragmentação do processo produtivo, ficando cada grupo de trabalhadores (e/ou cada indivíduo sozinho) responsável por uma parte da confecção. Ademais, estabelece-se a cronometragem de tempo, implicando maior controle do patrão sobre o empregado. Esclarecemos, ainda, que o Fordismo não substituiu propriamente o Taylorismo. Na verdade, “[...] o fordismo tem uma relação quase que umbilical com o taylorismo” (TENÓRIO, 2011, p. 1145) e, por isso, falar do primeiro pressupõe discorrer sobre o segundo.

[...] o capitalismo experimentou o que alguns economistas franceses denominaram de “as três décadas gloriosas” – da reconstrução do pós-guerra à transição dos anos 1960 aos 1970, mesmo sem erradicar as suas crises periódicas (cíclicas), o regime do capital viveu uma larga conjuntura de crescimento (PAULO NETTO, 2012, p. 207)

Todavia, ainda na década de 1970, o capital passa a apresentar uma crise notavelmente mais intensa, sucedida por outras (crises) mais frequentes e longas, intercaladas por parcos períodos de desenvolvimento/expansão. A este respeito, Mészáros (2011, p. 18 apud BELLENZANI; SOUZA, 2021, p. 29) afirma que a crise vai “[...] se tornar à certa altura muito mais profunda, no sentido de invadir não apenas o domínio das finanças globais [...], mas também todos os domínios da nossa vida social, econômica e cultural”. Ante a isso, as medidas de contenção/administração das crises do capital também se tornam mais recorrentes, mas, devido à natureza própria do sistema, também mais ineficientes. Firma-se um contexto social de instabilidade, submetendo milhões de pessoas à insegurança quase ininterrupta em relação à (re)produção de suas vidas.

Neste ínterim, começa a ruir a principal política social existente no período de expansão do capitalismo: o ideal do *Welfare State* (em tradução livre, Estado de Bem-Estar Social). Trata-se de um mecanismo de intervenção e regulação, unicamente dirigido a trabalhadoras e trabalhadores inseridos no sistema produtivo e ativos economicamente. ‘Maquiando’ as fraturas intrínsecas do capitalismo, o Estado de Bem-Estar Social fora considerado “[...] o carro-chefe do capitalismo mundial [...] [e] parecia remeter para o passado a ‘questão social’⁴³ e suas manifestações – elas seriam um quase privilégio da periferia capitalista, às voltas com seus problemas de ‘subdesenvolvimento’” (PAULO NETTO, loc. cit.).

Diante do declínio do Taylorismo-Fordismo, emerge o regime de acumulação flexível⁴⁴ e o Toyotismo, os quais são caracterizados pela “[...] divisão global do mercado e do trabalho, o desemprego estrutural, o capital volátil, o fechamento de unidades, a hegemonia financeira e

⁴³ No que concerne à ‘questão social’, temos que se trata do escamoteamento dos processos históricos, sociais e econômicos da formação da classe trabalhadora, junto às suas precárias condições de existência. Em síntese, “para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo” (PAULO NETTO, 2012, p. 203)

⁴⁴ A respeito da acumulação flexível, temos que ela “[...] caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Envolve, também, rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego do chamado ‘setor de serviços’, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (Harvey, 1995:140). **A acumulação flexível, com o toyotismo, torna-se para o capital tanto uma forma de maior exploração quanto de maior controle sobre a força de trabalho**” (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p. 4, grifo nosso).

a revolução tecnológica” (HARVEY, 1998 apud CEOLIN, 2014, p. 252). O estabelecimento desse novo modelo de controle da produção tem o objetivo de recuperar o ciclo produtivo de outrora, o que implica, também, mudanças organizacionais e tecnológicas, causando impactos negativos sobre as relações e condições do trabalho (NAVARRO; PADILHA, 2007 apud BELLENZANI; SOUZA, 2021).

Devido à sua lógica do *just in time* – que se refere à produção da quantidade exata de determinado produto no momento de sua escoação –, o Toyotismo pressupõe estoques mínimos e muito baixo quantitativo de trabalhadores. É sob esse ideário que a trabalhadora e o trabalhador são submetidos a outros (e mais aprimorados) mecanismos de exploração – se, antes, no Taylorismo-Fordismo, obedecia ao funcionamento da esteira, sob o Toyotismo, o proletário precisa se tornar multiprofissional. Em outras palavras, “como o toyotismo é baseado em tecnologias intensivas e poupadoras de mão de obra, os efeitos sobre a força de trabalho têm sido devastadores, caracterizando um **processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora**” (BEHRING, 2015, p.192 apud LOURENÇO; ENGELBRECHT, 2017, p. 6, grifo nosso).

À vista da hegemonia toyotista, com a chamada ‘restauração do capital’, germina o Neoliberalismo. A respeito disso, recorremos a Paulo Netto (2012, p. 207-208, grifo nosso), mais uma vez:

[...] a conjunção “globalização”/ “neoliberalismo” veio para demonstrar aos desavisados que **o capital não tem nenhum “compromisso social”** – o seu esforço para romper com qualquer regulação política, democrática, extramercado, da economia tem sido coroado de êxito. Erodio-se o fundamento do *Welfare State* em vários países e a resultante macroscópico social saltou à vista: o capitalismo “globalizado”, “transnacional”, “pós-fordista”, desvestiu a pele de cordeiro – e a intelectualidade acadêmica, a mesma que em boa parcela considera Marx o criador de um “paradigma em crise”, descobriu a “nova pobreza”, os “excluídos” etc. – em suma, descobriu a nova “questão social”

Sob a teia de relações do Estado neoliberal, “[...] complemento imprescindível para o aumento da extração de maior valor e para o declínio do Estado do Bem-Estar Social” (BELLENZANI; SOUZA, 2021, p. 293), acirra-se a exploração, desmontam-se políticas sociais, exacerbam-se os contratos de emprego temporário, em suma, dá-se o golpe final no *Welfare State*. O pouco de direitos que ainda restava à classe trabalhadora é veemente saqueado, em especial, pela instabilidade enraizada na ‘flexibilização’, o que pode implicar a constante sensação de insegurança.

Pelas palavras de Merlo e Lapis (2007 apud BELLENZANI; SOUZA, loc. cit.), é

Nesse contexto [que] aumenta vertiginosamente o quantitativo de “ansiosos” e “deprimidos” entre os trabalhadores, de tal forma que os impactos físicos e psicológicos dessa conjuntura estrutural passam a ser banalizados e encarados como se fossem parte de uma normalidade de se trabalhar e viver.

Uma vez normalizada a ‘flexibilização’ do trabalho (com empregos intermitentes e escassos – estes últimos, quando sob algum direito), a trabalhadora e o trabalhador se veem às voltas com atividades cada vez mais extenuantes, esvaziadas de sentido e mal remuneradas. Escolher ‘um emprego melhor’, mais do que nunca, torna-se inviável, haja vista a necessidade de se suprirem, mesmo que insatisfatoriamente, as necessidades pessoais e/ou familiares mais básicas. Mesmo ausente o reconhecimento social da força de trabalho vendida, o indivíduo passa a desejar os postos de trabalho disponíveis pois somente por intermédio deles pode garantir a sua subsistência. Dá-se a reificação da experiência humana, subordinando os trabalhadores ao *status* de mercadoria, trabalhando alienados e estranhados do produto de seu labor. E não somente isso: há um processo constante de aceleração, de exigência e de fiscalização; tem de se trabalhar mais, produzindo mais e em menos tempo. Conjuntamente, o tempo de ócio ou descanso é reduzido, além de significado socialmente como negativo (‘coisa de vagabundo/desocupado’, para os ‘fracos’ ou pouco dedicados, ‘que não vestem a camisa’)

Isto posto, os casos de pessoas em sofrimento psíquico aumentaram exponencialmente (e assim seguem até hoje, tendo em vista os dados apresentados na introdução desta pesquisa). O Estado, então, em concordância com a lógica do capital, precisa fornecer respostas a essa realidade e, minimamente, garantir o apaziguamento de ânimo daqueles que se revoltam contra o sistema, *pari passu* à reposição da força de trabalho a ser explorada – como exemplo, citamos o uso desenfreado de psicotrópicos (WHITAKER, 2017) e a própria lógica manicomial que perdurou até a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, iniciadas no findar dos anos 1970.

As edições do DSM foram todas elaboradas e editadas neste marco temporal – principalmente a partir da terceira versão do manual, apresentada ao mundo em 1980, mas gestada ao longo de 1970. Como já exposto em outros subitens deste capítulo, houve um aumento vertiginoso de diagnósticos (com os transtornos de ansiedade seguindo a mesma lógica).

Aqui, lançamos uma reflexão nodal. A crescente de diagnósticos de sofrimento psíquico, em certa medida, pode ser entendida como ‘esperada’ entre a classe trabalhadora. O

capital, visando à sua reprodução, lança mão de estratégias que submetem as trabalhadoras e os trabalhadores aos mais diversos e sofisticados mecanismos de controle e exploração, o que, como já mencionado, implica sofrimento. Este sofrimento, ainda que minimamente, carece de explicações/de ‘porquês’ (e de manejo, por óbvio) para a própria classe trabalhadora, uma vez que a ausência de motivações pode fomentar a insatisfação exacerbada do proletariado, suscitando riscos ao bom funcionamento do processo produtivo. Em síntese: as explicações não podem se remeter à lógica própria do capitalismo.

Nesta esteira, da Medicina, sobretudo representada pela Psiquiatria e pelas áreas relacionadas à chamada ‘saúde mental’, são requeridas determinadas práticas e posicionamentos de seus profissionais e, como as próprias ciências expressam o interesse da classe dominante – qual seja, a burguesa –, fundamentam-se em explicações que atendem à superficialidade do fenômeno, evitando-se chegar à sua raiz. E por quê? Porque exposta a raiz dos adoecimentos, torna-se possível a transformação/destruição do sistema que causa o sofrimento e isso não se faz interessante à classe que se beneficia da situação como dominante/exploradora. Se a classe trabalhadora toma consciência da gênese de seu sofrimento, pode se organizar coletivamente e construir a superação radical do sistema.

Em resumo: o aumento de pessoas em sofrimento psíquico é intrínseco ao desenvolvimento do capital, mas as explicações para isso (ex.: transtornos de ansiedade em disparada devido às descobertas neuroquímicas que facilitam o suposto diagnóstico) não extraem a gênese do adoecimento, apenas as mascaram. Não se propõe o rompimento radical com o sistema promotor de sofrimento, apenas notamos ações sobre fatores pontuais.

Atualmente, identificamos o uso de expressões como ‘capitalismo tardio’ e/ou ‘tardo-capitalismo’ para se referir ao “[...] capitalismo contemporâneo, resultado das transformações societárias ocorrentes desde os anos 1970 e posto no quadro da sua crise estrutural” (PAULO NETTO, 2012, p. 202). Referendando Mészáros, o autor defende que esse modo de produzir e reproduzir a vida “[...] é necessariamente destrutivo” (Idem) e que, por isso, sua destruição tem de ser nosso foco atual e principal.

1.5.2 AS TEORIAS UNICAUSAL E MULTICAUSAL DA SAÚDE-DOENÇA

Como humanos, somos acometidos por intempéries o tempo todo. Um vírus que causa uma pandemia, uma bactéria que se aloja nos tecidos corporais e os lesionam, um fungo que pode nos levar à morte. Frente a isso, precisamos compreender a gênese, o desenvolvimento

(ciclo biológico) e, quando possível, as formas de erradicar o agente causador de tais afecções. Desse modo, a partir de meados do século XIX, a Teoria Unicausal (ou Teoria da Unicausalidade) da Doença⁴⁵ ganhou força, haja vista sua proposição de que, para toda enfermidade, haveria um agente etiológico responsável (vírus e/ou bactéria, por exemplo). Terapêuticas foram desenvolvidas sob esse prisma (biomédico), a fim de controlar, ou mesmo erradicar, as doenças.

Neste contexto, a Medicina exerceu papel importante, uma vez que, ao longo do processo de transição do feudalismo para o capitalismo, o trabalho significava o aumento da produção e certa prosperidade e, por conseguinte, doenças incapacitantes e mortes representavam o desfalque da força produtiva, culminando em problemas econômicos. Isso considerado, “[...] foram adotadas medidas sanitárias e de ação médica centrada no controle do nível de saúde da população” (ROSEN, 1963/1983; DONNANGELO, 1979 apud ALMEIDA, 2018, p. 69) e, logo, a relação entre a Medicina e o Estado se estreitou.

A partir da década de 1950, porém, tornaram-se cada vez mais evidentes os limites da explicação de que todas as enfermidades seriam oriundas de um agente causador – doenças como o câncer e os chamados transtornos mentais constituíam um exemplo desse impasse. A despeito de, à época, alguns grupos de cientistas ainda acreditarem ser possível a delimitação de um micróbio responsável pela depressão, por exemplo, surge a Teoria Multicausal (ou Teoria da Multicausalidade) da Saúde-Doença.

A Teoria Multicausal defende a tese de que as enfermidades seriam resultantes de uma cadeia associativa de eventos e não somente de um agente patogênico. Dessa maneira, existiriam determinados fatores que, a depender das relações estabelecidas com o ser humano (o hospedeiro), implicariam doenças. Breilh (1991, p. 104) nos diz que esse movimento representou “A abertura ‘social’ ou visão mais ampla do chamado conceito etiológico [da doença]”.

Essa ‘abertura social’ dos modelos etiológicos se deu conjuntamente a uma profunda crise do sistema capitalista, gestada na década de 1960. Como resposta a esse cenário, houve, então, “[...] uma maior intervenção estatal e também uma abertura das concepções sobre a saúde-doença para o social.” (ALMEIDA, 2018, p. 72) Vale salientar, ainda, que a Teoria Multicausal se relaciona notadamente à ‘História Natural da Doença’ – elaborado por Leavell e Clarck, “Este modelo ecológico sistêmico apoia-se em três possíveis causas para o

⁴⁵ Para o maior detalhamento dessa concepção teórica, indicamos a leitura de Almeida (2018) e Breilh (1991).

desequilíbrio patogênico: o agente, o meio ambiente e o hospedeiro (NUNES, 2000 apud ALMEIDA, loc. cit.).

Desta feita, fazemos notar que a supracitada ‘abertura social’ dos modelos etiológicos representou não mais que uma fragmentação da realidade (em fatores) e que a dimensão da totalidade social do processo saúde-doença foi relegada ao termo ‘meio ambiente’, enquanto se dava ênfase aos aspectos físico-químico-biológicos do mesmo processo. A respeito disso, na relação com os denominados transtornos mentais, Almeida (2018) nos coloca:

[...] embora se reconheça a complexidade e multifatorialidade do transtorno e se admita que não se sabe se algumas alterações biológicas são causas ou consequências, **legitima-se a via biológica como a principal para o sucesso terapêutico.** (p. 90 grifo nosso).

Relacionadas ao supracitado – em especial, ao grifo nosso –, trazemos as palavras de Pande e Amarante (2017), que, baseados em um livro de Whitaker (2017)⁴⁶, alertam-nos:

Se pudéssemos reduzir em duas frases seu argumento central, assim o diríamos: o autor mostra, com base em pesquisas publicadas em revistas científicas de ponta, que o aumento significativo do uso dos psicofármacos nas últimas décadas está associado ao **mito da teoria do desequilíbrio químico cerebral**, com forte influência da indústria farmacêutica. Indica, também, os efeitos deletérios e iatrogênicos desse uso, em médio e longo prazos. (p. 1233, grifo nosso).

Assim, apontamos para o fato de que a Teoria Multicausal e o modelo da ‘História Natural da Doença’, ampla e reconhecidamente aceitas pela OMS⁴⁷, a despeito de se defenderem como contrárias ao modelo biomédico (unicausal) – o qual compreende a doença enquanto um “[...] desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como uma presença de perturbações da estrutura viva, causadoras de desarranjos na

⁴⁶ A citada obra possui autoria de Robert Whitaker, um jornalista investigativo norte-americano que “[...] tem larga experiência em editoriais de periódicos científicos em medicina. Em *Anatomia de uma Epidemia*, ele assume o desafio de decifrar um enigma: está havendo um crescimento vertiginoso de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental, com parte considerável da população entrando em tratamento psiquiátrico e não se curando com as abordagens psicofarmacológicas; muito pelo contrário, ficam mais doentes e dependentes da psiquiatria. Ora, essa realidade contraria o pensamento dominante segundo o qual a psiquiatria tem tido enorme progresso científico nos últimos cinquenta anos.” (WHITAKER, 2017, p. 10).

⁴⁷ A OMS, desde 1948, define ‘saúde’ não somente como a ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social – ou, tal qual se popularizou, ‘saúde como pleno bem-estar biopsicossocial’. Apesar de isso representar um avanço, vez que o conceito de saúde ultrapassa a dimensão estritamente negativa (da ausência de uma doença), também abre brecha para que se recaia no engodo de não delimitar um objeto a ser descrito, além de estabelecer um inalcançável estado de plenitude para a humanidade (FLEURY-TEIXEIRA, 2009 apud ALMEIDA, 2018).

função de um órgão, sistema ou organismo” (PUTTINI et al., 2010, p. 754, 755) –, deveras efetuam a já citada fragmentação da “[...] realidade em uma série de fatores [e] busca[m] identificar associações estatísticas da doença com fatores de diferentes ordens, chamados de **fatores de risco** (LAURELL, 1983; BREILH, 1979/1991 apud ALMEIDA, 2018, p.72, grifo no original). Em síntese, a Teoria Multicausal constitui “[...] uma atualização do modelo biomédico ou unicausal, a essência do modelo biológico permanece e suas práticas também” (BASTOS, 2013, p. 20).

1.5.3 A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

No subitem anterior, tecemos um breve apanhado explicativo das Teorias Unicausal e Multicausal da saúde-doença, apontando para o fato de a segunda (com início em meados do século passado e vigente até a contemporaneidade), atualmente, representar o mais difundido e aceito modelo explicativo das doenças e, particularmente, da origem dos transtornos de ansiedade. Isto é, a ansiedade, dita patológica, dever-se-ia a uma série de fatores da realidade – com destaque para os (fatores) biológicos –, justapostos em relações evidenciadas, sobretudo, por dados estatísticos.

Neste ínterim, pois, abordamos a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, oposta à concepção multicausal, que, desde seus fundamentos, busca superar o entendimento fatorado da realidade, com vistas a abarcar a totalidade da vida das pessoas em sofrimento e não somente um conjunto de sintomas, encerrados em si mesmos.

Retomando escritos de Almeida (2018), temos que

[...] a psiquiatria nasce para cumprir o papel de responder de modo apenas fragmentado às necessidades dessa pessoa considerada doente. Sob a marca da doença, já abstraída da totalidade das relações humanas contraditórias que as produziu, sobressaem necessidades outras, imputadas à doença e, por consequência, à cura. Analogamente ao fetiche da mercadoria, é como se a doença ganhasse vida própria, sendo que esse fragmento abstraído da pessoa teria um “curso natural” e um prognóstico definido – a cronificação (p. 321).

A partir do trecho anterior e do exame de nossa revisão de literatura (apresentada no segundo capítulo deste estudo), percebemos como a Psiquiatria e a Psicologia, de um modo ou de outro, operam tratamentos que incidem sobre fatores da realidade, mas não na realidade em si.

O modo de produção capitalista tem, em suas crises cíclicas, componente fundante. Interessa-nos, aqui, a (crise) ocorrida ao longo dos anos de 1960 e 1970, haja vista seu profundo “[...] impacto na prática médica” (BREILH, 1991, p. 82). É neste meio-tempo que (in)surge a Medicina Social Latino-Americana, uma vez que “[...] o termo Medicina Social vinha sendo criticado por subordinar-se ao campo médico, tendo aparecido a designação de Saúde Pública, como alternativa multidisciplinar não centrada no médico” (ALMEIDA, op. cit., p. 74).

O referido termo (Saúde Pública), aparentemente utilizado como uma alternativa multidisciplinar de saúde – e, por isso, propondo um afastamento do campo biomédico – ainda mantinha ligação com a Medicina tradicional e com a atividade estatal/governamental. Assim sendo, origina-se a Saúde Coletiva⁴⁸ – inicialmente, um campo teórico-prático assentado no materialismo histórico-dialético que, com o passar do tempo, sobretudo a partir dos anos 1980, “[...] dá lugar a uma diversidade de referenciais teóricos bastante distintos e, não raro, antagônicos, a respeito do processo saúde-doença e de sua relação com a sociedade” (ALMEIDA, 2018, p. 75). A partir daí, teorias ligadas à chamada pós-modernidade ganham espaço entre os agentes sociais, pari passu até a movimentos em defesa da lógica privatista sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

De todo modo, é no seio do campo da Saúde Coletiva que retornam⁴⁹ (e germinam novas) concepções a respeito do que seja a determinação social do processo saúde-doença, dentre as quais destacamos as de orientação marxista (sobressaindo nomes como o de Sérgio Arouca, Asa Cristina Laurell, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Jaime Breilh e Maria Cecília Ferro Donnangelo).

Para a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, tal qual para Marx e Engels (1845-1846/2007 apud ALMEIDA, 2018, p. 76), “O que os indivíduos são coincide com o que produzem e o modo como produzem, portanto, depende das condições materiais de sua produção”. Logo, entendemos que as formas de adoecimento psíquico – neste caso, a ansiedade – significam as contradições do modo de produção capitalista encarnadas nas pessoas.

⁴⁸ No que diz respeito à diferenciação entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, aludimos a Breilh (1991, p. 128-129, grifo nosso): “Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhorias localizadas e graduais [mantendo o tipo de reprodução da vida sob os tentáculos do capitalismo], **a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical**”.

⁴⁹ A concepção da saúde-doença tal como processo social é apontada desde o século XVII.

Os processos de adoecimento se materializam nas pessoas, conforme Laurell (1989), por intermédio do ‘nexo biopsíquico humano’⁵⁰. Trata-se não de entender a origem do sofrimento psíquico nos fenômenos biológicos e/ou químicos do cérebro, mas, antes, compreender que “[...] a saúde-doença envolve os processos biológicos e psicológicos e neles se expressa, mas **há uma subordinação destes processos ao social, que os condiciona a se expressar de determinadas formas**” (ALMEIDA, 2018, p. 76, grifo nosso). Pelas palavras de Vygotsky (1930, não p.):

[...] há razões fortes para supor que o tipo biológico humano mudou notavelmente pouco durante o curso do desenvolvimento histórico do homem. Isto não quer dizer, é claro, que a evolução biológica paralisou-se e que a espécie humana é uma quantidade estável, inalterável, constante, mas sim que as leis fundamentais e os fatores essenciais que dirigem o processo de evolução biológica retrocederam ao plano de fundo e, ou decaíram completamente, ou tornaram-se uma parte reduzida ou sub-dominante das novas e mais complexas leis que governam o desenvolvimento social humano.

De acordo com a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, o social é histórico, ou seja, está intrinsecamente relacionado ao modo de produzir e reproduzir a vida, em um dado momento histórico. Assim sendo, o indivíduo que adoece psicicamente, de tal ou qual forma, expressa o sofrimento consoante às condições-limite impostas pelas “[...] formações sociais de cada momento histórico (LAURELL, 1983 apud ALMEIDA, loc. cit.). Em síntese, “[...] se os indivíduos se desenvolvem socialmente, **os processos de saúde e doença por eles vividos são também determinados socialmente**” (Idem, grifo nosso).

Via de regra, um indivíduo participa de vários grupos sociais, sendo o principal, a classe social. Na classe trabalhadora/proletária – à que pertencemos e pela qual lutamos –, somos parte de grupos diversos, como os de identidade de gênero, de etnia e os ligados à categoria profissional. Essas particularidades medeiam as formas-padrão de reprodução e desgaste, no seio das quais germina o sofrimento, encarnado nas singularidades (das pessoas).

⁵⁰ Assim como o ‘processo psicofisiológico integral’ (VIGOTSKI, 1982/1996a), ou, pelas palavras de Tuleski (2007, p. 253, grifos no original), ao salientar que “[...] há um debate contemporâneo entre os comentaristas modernos de Vigotski em que um lado procura demonstrar ser a psicologia de Vigotski uma **psicologia marxista** e outro que a destaca como uma psicologia **marxista**, o que carrega implicações completamente diferentes, atribuindo ora maior peso aos aspectos individuais, ora aos sociais. Entende-se, portanto, que a única forma possível de se superar tal dicotomia é entender a Psicologia Histórico-Cultural como a que estabelece e afirma a unidade dialética entre indivíduo-sociedade, biológico-social, ou seja, uma **Psicologia Marxista**”. À vista disso, embasados nas teorias já mencionadas, reforçamos nosso entendimento de sujeito tal como uma unidade, não um fenômeno fragmentado, do qual se extrai uma parte e a nomeia ansiedade.

É por intermédio dos grupos sociais que se estabelecem as relações de distribuição dos bens produzidos pela classe trabalhadora. Os indivíduos, então, a depender dos grupos aos quais pertencem, acessam (ou não) as maneiras de se bem viver ou de sofrer.

Citando Laurell (1983), Almeida (2018) tece uma cara síntese de todo o exposto até aqui:

E, muito embora o espaço privilegiado para apreensão da determinação social do adoecimento não seja o do caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos [...] são os indivíduos que vivem e morrem biológica e psicologicamente. Ou seja, a doença está incrustada no nível biopsíquico e se expressa no indivíduo, seja na gripe, no câncer ou na depressão. E, do mesmo modo, tal expressão é determinada pelo modo geral da reprodução social predominante em um dado momento histórico e pelas condições particulares de vida das pessoas conforme sua inserção de classe, no processo de trabalho, sua condição de gênero e etnia, etc. (p. 78).

Fica-nos, então, alguns questionamentos: como o social é convertido em individual? Como a universalidade se manifesta na singularidade? No último capítulo desta dissertação, tentamos construir meios de responder a isso.

Antes de encerrar este capítulo, porém, apresentamos, a seguir, três quadros que sintetizam nossa exposição. Por intermédio de sua comparação, é possível visualizar, panorâmica e resumidamente, as mudanças no DSM, as transformações sociais e o desenvolvimento de teorias que buscam explicar a saúde-doença.

QUADRO 7 – EM RELAÇÃO ÀS EDIÇÕES DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)

1952	1968	1980	1987	1994	2000	2014
DSM-I	DSM-II	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV-TR	DSM-5
Forte influência da Psicanálise						
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Surge como alternativa à CID-6, da OMS; ▫ convivência amigável entre Psicanálise, Movimento Antipsiquiátrico e Psicofarmacologia; ▫ fluidez entre ‘normal’ e ‘patológico’. ▫ <u>Ansiedade</u> como sintoma basilar das psiconeuroses. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Poucas mudanças em relação à edição anterior. ▫ <u>Ansiedade</u> como principal sintoma das neuroses. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Rompimento com os referenciais psicanalítico e psicossocial; ▫ retorno da Psiquiatria biológica; ▫ desde então, propagado como a-teórico. ▫ retomada parcial dos postulados kraepelianos; ▫ menor fluidez entre ‘normal’ e ‘patológico’; ▫ a Psiquiatria dos EUA como padrão; ▫ categorias como ‘histeria’, ‘neurose* de angústia’ e ‘melancolia’ substituídas por ‘transtornos depressivos’ e ‘ansiosos’; ▫ entrada definitiva das empresas de convênio médico e farmacêuticas no campo; ▫ remodelação estrutural e metodológica; organização multiaxial (critérios precisos de diagnóstico). ▫ <u>Ansiedade</u>: nascimento da categoria nosográfica ‘transtorno de pânico’. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Abolição da hierarquização de diagnósticos; surgimento do conceito de comorbidade em Psiquiatria 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 886 páginas, 297 categorias, dividido em cinco eixos; ▫ grupo de trabalho coordenado por Allen Frances, que, posteriormente, criticou o próprio trabalho: “[...] foi uma inflação diagnóstica que causa muito dano” (OLIVA, 2014, não p.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Insuficiente e/ou ausente operacionalização dos diagnósticos e retificação de muitas entidades clínicas; ▫ trabalho clínico-interpretativo limitado pela estrutura profundamente descritiva do manual (explicação a priori da doença); ▫ diversos trechos ambíguos e/ou imprecisos; ▫ acréscimo de mais 21 categorias (no apêndice B). 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Pouco mais de 300 categorias; 948 páginas., 297 categorias, dividido em cinco eixos, dividido em três seções organizativas; extinção da organização multiaxial; ▫ assentado no modelo da Epidemiologia Clássica (fatores de risco); ▫ delimitação mais maleável entre os tipos de transtorno; ▫ <u>Ansiedade</u> dividida em onze transtornos; a fobia social passa a se chamar transtorno de ansiedade social e, para que o diagnóstico ocorra, torna-se necessária a duração de seis meses ou mais dos sintomas.

FONTE: O autor (2022).

QUADRO 8 – EM RELAÇÃO AOS MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO PRODUTIVO

Final do século XIX	Século XX (até +/- 1970)	Transição de 1960 para 1970	De 1970 em diante
<p><u>Taylorismo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ fragmentação do processo produtivo (cada funcionário exercendo uma função, ficando alheio ao resultado final); ▫ cronometragem de tempo; ▫ racionalização do trabalho (aumenta-se a produção, diminui-se o tempo gasto); ▫ seleção e alocação de trabalhadores em determinados postos de trabalho, mediante suas aptidões. 	<p><u>Fordismo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ complementar ao antecessor (Taylorismo); ▫ técnicas repetitivas de produção (linha de montagem semiautomática/produção em massa); ▫ máxima extração da força produtiva de cada trabalhador; ▫ tornou-se o modelo de gestão da Segunda Revolução Industrial; ▫ queda nos preços e na qualidade dos produtos; ▫ perdurou até meados da década de 1970, garantindo os ‘anos dourados’ do ciclo capitalista dos países desenvolvidos (crescimento econômico e Estado de Bem-Estar Social). 	<p><u>Crise do capital:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ intensificação do conflito capital-trabalho. ▫ endividamento de países subdesenvolvidos (com destaque para os latino-americanos); ▫ alta nos preços do petróleo; ▫ altas taxas inflacionárias e declínio do crescimento econômico; 	<p><u>Toyotismo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ <i>just in time</i> (flexibilização da produção); ▫ intensificação do uso de tecnologias; ▫ estoques mínimos e baixo quantitativo de trabalhadores; ▫ exige-se que o trabalhador seja multifuncional; ▫ heterogeneização e fragmentação da classe trabalhadora em maior número de estratos s; maior divisão social do trabalho e complexificação das atividades; ▫ neoliberalismo, globalização, declínio do Estado de Bem-Estar Social; ▫ aumento da terceirização e diminuição exponencial dos postos de trabalho (alto índice de desemprego); ▫ contrarreformas no mundo do trabalho.

FONTE: O autor (2022).

QUADRO 9 – EM RELAÇÃO ÀS TEORIAS SOBRE A SAÚDE-DOENÇA

Século XIX	Segunda metade do século XX	Século XX (especialmente as décadas de 1960 e 1970)
<p><u>Teoria Unicausal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ cada doença teria um agente causador específico (bactérias e vírus como causas únicas das doenças); ▫ possibilidade de superação de explicações sobrenaturais a respeito das doenças; ▫ mascaramento dos efeitos sociais oriundos da exploração capitalista. ▫ totalidade social reduzida a uma concepção ambiental 	<p><u>Teoria Multicausal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ surge das limitações de sua antecessora em explicar enfermidades não transmissíveis como o câncer e as chamadas ‘doenças mentais’; ▫ defende a tese de que as enfermidades seriam resultantes de uma cadeia associativa de eventos e não somente de um agente patogênico; ▫ fragmentação da realidade em uma série de fatores de risco (social e biológico, enquanto fatores de risco, atuariam igualmente na causalidade da doença). 	<p><u>Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ o social promove variações em nível biológico; ▫ o processo saúde-doença é uma particularidade do processo histórico-social; como totalidade, não pode ser visto de modo fragmentado; ▫ não se iguala à ideia de Determinantes Sociais da Saúde, (DSS) adotada pela OMS.

FONTE: O autor (2022).

CAPÍTULO 2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: O QUE DE MAIS ATUAL A CIÊNCIA TEM PRODUZIDO A RESPEITO DA ANSIEDADE E SUA ETIOLOGIA

Desde o início do curso de mestrado, temos o objetivo de propor reflexões a respeito da etiologia da ansiedade (descrita como patológica, sobretudo pela Psiquiatria), a partir do materialismo histórico-dialético. Para tanto, mostrou-se-nos imprescindível a realização de um exame cronológico-comparativo do DSM – no qual está contida a ampliação das descrições dos chamados transtornos de ansiedade – paralelamente à análise histórico-crítica do mundo material, envolvendo as relações dialéticas de avanços e retrocessos sob o jugo do capitalismo, que, variavelmente, influenciaram e influenciam a vasta utilização do manual em questão e o alargamento dos diagnósticos. Assim, construímos o primeiro capítulo desta dissertação.

Feito isso, chegamos à esta seção, que tem como premissa analisar e discutir o que de mais atual a ciência – dita ‘hegemônica’ – tem produzido a respeito da etiologia da ansiedade (ou transtornos de ansiedade), já lançando, como hipótese, a filiação aos pressupostos do DSM por, pelo menos, grande parte dos materiais reunidos.

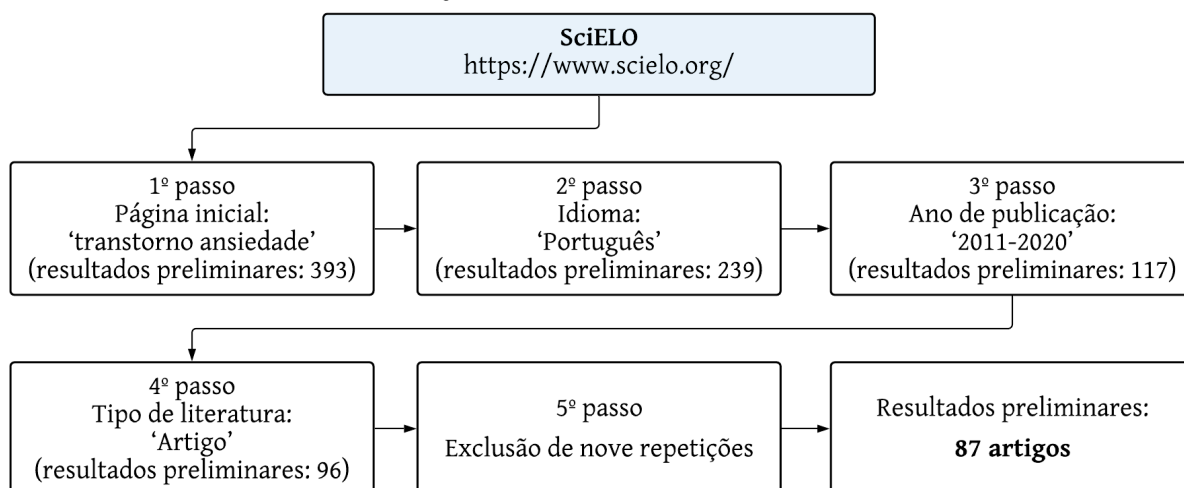
Assim, valemo-nos da base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)⁵¹, uma biblioteca virtual “[...] que reúne a maioria dos periódicos latino-americanos indexados e de **acesso aberto**” (PACKER, 2014 apud PENTEADO, 2018, p. 78, grifo nosso). A mesma base de dados foi utilizada por Berenchein Netto (2007).

⁵¹ Inicialmente, objetivando uma pesquisa a mais ampla possível, selecionamos mais três bases de dados e/ou indexadores de estudos, quais foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-Psi) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Todavia, recortes metodológicos se fizeram necessários, uma vez que tivemos de considerar limitações como: a) a escassez de tempo suficiente para a análise crítica de todos os textos prospectados; b) a revisão da literatura a respeito da temática significar parte fundante desta dissertação, mas não seu foco principal; e c) a dificuldade de acesso a um considerável contingente de trabalhos. A respeito desse último item, após desenvolvermos pesquisas nas bases de dados mencionadas, valendo-nos de filtros disponibilizados por elas mesmas (como ‘Assunto principal’, ‘Tipo de estudo’, e ‘Idioma’), chegamos ao total de 2.113 trabalhos, entre artigos científicos, capítulos de livros, teses e dissertações. Mesmo cientes das expressivas dificuldades que se imporiam ao exame deste material – a duração do curso de mestrado, principalmente –, iniciamos a leitura de seus resumos (a maior parte estava disponível no ambiente virtual, gratuitamente). A despeito disso, vale pontuar também que, referente aos artigos científicos, quase a totalidade deles estava acessível somente em inglês, o que nos demandou um maior lapso temporal para o início da análise). Desse modo, ao alcançarmos o número de 178 resumos examinados, o que representa pouco mais de 8% do total prospectado (n = 2.113), decidimos alterar algumas estratégias de pesquisa, haja vista que não teríamos tempo hábil para a finalização da leitura de todo o material, além de considerar que, destes 178 trabalhos, mais da metade (53%) já se referia à ansiedade e/ou à sua etiologia como assunto secundário e, por isso, ficaria de fora de nossa discussão. Por fim, também em relação aos artigos científicos, um significativo contingente requiritava pagamento para o acesso ao trabalho integral. Recorremos, então, ao Portal de Periódicos da CAPES/MEC, no item ‘CAFe’ (<https://www-periodicos-capes-gov-br.ez51.periodicos.capes.gov.br/>). Novamente, após filtrarmos os estudos (Assunto: ‘transtorno de ansiedade’ → tipo de recurso: ‘Artigo’ → data de publicação: ‘2011 até 2020’ → idioma: ‘Português’), recuperamos 315 artigos e, devido a todos os motivos já expostos, optamos pelo principal percurso metodológico (na SciELO) apresentado no texto desta dissertação.

2.1 A PESQUISA NA SCIELO

Introdutoriamente, estabelecemos a expressão-chave ‘transtorno de ansiedade’, como assunto principal, para efetuar a pesquisa na SciELO, seguida deste itinerário: 1) Idioma: ‘Português’ (resultados preliminares: 239); 2) Ano de publicação: ‘2011-2020’ (resultados preliminares: 117); e 3) Tipo de Literatura: ‘Artigo’ (resultados preliminares: 96, havendo nove repetições). A seguir, em um fluxograma, apresentamos o percurso que adotamos no site da mencionada biblioteca digital, bem como os resultados aos quais chegamos, com o objetivo de facilitar sua compreensão.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA PESQUISA NO SITE DA SCIELO



FONTE: O autor (2021)

2.2 A SISTEMATIZAÇÃO DO MATERIAL PROSPECTADO

Exportados os 87 artigos científicos, do site para nossos computadores, iniciamos a leitura de seus títulos e resumos. A partir disso, criamos dois conjuntos de critérios mais gerais para iniciarmos sua sistematização: 1) ‘Ansiedade em populações clínicas’ (isto é, pesquisas que investigaram a prevalência da ansiedade quando em associação a uma ‘queixa’ e/ou doença primária); e 2) ‘Ansiedade em população geral’ (ou seja, ‘não-clínica’; trabalhos que trataram a ansiedade como condição patológica per se e/ou, mesmo que associada a outras afecções, sendo ela o principal objeto de investigação).

O intuito, com isso, foi o de separar os estudos que abordavam a ansiedade relacionada a outras condições clínicas primárias (primeiro filtro) e os que a tratavam como desfecho clínico investigado, isoladamente ou em associação a ‘queixas’ secundárias (segundo filtro). Destes,

somente os trabalhos do segundo conjunto foram selecionados, constituindo-se, assim, um critério de inclusão: pesquisas (no caso de estudos de prevalência) que investigaram os transtornos de ansiedade como desfecho clínico primário, ou seja, enquanto variável dependente (principal processo de adoecimento em análise). O quadro a seguir sintetiza o conteúdo desse ordenamento.

QUADRO 10 – SÍNTESE DOS PRIMEIROS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DAS PESQUISAS

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO		CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
Ω	em Populações Clínicas	Ω	em População Geral
Ansiedade	Em relação a qualquer transtorno diagnosticado que não pertencesse à Seção II - Critérios Diagnósticos e Códigos - Transtornos de Ansiedade (APA,2014). (Ex.: Transtorno do Espectro Autista, Esquizofrenia, Transtorno Obsessivo-compulsivo).	Ansiedade	Em relação a quaisquer condições de trabalho/estudo/vida e comportamentos. (Ex.: desgaste físico e mental de trabalhadores noturnos, curso pré-vestibular, comportamento sedentário).
	Em relação a qualquer intercorrência. (Ex.: Acidente Vascular Encefálico, Infarto do Miocárdio).		Em relação a qualquer faixa etária. (Ex.: infância, adolescência, velhice).
	Em relação a qualquer período específico que pudesse causar agravo à saúde e/ou a qualquer diagnóstico de patologias fora do campo mental. (Ex.: perinatalidade, pós-cirúrgico, pré-eclâmpsia, Síndrome Fibromiálgica, tipos de Neoplasia, tipos de Anemia, Rosácea).		Genericamente ou especificada como qualquer um dos onze subtipos de transtorno de ansiedade. (Ex.: Transtorno de Pânico, Agorafobia, Mutismo Seletivo).
			Em relação ao gênero.

FONTE: O autor (2020)

À vista do supracitado, 62 pesquisas foram excluídas de nosso corpus de análise (ansiedade em população clínica) e 25 permaneceram sob o nosso interesse (ansiedade em população geral). A seguir, apresentamos a tabela com os resultados dessa etapa

TABELA 2 – SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIUNDOS DA SCIELO

Pesquisa na SCIELO (https://www.scielo.org/)	
Ansiedade em populações clínicas (com doença preexistente) 62 ⁵² (71%)*	Ansiedade em população geral (não-clínica; sem doença preexistente) 25 (29%)*

FONTE: O autor (2021). *Porcentagens aproximadas.

⁵² Entre os trabalhos excluídos de nossa revisão, destacamos a variedade de temas aos quais a ansiedade fora relacionada – a exemplo de: Fibromialgia, Esclerose Múltipla, Transtorno do Espectro Autista, Depressão e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). No que se refere a este último (TOC), vale pontuar que, desde a publicação do DSM-5, em 2014, deu-se a sua retirada do rol dos Transtornos de Ansiedade, ganhando ele, o TOC, uma categoria própria e específica. Ademais, sinalizamos a existência de artigos que se dedicaram **somente** à validação de instrumentos avaliativos, sobretudo psicométricos, os quais também se situam fora da delimitação do objetivo de nosso trabalho.

Mediante a observação dos dados da tabela anterior, identificamos a ocorrência de um certo padrão no foco das pesquisas. Dito de outro modo: após nossa revisão na SciELO, percebemos a **baixa quantidade de artigos dedicados ao estudo da ansiedade na população geral**. Cabe-nos reforçar e justificar, então, a validade de pesquisas como esta, que se dedicam ao estudo da ansiedade tal qual principal processo de adoecimento investigado. Seguidamente, encaminhamo-nos ao próximo tópico.

2.2.1 UMA BREVE ANÁLISE CIENCIOMÉTRICA E A SÍNTESE DO PERCURSO METODOLÓGICO NA SCIELO

Pouco antes do início da leitura integral dos 25 artigos resultantes da organização já explicitada, concordamos e partilhamos um questionamento de Penteado (2018), a respeito do panorama cienciométrico da temática: “Nos últimos 10 anos, quantas publicações são de revistas cujo escopo é Psicologia, Psiquiatria, e outras áreas?” (p. 81). Na Tabela 3, expomos essas informações.

TABELA 3 – BREVE ANÁLISE CIENCIOMÉTRICA REFERENTE ÀS ÁREAS DO CONHECIMENTO DOS PERIÓDICOS DOS ARTIGOS PROSPECTADOS NA SCIELO

Área de conhecimento do Periódico	Nome do Periódico	Quantidade de artigos	Referências
Psiquiatria/ Medicina	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	6	Schönhofen et al. (2020); Rodrigues, Rodrigues e Cardoso (2020); Costa et al. (2019); Machado et al. (2016); Vasconcelos, Lôbo e Melo Neto (2015); Sardinha, Araújo e Nardi (2011)
	Revista Brasileira de Educação Médica	3	Rodrigues et al. (2019); Motta, Soares e Belmonte (2019); Moromizato et al. (2017)
	Revista Brasileira de Psiquiatria	1	Schier et al. (2012)
	Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)	1	Forni-Santos et al. (2011)
Soma dos artigos dessa área do conhecimento: 11 (44%)			

CONTINUAÇÃO DA TABELA 3

Área de conhecimento do Periódico	Nome do Periódico	Quantidade de artigos	Referências
Psicologia	Psicologia: Reflexão e Crítica	3	Angélico, Crippa e Loureiro (2012); King et al. (2012); Miranda et al. (2011)
	Psicologia: Ciência e Profissão	1	Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015)
	Liberabit	1	Montiel et al. (2014)
	Estudos de Psicologia (Natal)	1	Alves et al. (2012)
	Psico-USF	1	Rodrigues et al. (2012)
	Análise Psicológica	1	King et al. (2012)
	Trends in Psychology	1	Perandré e Haydu, (2018)
	Psicología, Conocimiento y Sociedad	1	Pinho (2016)
Soma dos artigos dessa área do conhecimento: 10 (40%)			
Área de conhecimento do Periódico	Nome do Periódico	Quantidade de artigos	Referências
Psicologia e Áreas afins	Psicologia, Saúde & Doenças	1	Certal e Oliveira (2018)
Soma dos artigos dessa área do conhecimento: 1 (4%)			
Área de conhecimento do Periódico	Nome do Periódico	Quantidade de artigos	Referências
Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública	Ciência & Saúde Coletiva	2	Teixeira et al. (2020); Portugal et al. (2016)
	Caderno de Saúde Pública	1	Orellana et al. (2020)
Soma dos artigos dessa área do conhecimento: 3 (12%)			

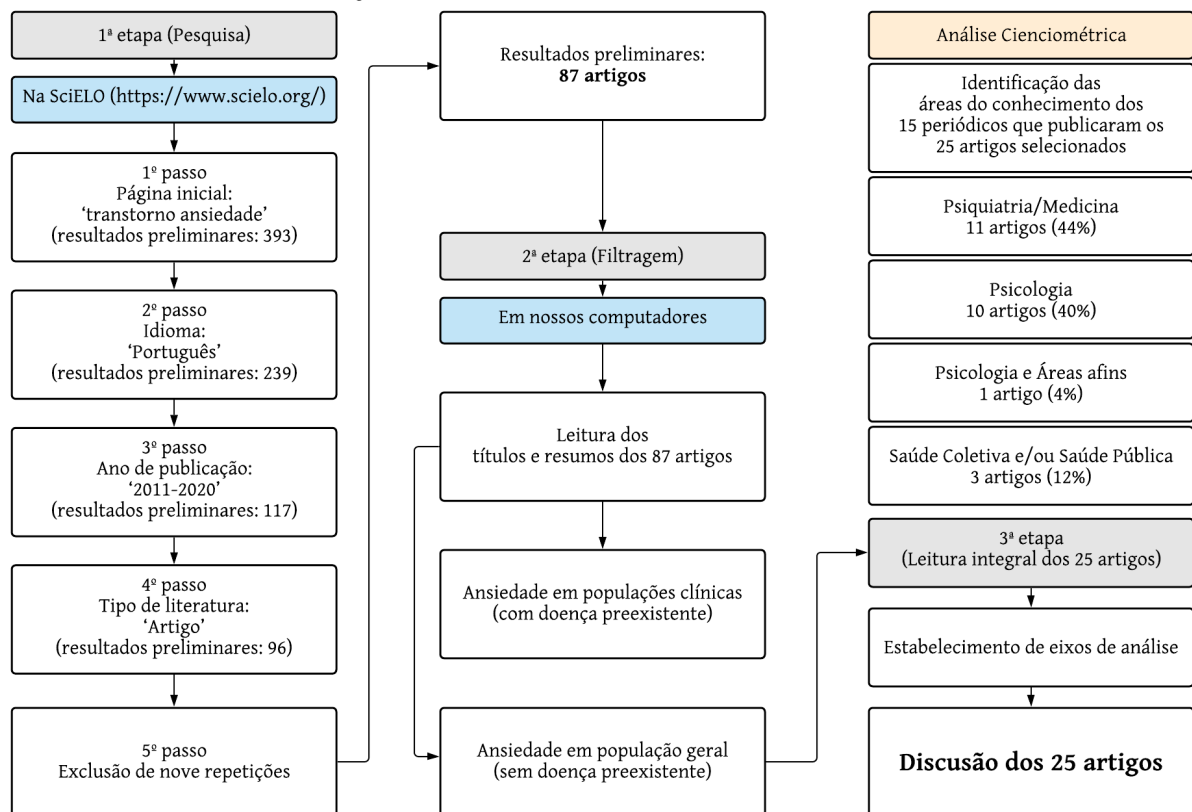
FONTE: O autor (2020)

Ante os dados da Tabela 3, podemos denotar que 44% das publicações dedicadas à ansiedade, de 2011 a 2020, concentraram-se na área médica, mais especificamente, da Psiquiatria – entre os 11 desta categoria, apenas três se relacionaram à educação médica. No que diz respeito ao âmbito da Psicologia, observamos dez artigos (o que representa 40% dos 25 estudos selecionados), dispersos em oito periódicos. Quanto ao restante das pesquisas, uma foi publicada em periódico interdisciplinar (Psicologia e Áreas afins) e três em revistas de Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública.

Isto posto, destacamos que a área médico-psiquiátrica ainda é a que mais publica em relação à temática da ansiedade em população geral, seguida da psicológica. Tal fato pode nos sinalizar uma hegemonia de concepções biomédicas no tocante à etiologia e à terapêutica dos

transtornos de ansiedade. Por fim, apresentamos a figura 2, que sintetiza o percurso metodológico adotado até a definição dos 25 artigos como corpus de análise dessa revisão, os quais serão discutidos a seguir.

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA QUE SINTETIZA AS ETAPAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA SCIELO



FONTE: O autor (2020)

2.3 A ANÁLISE DO CONTEÚDO DOS ARTIGOS DA REVISÃO

Desde a leitura dos 25 artigos resultantes de nossa revisão de literatura, procuramos depreender **qual ou quais hipóteses etiológicas da ansiedade e/ou dos transtornos de ansiedade** apresentaram os seus autores, também visando à verificação de possíveis ligações com postulados do DSM⁵³. Em outras palavras, questionamos: a gênese da ansiedade (ou dos transtornos de ansiedade) tem sido estudada, principalmente, por meio de quais fundamentos? No decorrer dessa atividade, então, fomos percebendo que, variavelmente, tais informações não

⁵³ Salientamos, porém, e como já exposto no primeiro capítulo desta dissertação (ver Nota de Rodapé 26, p. 38), que, desde a terceira versão do DSM, deu-se o rompimento com os postulados kraepelianos a respeito de se dedicar à gênese/etiologia dos transtornos. Mais importante que saber a origem seria, então, descrever o percurso do adoecimento, por vezes, somando-se fatores associados.

estavam nitidamente apresentadas e, quando citadas, muitas vezes apareciam de maneira difusa, encoberta – arriscamo-nos dizer, até superficial.⁵⁴

À vista disso, efetuamos nossa **análise a partir das descrições da ansiedade (ou dos transtornos de ansiedade)** manifestadas pelos autores das pesquisas e seus referenciais teóricos. Em seguida, encaminhamo-nos ao **exame dos fatores associados**, apresentando uma breve síntese desse trecho ao final da seção.

2.3.1 A IDENTIFICAÇÃO DAS DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE E SEUS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Neste tópico, apresentamos as descrições a respeito da ansiedade, bem como as fundamentações teóricas que as sustentam, implícita ou explicitamente indicadas pelos autores.

Entre os 25 artigos analisados, identificamos que, em 18, as descrições da ansiedade foram baseadas em, pelo menos, uma edição do DSM, direta ou indiretamente⁵⁵, o que representa 72% do montante. Outros quatro estudos (16%), para construírem seus detalhamentos, apoiaram-se nos postulados de autores diversos. Por fim, três trabalhos, ou 12% do total, não apresentaram qualquer descrição relativa à ansiedade nem fizeram uso de algum instrumento avaliativo. A fim, apresentamos o quadro 8, no qual sintetizamos os três níveis de ordenamento supracitados, em ordem decrescente da quantidade de artigos contidos em cada um deles.

QUADRO 11 – SÍNTESE DAS DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE (E/OU DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE) QUE BALIZARAM NOSSOS EIXOS DE ANÁLISE

Níveis de ordenamento e formação dos eixos de análise e discussão conforme a descrição da ansiedade e suas referências	Quantidade de artigos
Descrições fundamentadas em/relacionadas a edições do DSM	18
Descrições fundamentadas em autores diversos	4
Nenhuma descrição apresentada e nenhum instrumento de avaliação utilizado	3

FONTE: O autor (2021)

⁵⁴ Ponderamos, entretanto, que discutir as hipóteses etiológicas da ansiedade não constituiu o objetivo precípua de alguns autores; por isso, faz-se compreensível essa falta e/ou escassez de informações.

⁵⁵ Os autores de alguns desses artigos, apesar de não tecerem evidentes descrições/caracterizações a respeito da ansiedade, valeram-se de instrumentos para avaliarem a sua ocorrência. Esses recursos, no que lhes toca, embasam-se em definições filiadas a versões do DSM e, por isso, concluímos que seu entendimento de ansiedade se vincula aos pressupostos do manual citado.

Nos três subtópicos a seguir, que também alicerçam nossos eixos de análise, discorreremos a respeito desses estudos⁵⁶.

2.3.1.1 DOS ARTIGOS QUE APRESETARAM DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE FUNDAMENTADAS EM/RELACIONADAS A EDIÇÕES DO DSM

Entre os 18 artigos alocados sob este eixo de análise, a despeito de **todos** se fundamentarem **em edições do DSM**, foi possível depreender daqueles (artigos) algumas particularidades, ora os distanciando, ora os aproximando – a exemplo da alusão a diferentes edições do manual e das descrições diretamente vinculadas à obra.

Como já explanado nesta dissertação, a quinta versão do DSM apresenta onze subtipos de transtorno de ansiedade (a este respeito, consultar o Quadro 1, p. 28), mas nem todos eles foram pesquisados pelos artigos aqui reunidos. Além disso, precisamos lembrar que o DSM-5 foi publicado em 2014 e, por isso, parte do material prospectado se apoia em afirmações de edições anteriores. Também há os trabalhos que, mesmo sendo publicados após 2014, valeram-se de instrumentos avaliativos fundamentados em versões mais antigas do citado manual.

Sob a ótica do DSM-III (APA, 1980), DSM-IV (APA, 1994) ou do DSM-IV-TR (APA, 2000) apontamos 15 destes 18 artigos – Orellana et al. (2020); Costa et al. (2019); Rodrigues et al. (2019); Motta, Soares e Belmonte (2019); Moromizato et al. (2017), Machado et al. (2016); Portugal et al. (2016)⁵⁷; Montiel et al. (2014); Rodrigues et al. (2012); Alves et al. (2012), Angélico, Crippa e Loureiro (2012); King et al. (2012); King et al. (2011); Forni-Santos et al. (2011); Miranda et al. (2011). Todas essas pesquisas descreveram características da ansiedade, denominada como patológica, ou por meio de referência direta ao DSM, ou pelo uso de instrumentos avaliativos remetidos ao manual, especificamente às versões supramencionadas.

Agrupar os 15 artigos filiados ao DSM-III, DSM-IV e ao DSM-IV-TR significa afirmar, então, que eles comungam as descrições do que seja a ansiedade e/ou um transtorno de ansiedade, fato que os une quando nos processos de pesquisa e ensino da temática. Entre o

⁵⁶ Devido ao fato de, nos artigos, as descrições da ansiedade (ou dos transtornos de ansiedade) apresentarem similaridades, optamos por não discorrer separadamente sobre cada um dos trabalhos, tornando-nos repetitivos. A despeito disso, detalhamos alguns, entendendo a importância de destacar determinadas informações.

⁵⁷ Esta é a única pesquisa dentre as demais apoiadas no DSM-II, DSM-IV ou no DSM-IV-TR que nem mesmo cita o manual em suas referências. A despeito disso, os autores fizeram uso da *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD. Essa escala, de acordo com Faro (2015) se mostrou compatível com os critérios diagnósticos do DSM-IV.

DSM-IV e o DSM-IV-TR, ademais, já mencionamos que não houve mudanças relevantes; por isso, de maneira sintética, pontuamos que esses 15 trabalhos entendem que

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos objetos ou situações que induzem o medo, ansiedade ou comportamento de esquiva. São quadros clínicos cujos sintomas de ansiedade são primários (não são derivados de outras doenças psiquiátricas como depressão ou psicoses, por exemplo) (Costa et al., 2019, p.93).

Também dentre os 15 artigos supracitados, quatro aplicaram o *Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini)*, versão 5.0., validado no Brasil por Patrícia Amorim (2000 apud MOTTA; SOARES; BELMONTE, 2019). Ao consultarmos o trabalho de Amorim (2000), lemos que o instrumento em questão, relacionado ao DSM-IV, pode servir para a área de ensino, pesquisa, gestão de programas de saúde e

Prática clínica: o MINI foi concebido como um “exame complementar” para permitir a coleta sistemática de informações necessárias ao estabelecimento ou à confirmação de hipóteses diagnósticas, segundo critérios precisos. O instrumento pode ser utilizado para melhorar a precisão do diagnóstico e a adequação da escolha terapêutica em atenção primária e em psiquiatria (AMORIM, op. cit., p. 114).

Moromizato et al. (2017), por seu turno, dedicaram-se a descrever as possíveis relações entre o uso de internet e redes sociais e os indícios de ansiedade e depressão⁵⁸ em graduandos de um curso de Medicina. Os autores deste estudo pontuam que “Paralelamente aos benefícios, emergem os efeitos prejudiciais do uso de forma desadaptativa e a **Adicção por Internet (AI)**, considerada **uma epidemia do século XXI [...]**” (MOROMIZATO et al., op. cit., p. 498, grifo nosso).

No artigo, somos informados que a AI pode se associar à ansiedade e à ansiedade social, mas não captamos qualquer definição ou mesmo diferenciação desses e entre esses dois fenômenos. Todavia, para avaliá-los (a ansiedade e a ansiedade social), os pesquisadores fizeram o uso de três instrumentos: *Internet Addiction Test* (IAT), da pesquisadora Kimberley Young; *Beck Anxiety Inventory* (BAI) – em tradução livre, Inventário de Ansiedade de Beck ou

⁵⁸ Temos ciência de que a depressão não pertence à ‘Seção II - Critérios Diagnósticos e Códigos - Transtornos de Ansiedade’ do DSM-5 e, por isso, esse estudo seria passível de exclusão de nosso corpus de análise. Todavia, **neste caso, a ocorrência da ansiedade não foi motivada pela depressão** – os dois tipos de sofrimento foram abordados paralelamente. Assim, o trabalho de Moromizato et al. (2017) segue fazendo parte de nossa discussão.

Escala de Ansiedade de Beck –; e *Beck Depression Inventory* (BDI) – em tradução livre, Inventário de Depressão de Beck ou Escala de Depressão de Beck.

Em relação ao primeiro instrumento, Moromizato et al. (2017) se remeteram ao artigo de Abreu et al. (2008), do qual destacamos o seguinte trecho:

“[...] Young conduziu uma investigação utilizando como parâmetro um conjunto de critérios derivados daqueles utilizados pelo **DSM-IV** em Dependência de Substâncias para a criação do primeiro esboço conceitual [da dependência da internet]” (p. 157).

À vista disso, depreendemos que mesmo que Moromizato et al. (2017) não tenham deixado evidente qualquer descrição relativa à ansiedade, valeram-se de um instrumento avaliativo construído sobre os pilares do DSM-IV. O mesmo afirmamos em relação ao BAI e ao BDI, mas com referenciação à terceira edição do manual.

Em sua tese de doutorado, Maluf (2002) nos assevera que Aaron Beck e seus colaboradores, partindo da observação de pacientes em psicoterapia, derivaram os itens do BDI e, posteriormente, selecionaram “[...] aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com critérios do **DSM III** e da literatura sobre depressão” (p. 8, grifo nosso). No que diz respeito ao BAI, salientamos a mesma lógica de constituição.

No trabalho de Alves et al. (2012), identificamos semelhanças com o de Moromizato et al. (2017). Os responsáveis pela pesquisa, apesar de também não apresentarem descrições concernentes ao subtipo de transtorno que se propuseram a estudar – o transtorno de ansiedade social e suas relações com a atribuição de emoções a figuras de faces neutras –, valeram-se do *Social Phobia Inventory* (SPIN) – em tradução livre, Inventário de Fobia Social –, mas sem informar as bases teóricas do instrumento.

Em consulta ao trabalho de Osório, Crippa e Loureiro (2009), porém, somos informados que “A maioria das escalas que visam a avaliação do transtorno de ansiedade social (TAS) começaram a ser desenvolvidas após a introdução desse diagnóstico no **DSM-III** em 1980”⁵⁹ (p. 26, grifo e tradução nossa). Também neste artigo, lemos que o supracitado instrumento adota “[...] como parâmetro de avaliação o Módulo F da Entrevista Clínica Estruturada para o **DSM-IV** (SCID-IV)⁶⁰. ” (Osório et al., op. cit., p. 27, tradução e grifo nossos).

⁵⁹ No original: “Most of the scales aiming at the evaluation of social anxiety disorder (SAD) started to be developed after the introduction of this diagnosis in the DSM-III in 1980. ” (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009, p. 26).

⁶⁰ No original: “[...] taken as evaluation parameter the Module F of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV). ” (OSÓRIO et al., op. cit., p. 27).

Destarte, ainda que os dois artigos mencionados – Moromizato et al. (2017); Alves et al. (2012) – não tenham propriamente caracterizado a ansiedade e/ou algum dos onze subtipos de transtorno de ansiedade, eles estabeleceram vinculação teórica com o DSM, uma vez que lançaram mão de instrumentos avaliativos derivados do manual. Isto posto, corroboramos a notável hegemonia da chamada ‘bíblia da psiquiatria’ no que tange às esferas da pesquisa, do ensino e da prática clínica.

No que se refere aos outros três estudos do total de 18 deste eixo – Schönhofen et al. (2020); Vasconcelos, Lôbo e Melo Neto (2015); Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015) –, lançamos luz sobre o fato de se embasarem em pressupostos do DSM-5. Os dois primeiros artigos foram dedicados ao chamado transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

De acordo com o DSM-5, podemos diferir a ansiedade não patológica do transtorno de ansiedade generalizada considerando algumas características:

[...] a) as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial; b) as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes; c) as preocupações diárias são muito menos prováveis de ser acompanhadas por sintomas físicos (APA, 2014, p.223).

Ao lermos o trecho acima, notamos a ponderação a respeito do ‘funcionamento psicossocial’ de uma pessoa. Contudo, não conseguimos extrair do manual o que é e/ou como se configura tal funcionamento. Parece-nos que há um escamoteamento dessa definição.

Já Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015) direcionaram sua atenção para o transtorno de ansiedade social a partir do DSM-5 – esse subtipo de transtorno também fez parte dos objetivos de pesquisa de Rodrigues et al. (2019); Angélico, Crippa e Loureiro (2012); Forni-Santos et al. (2011), mas baseados em edições anteriores do manual. Destacamos esse fato tendo em vista os apontamentos de Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (op. cit., p. 1092-3)

[...] o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/DSM-V (APA, 2013) apresenta **algumas diferenças** do DSM-IV-TR (APA, 2002) **em relação à caracterização do transtorno de ansiedade social**. As principais diferenças são: em relação à nomenclatura, em que a fobia social passa a ser denominada simplesmente de Transtorno de Ansiedade Social (TAS); e, em relação a sintomatologia e diagnóstico, **os sintomas devem ter duração mínima de seis meses ou mais** (antes o prazo era requisito apenas para diagnóstico em crianças). Assim, esse período mínimo de presença dos sintomas reduz a possibilidade de que um indivíduo esteja vivenciando apenas um medo temporário/transitório (grifo nosso).

Pelo excerto, vemos que o tempo de duração dos sintomas de um possível transtorno de ansiedade social, a partir do DSM-5, passa a contar como critério diagnóstico. Em relação a isso, destacamos as palavras dos próprios responsáveis pelo estudo: a “[...] prevalência em seis meses é de que a cada 100 pessoas, de 2 a 3 apresentam critérios para o diagnóstico, sendo os sinais apresentados dos 5 aos 35 anos de idade, com ápice na adolescência (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997 apud GARCIA et al, op. cit., p. 1092).

Este modelo diagnóstico nos parece, logo, demasiado arbitrário, pois sinaliza desconsiderar particularidades da vida do sujeito em sofrimento, as quais podem ocasionar a manifestação de sintomas por mais de seis meses e, ainda assim, não constituírem um transtorno de ansiedade social.

2.3.1.2 DOS ARTIGOS QUE APRESENTARAM DESCRIÇÕES ACERCA DA ANSIEDADE FUNDAMENTADAS EM AUTORES DIVERSOS

Nesta seção, apresentamos o eixo de análise de artigos assentados sobre **descrições relativas à ansiedade fundamentadas em vários autores** – Certal e Oliveira (2018); Perandr  e Haydu (2018); Pinho (2016); Sardinha, Araújo e Nardi (2011).

Certal e Oliveira (2018), concentradas no transtorno de pânico, intencionaram avaliar o impacto de um tipo de tratamento para os ataques de pânico. O tratamento em questão consiste no modelo de interven o terapêutica *Human Behaviour Map* (HBM), que possui sessões semanais, com dura o de até duas horas cada.

A primeira sessão   destinada   avalia o clínica do paciente, com vistas ao diagnóstico do caso e ao estabelecimento do plano terapêutico mais adequado. Neste modelo de tratamento, os encontros são estruturados, ficando sempre evidentes seus objetivos e a possibilidade de mudança, a partir do diálogo entre terapeuta e paciente.

Certal e Oliveira (2018) reúnem variadas descri es do transtorno de pânico. Por exemplo: apoiadas em Gouveia, Carvalho e Fonseca (2004), as autoras defendem que o transtorno especificado está sempre acompanhado de altera es comportamentais e cognitivas; filiadas a Cordeiro (2005), acrescentam que o transtorno de pânico   configurado pela repetida ocorrência de ataques de pânico, os quais frequentemente geram pensamentos catastróficos e altera es somáticas. Também pontuam, fundamentadas em Locatelli (2010), que esse tipo de sofrimento “[...]   fruto de uma vivência inadequada, de elevada excita o emocional, que leva a pessoa a sentir sintomas físicos associados em situa es quotidianas completamente

inofensivas [que] pode também surgir sem nenhum estímulo externo” (CERTAL; OLIVEIRA, op. cit., p. 665).

Embora as autoras supramencionadas nos tenham exposto diversas definições do que seja um transtorno de pânico e, nas referências de seu artigo, nem mesmo citarem qualquer uma das edições do DSM, quando se lançam à avaliação dos impactos do HBM sobre o transtorno de ansiedade especificado, apoiam-se no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

A pesquisa de Perandr  e Haydu (2018) muito se assemelha a de Certal e Oliveira (2018): sob a  tica da teoria analítico-comportamental, os autores do primeiro estudo buscaram delimitar a validade de um programa de interven o baseado no uso da realidade virtual para o transtorno de ansiedade social. Perandr  e Haydu (2018) nos expõem diferentes defini es de ansiedade social, apoiadas em aspectos situacionais do cotidiano, como: 1) ser observado, 2) ansiedade de desempenho (a partir da avalia o de terceiros), 3) ansiedade de assertividade (caracterizada pela dificuldade de afirmar uma opinião, protegendo interesses pessoais).

Do mesmo modo que Certal e Oliveira (2018), Perandr  e Haydu (2018), ainda que se embasem na análise do comportamento e nos apresentem diversas caracteriza es do transtorno de ansiedade social, ao se proporem avaliá-lo, tal qual suas colegas, utilizam o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

Os outros dois artigos deste eixo – Pinho (2016); Sardinha, Araújo e Nardi (2011) – estão alicerçados, sobretudo, na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A autora do primeiro estudo tentou caracterizar a clientela de um programa de atendimento psicológico voltado a universitários. Nessa tarefa, Pinho (2016) percebeu que os transtornos de ansiedade configuram queixa recorrente entre este público, mas, por se tratar de uma pesquisa documental, a autora não teve contato com os usuários do serviço, apenas com seus prontuários; também por isso, não utilizou qualquer instrumento de avalia o.

Ao expor descri es da ansiedade, Pinho (2018) afirma que

Enquanto os temas dos pensamentos automáticos negativos dos indivíduos deprimidos giram em torno da perda e da autodesvaloriza o, a predominância no fluxo dos pensamentos dos pacientes com transtorno de ansiedade relaciona-se ao perigo. O **problema central nos transtornos de ansiedade não se encontra no nível afetivo, e sim nos esquemas cognitivos relacionados ao perigo, que se tornam hipervalentes. O modelo cognitivo propõe ainda que os ataques de pânico resultam de interpreta es catastróficas de varia es corporais normais ou de sintomas de ansiedade.** (BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; WELLS, 1997 apud Idem, p. 123, grifo nosso)

Levando em consideração o trecho acima, denotamos que a autora do estudo se baseia no modelo cognitivo da TCC para descrever a ansiedade dita patológica. Por intermédio de suas palavras, depreendemos que este modelo opera uma cisão entre o afetivo e o cognitivo, pressuposto caro à nossa crítica.

Vale pontuar, ainda, que Pinho (2018), a despeito de ter publicado sua pesquisa após a divulgação do DSM-5, em 2014, trouxe o TOC como um subtipo de transtorno de ansiedade, fundamentada no DSM-IV, de 1994. Porém, em suas referências, nem mesmo cita o manual.

Sardinha, Araújo e Nardi (2011), autores do último artigo deste eixo, descreveram a utilização de um programa de treinamento físico intervalado como técnica terapêutica da TCC. Trata-se de um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, de 52 anos, que afirma sofrer ataques de pânico desde os 17 anos, com o início demarcado por um longo período de enfermidade seguido do falecimento materno. Além do transtorno de pânico, a mulher possui os diagnósticos de TAG e TDAH como comorbidades do primeiro (em relação a esses dois últimos transtornos, não é esclarecido quando e como foram diagnosticados).

O citado treinamento físico, como técnica terapêutica, foi direcionado à mulher devido ao fato de que “[...] mesmo após 2 anos de TCC, a paciente continuava a experimentar ansiedade e a evitar situações que pudessem desencadear taquicardia, como subir escadas, caminhar em ritmo normal ou praticar exercícios físicos” (SARDINHA, ARAÚJO; NARDI, op. cit., p. 228).

Pessoas com transtorno de pânico, conforme explanaram os autores da pesquisa, podem experienciar manifestações sintomáticas de diferentes ordens e, apesar de a ansiedade⁶¹ ser basilar em todos os casos, um subtipo comum no transtorno de pânico se configura pela ansiedade relacionada a possíveis ameaças à saúde.

A ansiedade cardíaca é um tipo de ansiedade relacionada à saúde em que as preocupações do paciente estão especificamente voltadas para o sistema cardiovascular e para a possibilidade de ter um evento cardiovascular agudo ou de desenvolver uma doença coronariana (SARDINHA; ARAÚJO; NARDI, 2011, p. 227).

Isto posto, identificamos três instrumentos de avaliação utilizados pelos pesquisadores. São eles: *Clinical Global Impression Scale* (CGI), Questionário de Ansiedade cardíaca (QAC) e *Subjective Units of Distress Scale* (SUDS). Como no artigo em questão não estão esclarecidas as fundamentações teóricas desses dispositivos, fomos à sua procura.

⁶¹ Mesmo que os autores coloquem a ansiedade como substancial para as diversas manifestações do transtorno de pânico, não explicam em que consiste essa ansiedade.

No que diz respeito à CGI, só conseguimos referências confiáveis no que tangencia à sua aplicação para avaliar a severidade de sintomas em pessoas com esquizofrenia (LIMA et al., 2007). De todo modo, pontuamos que a sua validação, na versão em português, fora realizada “[...] em pacientes com esquizofrenia, hospitalizados e em tratamento ambulatorial (DSM-IV, ICD-10). ” (Idem, p. 246, grifo nosso). Ou seja, o diagnóstico que embasou a seleção do público para a validação do instrumento foi realizado por intermédio do DSM.

O QAC e a SUDS seguem o mesmo padrão de vinculação ao DSM apresentado pela CGI. Parte dos autores do estudo de validação do primeiro (QAC), inclusive, é igual à do artigo que estamos analisando (SARDINHA et al., 2013). Pelo estudo de Benjamin et al. (2010), por sua vez, depreendemos que os padrões e preditores da SUDS (que é caracterizada como uma escala que visa a avaliar o nível de ansiedade das pessoas, permitindo que elas assinalem opções que variam de ‘sem angústia’ a ‘angústia extrema’) são avaliados de acordo com descrições da ansiedade oriundas do DSM-III-R e do DSM-IV. Além disso, os autores afirmam que as “[...] as avaliações SUDS são frequentemente usadas em terapia cognitivo-comportamental (TCC) para ansiedade como parte de uma tarefa de exposição [...]”⁶² (p. 2, tradução nossa).

À vista disso, mais uma vez, depreendemos que, a despeito de descrições acerca da ansiedade (embasadas em diversos estudos) serem trazidas pelos autores dos artigos, invariavelmente, todos fazem alusão a alguma edição do DSM.

2.3.1.3 DOS ARTIGOS QUE NÃO APRESENTARAM QUALQUER DESCRIÇÃO ACERCA DA ANSIEDADE NEM FIZERAM USO DE INSTRUMENTO AVALIATIVO

De acordo com as informações do quadro 8, três artigos não continham qualquer descrição de ansiedade ou mesmo de um transtorno de ansiedade e não utilizaram instrumentos de avaliação desse sofrimento (TEIXEIRA et al., 2020; RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, 2020; SCHIER et al., 2012).

O artigo de Teixeira et al. (2020)⁶³ se dedicou à sistematização de um conjunto de evidências científicas, divulgadas em trabalhos internacionais, que apontaram as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado de pessoas com COVID-19. As autoras da pesquisa afirmam que, além de constituírem um grupo

⁶² No original: “[...]SUDS ratings are often used in cognitive-behavioral therapy (CBT) for anxiety as part of an exposure task [...]” (BENJAMIN et al., 2010, p. 2).

⁶³ Entre os 25 artigos discutidos nesta dissertação, somente este envolveu o estudo dos possíveis impactos da pandemia de COVID-19. Na época de sua escrita (junho de 2020), já havia “[...] 6.287.771 casos confirmados e 379.941 óbitos pelo novo coronavírus, afetando principalmente os continentes americano e europeu” (OMS/OPAS, 2020 apud TEIXEIRA et al., 2020, p. 3466).

de risco para a contaminação pela doença – devido à sua contínua exposição aos infectados –, muitos desses profissionais ainda estão submetidos a “[...] condições de trabalho, frequentemente, inadequadas”. (TEIXEIRA et al., op. cit., p. 3466).

Ao falarem propriamente da ansiedade, as pesquisadoras relataram que pode haver o aumento de sintomas (de ansiedade) em trabalhadores da saúde no combate à pandemia de SARS-CoV-2 devido ao estresse gerado pelos supramencionados motivos (contato contínuo com pacientes e, em muitos casos, precárias condições de trabalho). Assim, tais sintomas se configurariam no chamado transtorno de ansiedade generalizada, sendo possível a verificação conjunta de exaustão frente à carga de trabalho, estresse crônico e sentimento de impotência diante da complexidade do contexto.

Apesar de mencionar a palavra ‘sintoma’, e mesmo de especificar um subtipo de transtorno de ansiedade, Teixeira et al. (2020) não descreveram o que ou quais são esses sintomas. Também não há qualquer caracterização do transtorno de ansiedade generalizada – a expressão, inclusive, é mencionada somente duas vezes ao longo do texto: uma no resumo e a outra no subitem ‘Problemas de saúde mental’.

Nessa mesma direção, identificamos o trabalho das autoras Rodrigues, Rodrigues e Cardoso (2020). Do artigo, depreendemos que o seu objetivo foi o de avaliar a percepção de melhora que jovens usuários têm em relação ao sofrimento que apresentam a partir do tratamento realizado em ambulatório especializado do Distrito Federal, mediante a aplicação da Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão paciente⁶⁴. Mencionou-se que, entre os diagnósticos mais aludidos pelos adolescentes, os transtornos de ansiedade se encontram em segundo lugar (em 36% dos 100 participantes), atrás somente do TDAH (39%).

A despeito dessas informações, não existem descrições do que seja – como se configura – um transtorno de ansiedade ou mesmo algum de seus diversos sintomas. De modo sincrônico, não conseguimos extrair qualquer explicação da origem desse sofrimento nos jovens usuários do serviço.

Por fim, o trabalho de Schier et al. (2012) foi dedicado à revisão da literatura científica acerca das propriedades ansiolíticas, em seres humanos e animais, de um composto –

⁶⁴ Rodrigues et al. (2020) utilizam a versão do instrumento adaptada para o Brasil por Bandeira et al. (2011). Em consulta a este último, tentamos alcançar o que está postulado como sendo a ansiedade e/ou um transtorno de ansiedade. Todavia, **nem mesmo o vocábulo ‘ansiedade’ foi encontrado no artigo**. O que mais poderia se aproximar de uma caracterização de um transtorno (de ansiedade) está contido no seguinte trecho: “Os diagnósticos estavam distribuídos nas seguintes categorias: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (45%), Transtornos Afetivos ou do Humor (40%) e Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Stress e Somatoformes (15%), classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998).” (BANDEIRA op. cit., p. 237-8).

Canabidiol (CBD) – abundante na *Cannabis sativa* (popularmente conhecida como maconha). Como já mencionado, por se tratar de uma revisão de literatura, reforçamos o não uso de qualquer instrumento avaliativo por parte dos autores.

Schier et al. (2012), em seu rol de análise, incluíram pesquisas que se dedicaram à temática utilizando amostras populacionais compostas por animais e seres humanos⁶⁵ – o que pode nos sinalizar a concordância dos autores ao entendimento de ser humano enquanto organismo que evoluiu biológica e culturalmente, mas que ainda tem seu sofrimento psíquico enraizado no aparato biológico. Logo, tratamentos dessa ordem (farmacológica) são cabíveis à denominada ansiedade patológica.

Os autores encerram o artigo postulando que as promissoras propriedades do CBD: “não tem efeitos psicoativos e não afeta a cognição, possui um perfil de segurança adequado, boa tolerabilidade, resultados positivos em testes com seres humanos e um amplo espectro de ações farmacológicas [...]” (SCHIER et al., op. cit., p. 5115), por isso, pode estar próximo o seu uso na prática clínica.

2.3.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE

No próximo subitem, apresentamos os fatores associados à ansiedade (ou aos transtornos de ansiedade), extraídos da leitura dos 25 artigos selecionados. Como nosso intuito é o de investigar as possíveis causas desse tipo de sofrimento psíquico, dedicamo-nos a identificar os fatores de risco⁶⁶ a ele relacionados. Quando esses (fatores de riscos) não foram abordados pelos autores das pesquisas ou o tenham sido de modo superficial, lançamos luz sobre os fatores de proteção associados à ansiedade – o mesmo fizemos quando os próprios autores colocaram em destaque os fatores de proteção.

Antes, porém, asseveramos que os fatores de proteção não se encontram em polo oposto aos fatores de risco. Na verdade, eles se relacionam, como exemplificam Sapienza e Pedromônico (2005, p. 214, grifo nosso):

A competência pode funcionar tanto como risco quanto como fator protetor para subseqüente psicopatologia. Isso porque a competência pode tanto aumentar a resiliência de uma criança ao estresse como, ao contrário, falhas na competência podem aumentar a vulnerabilidade à angústia e a outros sintomas psicopatológicos em um contexto de risco.

⁶⁵ A este respeito, salientamos que nenhuma pesquisa, dentre as 25 resultantes de nossa prospecção, utilizou amostras de animais em sua realização.

⁶⁶ A este respeito, ver Nota de Rodapé 32, p. 43

Fica, então, evidente que características pessoais e aspectos sociais podem figurar tanto como fatores de risco quanto como fatores de proteção.

À vista disso, damos seguimento ao nosso texto com a exposição dos fatores de risco e de proteção abordados nos artigos da revisão.

2.3.2.1 DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Apresentamos, neste trecho, as informações extraídas dos artigos⁶⁷, por meio de nossa análise, no que diz respeito aos fatores associados – de risco e de proteção – à ansiedade e/ou aos transtornos de ansiedade. Também discorreremos acerca das explicações sobre esses fatores, evidenciadas pelos autores.

O **primeiro artigo (1º)** deste eixo se constitui de uma revisão bibliográfica que buscou reunir informações a respeito dos principais problemas enfrentados pelas equipes de saúde no combate à COVID-19. Do estudo de Teixeira et al. (2020), depreendemos que **ser profissional da saúde constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento e/ou cronificação do transtorno de ansiedade generalizada**, agravado por particularidades relacionadas, direta ou indiretamente, ao cuidado dos infectados pelo SARS-CoV-2.

Os autores da pesquisa discorreram que a força de trabalho empregada no cuidado de pacientes não é homogênea, mas formada por pessoas que diferem entre si desde a classe social, a raça e o gênero, o que também influiria sobre a ansiedade dos indivíduos. Somam-se a essas características o medo de ser infectado, devido à constante exposição ao vírus, e a preocupação com familiares. Outra fonte de sofrimento psíquico⁶⁸ dos trabalhadores se relaciona à estrutura dos locais de atendimento, particularmente à escassez “[...] de ventiladores e outros equipamentos médicos cruciais para o atendimento dos pacientes graves” (TEIXEIRA et al., 2020, p. 3468).

A finalização do artigo apresenta alguns possíveis encaminhamentos para a superação dos impasses mencionados. Os principais são: reconhecimento/valorização do esforço dos

⁶⁷ Destacamos, aqui, informações relevantes: a) a expressiva maioria dos artigos abordou uma considerável variedade de fatores de risco e de proteção; por isso, de cada pesquisa, **procuramos extrair o fator de risco/proteção principal** – ação que não nos impediu de citar outros fatores, caso julgássemos cabível; b) alguns estudos relataram fatores associados à ansiedade, mas sem explicarem porque um ou outro aspecto fora entendido como fator de risco ou proteção; c) os estudos de Perandr  e Haydu (2018); Schier et al. (2012); Forni-Santos et al. (2011); e Miranda et al. (2011) foram excluídos deste eixo de análise, tendo em vista que não apontaram qualquer fator de risco/proteção ou o fizeram de maneira perfunctória.

⁶⁸ Os próprios autores do artigo fazem uso dessa expressão, embora não a conceituem.

profissionais que cuidam dos infectados e a segurança de familiares e amigos do trabalhador da saúde. Não obstante, os autores não explicam o que significa o reconhecimento do profissional – se financeiro e/ou de outra ordem – nem a segurança de seus próximos.

O **segundo artigo (2º)** se trata de um estudo transversal, com 137 estudantes de um curso privado de pré-vestibular, localizado na Região Sul do Brasil. A pesquisa de Schönhofen et al. (2020) nos mostrou que a prevalência da ansiedade geral (isto é, sem especificação de transtorno), entre os sujeitos do estudo, gira em torno de 41%, cerca de cinco vezes maior que o índice de ansiedade na população geral, de 9,3% (OPAS, 2018). **A ansiedade relacionada à prova (de vestibular) fora descrita como o principal fator de risco para a ocorrência ou a evolução de um transtorno (de ansiedade).**

Especificadamente em relação à sintomatologia do TAG, os autores pontuam que pessoas do sexo feminino são mais suscetíveis – o que reforçaria dados de outras pesquisas, a exemplo da de Vesga-López et al. (2008 apud SCHÖNHOFEN et al., 2020, p. 184, grifo nosso) –, mediante a seguinte explicação

[...] três razões complementares que podem contribuir para essa diferença encontrada: (a) **fatores genéticos**: estudos feitos com gêmeos indicam que contribuição absoluta de fatores genéticos para o risco de TAG é maior entre mulheres; (b) **influências hormonais**: alterações na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e no sistema simpático-adrenomedular, bem como eventos do ciclo hormonal feminino, parecem contribuir para o risco de TAG; e (c) **vulnerabilidade a estressores ambientais**: mulheres podem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologias em função de eventos traumáticos na infância do que homens; além disso, sugerimos uma quarta razão, a (d) **social**: mulheres recebem piores salários para os mesmos empregos que os homens, possuem maior carga de trabalho e têm menos oportunidades. Ademais, a objetificação dos seus corpos impõe um fardo social pela necessidade de manter uma aparência socialmente estabelecida.

Schönhofen et al. (2020) também afirmaram que a idade pode constituir um fator de risco para a ansiedade, mas admitiram que não há consenso na literatura a respeito deste fator quando relacionado a cursos pré-vestibular e a ocorrência do TAG. O estudo se encerra sinalizando a necessidade de psicólogos nas escolas, de terapia para os estudantes (baseada na TCC) e do treinamento de competências fundado em técnicas de *biofeedback*.

Rodrigues, Rodrigues e Cardoso (2020), autoras do **terceiro artigo (3º)** deste eixo, não se dedicaram a evidenciar fatores de risco⁶⁹, mas **fatores de proteção** que poderiam influenciar na percepção de melhora que possuem jovens em tratamento em um serviço especializado do Distrito Federal. De cunho quantitativo transversal, o estudo envolveu 100 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, usuários do serviço há, no mínimo, seis meses.

Como já mencionado nesta dissertação, as pesquisadoras utilizaram a Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão paciente e, por intermédio deste instrumento, alcançaram os seguintes dados: “O diagnóstico mais prevalente foi o de TDAH (39%), seguido de transtornos de ansiedade (36%), transtornos depressivos (29%) e violência sexual (9%)” (RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, op. cit., p. 106). Ademais, de maneira geral, 83% dos jovens afirmaram se sentir melhor em comparação ao período antes do tratamento.

Ao examinarmos, então, os fatores de proteção explicitados pelas autoras, depreendemos que **relacionamento entre pares e estabilidade emocional, bem como o tratamento majoritariamente embasado na perspectiva biomédica (com o uso de fármacos), constituem os principais fatores de proteção** na percepção dos jovens avaliados. Em relação à fundamentação do tratamento, ao se valerem do método de avaliação da nuvem de palavras, Rodrigues, Rodrigues e Cardoso (2020) perceberam que o vocábulo ‘remédio’ foi o segundo mais recorrente entre as respostas dadas pelos jovens – atrás, somente, de ‘sim’. Esse dado lança luz sobre o impasse ainda existente em serviços de saúde, sobretudo, da área mental: “A abordagem centrada no modelo biomédico e assistencialista também limita a atuação da clínica na Atenção Primária à Saúde a encaminhamentos para serviços especializados, especialistas e realização de exames, fortalecendo a lógica intervencionista” (RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, op. cit., p. 108).

O trabalho fora encerrado com apontamentos para a constante necessidade de reavaliação de serviços especializados na área, a fim de obter subsídios quando na construção de um atendimento melhor, “[...] garantindo o princípio da equidade, além de identificar os aspectos a serem aperfeiçoados ou reforçados nos serviços de saúde mental” (RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, 2020, p. 109).

⁶⁹ Ainda assim, Rodrigues, Rodrigues e Cardoso (2020) sinalizaram que a maioria dos entrevistados eram pessoas do sexo feminino, corroborando os resultados de outros estudos que apontam maior incidência de transtornos mentais em pessoas do sexo feminino. Além disso, as autoras relataram que 14% dos jovens possuíam renda familiar de menos de um salário mínimo por mês, bem como 31% disseram que ela, a renda familiar, estava entre um e dois salários mínimos. “Esse dado aponta para a vulnerabilidade social das famílias atendidas no serviço, tendo em vista que a baixa renda também reduz a oportunidade de acesso aos serviços de saúde” (RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, op. cit., p. 107)

Em seguida, recuperamos a pesquisa de Orellana et al. (2020), o **quarto artigo (4º)** analisado. Este se estrutura como um estudo de base populacional, com 12.350 participantes, que tem o objetivo de medir a prevalência de transtornos mentais entre jovens e adultos de cinco regiões de coorte de nascimento no Brasil, representadas por três cidades: Ribeirão Preto (São Paulo) – duas regiões de coorte de nascimento –; Pelotas (Rio Grande do Sul) – duas regiões de coorte –; e São Luís (Maranhão) – uma região de coorte de nascimento –, ou simplesmente, RPS.

Os resultados encontrados⁷⁰ informaram que indivíduos adolescentes (com menos de 19 anos) e jovens (entre 21 e 23 anos), residentes em Pelotas, apresentaram maior prevalência de fobia social (transtorno de ansiedade social) – 6,9 e 7%, respectivamente – e de TAG (16,5%), quando na comparação com as demais regiões e faixas etárias. No que diz respeito às menores prevalências de fobia social, citamos os participantes jovens (entre 21 e 23 anos) e adultos (de 29 anos ou mais), de Ribeirão Preto – 1,8% entre os jovens e 2,3 entre os adultos⁷¹. Concernente ao TAG, fazemos saber que os menores índices de ocorrência estiveram entre os adolescentes de São Luís, 3,5%.

Referentemente aos **fatores de risco** (e também ao curso do transtorno ao longo da vida), os autores da pesquisa pontuaram que os da fobia social ainda são **pouco conhecidos**, considerando a baixa quantidade de estudos que se dedicam a essa investigação no Brasil, e pelo fato de que os trabalhos “[...] em geral, estão restritos a grupos vulneráveis específicos, como o de estudantes universitários, em que sua prevalência parece ser ainda maior e os prejuízos **mais evidentes entre as mulheres**” (Orellana et al., 2020, p.8, grifo nosso).

Orellana et al. (2020) destacaram que a predominância de fobia social entre adolescentes sugere que o pico do transtorno se concentra nessa fase da vida. Por outro lado, “[...] o nível socioeconômico pareceu não apresentar associação clara com a prevalência de fobia social (Idem, p. 8). Já na tentativa de explicarem o baixo prevalecimento do TAG entre os adolescentes de São Luís (em oposição aos dados do mesmo público em Pelotas), os autores postularam:

Entre as possibilidades que poderiam explicar essa divergência estão os aspectos decorrentes de diferenças culturais/regionais, na compreensão dos

⁷⁰ Os autores da pesquisa também mediram a prevalência de episódio depressivo maior (EDM) e risco de suicídio entre os indivíduos, mas mantivemos nosso foco nos dados referentes à ansiedade.

⁷¹ Em Pelotas e São Luís, “[...] a prevalência de fobia social foi maior nas mulheres. Essa ainda foi maior nos indivíduos cujas mães apresentaram baixa escolaridade ao nascer, exceto entre os jovens de Ribeirão Preto e Pelotas. Para a renda familiar, a prevalência foi maior entre os com menor nível socioeconômico, exceto entre os adultos de Ribeirão Preto” (ORELLANA et al., 2020, p. 4). Mais uma vez, somos alertados da importância que o gênero possui na determinação de um transtorno de ansiedade, também se relacionando ao nível socioeconômico do indivíduo.

termos empregados para a caracterização dos sintomas descritos no MINI, além de eventual viés de informação. Embora baixas prevalências não sejam tão raras em adolescentes (COPELAND et al., 2014; ABBO et al., 2013), na população em geral a prevalência de transtornos de ansiedade nos últimos 12 meses parece ser próxima aos 10% (REMES et al., 2016), similar ao encontrado nos demais centros incluídos neste estudo, exceto aos 22 anos em Pelotas, onde esta prevalência foi de 16,5%. Cabe salientar que o TAG estimado pelo MINI remete aos últimos seis meses e não aos últimos 12 meses antes da entrevista ou mesmo a estimativas de toda a vida, recortes temporais usualmente empregados em estudos sobre o tema (Orellana et al., 2020, p.8).

Outras duas informações relevantes que o estudo apresenta em relação ao TAG são: 1) comum ocorrência com outros transtornos mentais, especialmente a depressão; e 2) maior suscetibilidade de pessoas do sexo feminino aos transtornos avaliados. Em relação a esses dados, Orellana et al. (2020) disseram que permanecem pouco compreendidas as razões, embora a vulnerabilidade de mulheres a transtornos de ansiedade e depressivos “[...] frequentemente seja relacionada a determinantes culturais e sociais, bem como a fatores neuroendócrinos, em especial a influência de hormônios sexuais e suas flutuações (p. 8)

Por fim, determinantes socioeconômicos e educacionais também figuraram como importantes determinantes da saúde mental das pessoas, reforçando dados de outras pesquisas longitudinais. Assim, os autores destacaram a necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços especializados na área (da saúde mental), por intermédio da redução dos desnivelamentos socioeconômicos na população geral.

Tal qual o segundo e o quarto estudo, o **quinto artigo (5º)**, de cunho transversal, teve o objetivo de mensurar a prevalência dos transtornos de ansiedade em uma amostra de base populacional – 1.953 indivíduos com idade entre 18 e 35 anos. Entre os avaliados, a prevalência da ansiedade geral foi de 27,4%, correspondendo a 536 pessoas. Já em se tratando de transtornos de ansiedade especificados, 17,9% se referiram à agorafobia e 14,3% ao TAG⁷². Mais uma vez, mulheres foram apontadas como mais propensas à sintomatologia da ansiedade (32,5%, 349 indivíduos) quando comparadas aos homens (21,3%, 187 pessoas).

Costa et al. (2019) afirmaram que as porcentagens de agorafobia, TAG e fobia social (5,4%, 105 pessoas) entre os indivíduos da amostra podem se dever aos seguintes **fatores de risco**: grupo social de inserção, dificuldades de adaptação ao meio, pouco apoio social, problemas no ambiente educacional ou de trabalho, com situações de rechaço e desaprovação.

⁷² Maior prevalência da agorafobia (completa): pessoas do sexo feminino, com menos anos de estudo, classificadas no menor tercil de renda, relatando a presença de doença crônica e o uso de tabaco e abuso de álcool. Maior prevalência do TAG (completa): igual à prevalência de agorafobia, somando-se o fator de mais idade.

No que diz respeito ao fato de as mulheres estarem mais vulneráveis à ansiedade, os autores o motivou na maior pressão social que elas recebem, na jornada de trabalho e na renda inferior, aspectos que podem gerar a necessidade de mais trabalho para o cumprimento com pagamentos e sustento familiar. Ademais, a violência a que pessoas do sexo feminino são submetidas pode deixá-las “[...] em constante sensação de medo, angústia e ansiedade (WAISELFISZ, 2012 apud COSTA et al., 2019, p. 98).

Os autores finalizam o trabalho chamando a atenção para a importância de se conhecerem as prevalências dos transtornos de ansiedade, bem como seus fatores associados, com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde quando no trato das pessoas que os procuram para diagnóstico e tratamento.

Rodrigues et al. (2019), autores do **sexto artigo (6º)** – estudo transversal envolvendo 431 estudantes do primeiro ao quarto ano do curso de Medicina –, abordaram o TAS no contexto da aprendizagem baseada em problemas. A prevalência geral do transtorno em questão foi de 59,2%, ou 255 acadêmicos, obtida por meio da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS-SR). Já mediante o uso do BAI, soubemos que “[...] 59,3% (258) dos estudantes apresentaram nível de ansiedade mínimo; 26,6% (115), nível leve; 9,7% (42), nível moderado, e 4,4 (19), nível grave” (RODRIGUES et al., 2019, p. 67).

Os autores da pesquisa destacaram que os **fatores** estado civil, residir com a família, religião, renda e ser estudante de Medicina não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre si quando na determinação do TAS, mas que **ser do sexo feminino** implica maior vulnerabilidade à sintomatologia do transtorno. Dado semelhante foi notado quando em relação a **ter um familiar com doença psiquiátrica**. Em outras palavras: “[...] **a maneira de lidar com eventos estressores tem influência genética** e [...] esta, por sua vez, está relacionada à emergência de sintomas de depressão ou ansiedade” (MARGIS et al. 2003 apud RODRIGUES et al., 2019, p. 69, grifo nosso) No que diz respeito às tutorias (ferramentas pedagógicas basilares no contexto da aprendizagem baseada em problemas), 38,8% dos indivíduos com sintomas de ansiedade social relataram nervosismo e comprometimento do desempenho quando nesse momento de encontro.

À vista disso, depreendemos das palavras de Rodrigues et al. (2019) **os mais relevantes fatores de risco para o TAS: 1) ser estudante de Medicina; e 2) ser pessoa do gênero feminino** (em consonância com o DSM-5, conforme o qual a ansiedade social costuma ser mais frequente no sexo feminino, com razão de chances variando entre 1,5 e 2,2). “Pode-se ainda considerar que o fato de o curso de Medicina ser tradicionalmente masculino e de grande

prestígio pode atuar neste aspecto” (p. 69).

Outro fator que se mostrou relevante foi a **faixa etária**: quanto mais jovem o estudante de Medicina, mais ansioso. A explicação para isso se assenta no fato de que indivíduos mais velhos passaram por mais situações de dessensibilização, no curso acadêmico e na vida.

Rodrigues et al. (2019) encerraram seu trabalho indicando a necessidade de estratégias pedagógicas e psicoeducativas que visem à assistência de estudantes com sintomatologia de TAS, com o intuito de favorecerem o processo de ensino-aprendizagem.

Motta, Soares e Belmonte (2019), responsáveis pelo **sétimo artigo (7º)** analisado, também se dedicaram ao estudo da saúde emocional de acadêmicos de Medicina, mas voltando seus esforços para a investigação dos possíveis impactos que disfunções familiares geram ao universitário. As autoras postulam que a socialização primária constitui uma função da família e, quando há disfunções, pode implicar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos na socialização secundária (graduação médica). O estudo em questão se estrutura como qualitativo, com intervenção observacional, exploratório, transversal, descritivo e inferencial. Foi realizado com 129 universitários do primeiro ao décimo segundo período do curso, entre as idades de 18 e 32 anos.

A ansiedade foi o tipo de sofrimento mais identificado entre os sujeitos da pesquisa mencionada, corroborando a literatura já existente, conforme Motta, Soares e Belmonte (2019). O TAG se mostrou como o transtorno de ansiedade especificado com maior prevalência entre os indivíduos – 39,53%. Já o TP foi mais prevalente entre as pessoas do sexo feminino – 17,05% dos entrevistados –, somando-se relações como *bullying* sofrido e problemas de comunicação familiar (como silêncios, acusações e críticas). Por outro lado, a história familiar se correlacionou mais fortemente com a depressão. Ou seja, podemos inferir que a ansiedade esteja mais relacionada ao período da vida em que o indivíduo sai do ensino básico e ingressa no superior, evidenciando seu despreparo emocional para lidar com o excesso de cobranças. A presença de mais de um transtorno no mesmo indivíduo foi incomum.

Pelas palavras de Motta, Soares e Belmonte (2019)

[...] a ansiedade foi menor para os estudantes de Medicina com problemas no relacionamento com a família. Assim, tal como foi observado na mudança de residência (moradia), **o transtorno de ansiedade generalizada parece estar mais relacionado à própria formação médica e a suas dificuldades do que às dinâmicas familiares** (p. 54, grifo nosso).

O que lemos no final do trabalho é que a formação médica exige, tanto de professores

quanto de alunos, habilidades para lidar com o sofrimento de seus pacientes, o que também influencia em sua vida pessoal. Tais habilidades estão fortemente relacionadas a transtornos mentais que, por sua vez, podem ter origem em disfunções familiares no contexto de socialização primária.

Estratégias de enfrentamento e mudança dessa realidade foram apontadas pelas autoras, a exemplo das relações dialógicas entre discentes e docentes, passando por mentores e residentes, a fim de se identificarem precocemente os transtornos mentais nos futuros médicos. Além disso, a “[...] área das Humanidades em Medicina favoreceria em muito o desenvolvimento psicoemocional desses jovens estudantes, pois ela é responsável por apresentar situações cotidianas, que extrapolam a esfera da biomedicina” (MOTTA; SOARES; BELMONTE, 2019, p. 54).

O **oitavo artigo (8º)** deste eixo tem a autoria de Certal e Oliveira (2018) e se trata de um estudo teórico-exploratório, que versou sobre a análise da sintomatologia do pânico antes e depois da intervenção HBM, em 105 pessoas diagnosticadas com TP, na faixa etária de 18 a 60 anos, provenientes de várias regiões de Portugal.

Dados relativos à prevalência do TP envolveram a duração do transtorno – “[...] 30,5% dos sujeitos sofria Ataques de Pânico há mais de 10 anos, e apenas 19,1% apresentava esta Perturbação há menos de 1 ano” (CERTAL; OLIVEIRA, 2018, p. 664) – e a periodicidade dos ataques de pânico – em “[...] 56,1% da amostra a frequência é diária ou semanal, para 31,5% da amostra a frequência é quinzenal ou mensal, e apenas anual em 12,4% dos sujeitos” (Idem).

Em relação aos **fatores associados** ao TP, tivemos certa dificuldade em extraí-los deste artigo, considerando a vasta caracterização que as autoras fizeram do transtorno, como já exposto nesta dissertação. A despeito de nossas limitações, pontuamos que Certal e Oliveira (2018) disseram que estressores, como problemas econômicos, profissionais e relacionais, podem desencadear ataques de pânico. Do trabalho, salientamos os seguintes trechos: “[...] a Ansiedade explica-se através de um **estado de humor associado a uma preparação biológica** perante a possibilidade de um evento negativo futuro acontecer”; “[...] salienta-se que o conceito de Ansiedade é mais do que um simples estado de alerta físico, pois a **Ansiedade é uma resposta fisiológica** a uma emoção: o medo”; e “**a causa dos Ataques de Pânico** tende a envolver o significado inconsciente de eventos traumáticos e que a sua patogênese **pode estar relacionada com fatores neurofisiológicos ativados por reações psicológicas**” (p. 655, grifo nosso).

Ao analisamos os excertos mencionados, denotamos o **excessivo entendimento biológico das causas da ansiedade**. Por mais que Certal e Oliveira (2018), ao longo de seu texto, tenham citado fatores como problemas econômicos, relacionais e profissionais, tenderam a evidenciar que as reações orgânicas da pessoa que sofre são de maior importância na manifestação do TP. Ademais, tal qual já explicitamos anteriormente, as autoras buscaram aferir a validade terapêutica do tratamento HBM – realizado em sessões individuais, esse modelo terapêutico tem como objetivo principal “[...] trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado depressivo ou ansioso (Brás, 2010 apud CERTAL; OLIVEIRA, 2018, p. 659). Ou seja, além do viés biologicista, é possível notar a **relevância que a interpretação pessoal tem sobre a manifestação e a remissão de sintomas**. Mais uma vez, recaímos no processo de individualização do sofrimento.

O texto da pesquisa foi finalizado com o destacamento da relevância da abordagem HBM no tratamento do TP. Ademais, apontou-se para a continuidade de investigações de mesmo cunho teórico-exploratório.

O **nono artigo (9º)** deste eixo, assim como os estudos de Rodrigues et al. (2019) e Motta, Soares e Belmonte (2019), debruçou-se sobre os dados concernentes aos transtornos mentais em estudantes de Medicina, mas em relação ao uso de Internet e Redes Sociais. Moromizato et al. (2017) são os responsáveis por essa pesquisa com 169 acadêmicos de Medicina, de cunho quantitativo, descritivo, transversal, com amostragem por conveniência.

Os responsáveis pelo trabalho esclarecem que **aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais** (neste íterim, destacamos a recorrência do processo de cisão entre esses aspectos humanos) **do acadêmico influenciam sua própria saúde e a de seus futuros pacientes**. Conforme os autores, podem ser considerados fatores de risco para a estabilidade emocional dos futuros médicos “[...] sintomas ansiosos e pessoas inibidas, melancólicas e/ou com baixa autoestima. Diferentes estudos associam tais fatores a altas taxas de queixas psicossomáticas e a sintomas psicopatológicos” (MOROMIZATO et al., 2017, p. 501).

No que tange a dados de prevalência, fazemos notar que 98,8%, ou 167 indivíduos, fazem uso diário de internet e/ou redes sociais. Os participantes da pesquisa

[...] apontaram interferências negativas do uso da internet nos seguintes quesitos: família, 21,2% (34); lazer, 8,1% (13); estudos, 67,5% (108); atividade física, 31,7% (51); alimentação, 5,6% (9); relacionamentos amorosos, 6,9% (11); relacionamentos entre amigos, 8,7% (14); e apenas 9,9% (16) negaram essas interferências (MOROMIZATO et al., 2017, p. 499).

Ainda assim, neste estudo, a associação entre o tempo gasto na internet e a presença de sintomatologia da ansiedade não foi significativa. O que se destaca é que o tempo online pode interferir em atividades outras dos indivíduos, como o insatisfatório atendimento de necessidades psicofisiológicas e a relação com amigos e familiares. Assim, apontou-se a imprescindibilidade de “[...] uma avaliação criteriosa do corpo discente de modo a buscar tratamento eficaz para este transtorno” (MOROMIZATO et al., 2017, p. 502).

Encaminhamo-nos, desde agora, ao **décimo artigo (10º)** examinado. Essa é uma pesquisa documental, efetuada em 102 prontuários de atendimento psicológico destinado a estudantes universitários no ano de 2011. Pinho (2016) apresentou cinco tabelas, das quais pudemos extrair importantes informações. No primeiro semestre de 2011, 56 acadêmicos buscaram atendimento psicológico; destes, 22 eram do curso de Medicina. Quando no segundo semestre do mesmo ano, 46 indivíduos se valeram do serviço, mantendo-se a predominância de acadêmicos de Medicina (12 pessoas).

Referente às motivações (queixas) da busca por atendimento psicológico, os transtornos de ansiedade figuraram na quarta posição (14 atendimentos), atrás, respectivamente, de Déficits ou Dificuldades em Habilidades sociais (conflitos familiares, no namoro, nas amizades e relacionamentos sociais em geral), com 35 atendimentos; Entrevista Inicial do Programa de Medicina, com 17 atendimentos; e Depressão, com 16 atendimentos (PINHO, 2016).

Em relação à idade, depreendemos que 57 dos 102 prontuários analisados foram de pessoas entre 21 e 25 anos, o que representa mais da metade do total de atendimentos (55,9%). Mais uma vez, ser do sexo feminino também apontou mais suscetibilidade a expressões de sofrimento emocional (dos 102 prontuários, 78 eram de mulheres – 76,5%).

Pinho (2016) publicita **idade e falta de maturidade, somados à ausência de apoio social** (morar longe da família, poucos e/ou frágeis relacionamentos com colegas e dificuldades financeiras devido ao ingresso no curso superior) **como importantes fatores de risco para a ansiedade em estudantes de Medicina**. As conclusões da autora apontam que cabe aos acadêmicos (especialmente, aos de Medicina) lidar com seu sofrimento, reinterpretá-lo, desenvolvendo e aprimorando novos repertórios cognitivo-comportamentais, mediante o atendimento psicológico.

Um dos objetivos da inserção da Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC que foi considerado um modelo adequado neste tipo de atendimento, é **corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo** e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los.

Para tanto são utilizadas técnicas cognitivas que buscam **identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas**. As técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão (RANGÉ, 1998 apud PINHO, 2016, p.124, grifo nosso).

Para que os universitários tenham acesso a atendimento psicológico especializado, já existem serviços em clínicas-escola, mas também é incentivada a criação de outras do mesmo nível.

Transversal, com base em dados populacionais de 1.021 indivíduos idosos, entre 60 e 79 anos, objetivando avaliar a prevalência de transtornos de ansiedade e fatores associados nessa amostra, que reside no Sul de Santa Catarina. Assim se estruturou o **décimo primeiro artigo (11º)** de nossa análise.

Machado et al. (2016) informaram que 40,5% dos indivíduos da amostra apresentaram, pelo menos, um transtorno de ansiedade. Especificadamente, 22% têm TAG; possuem FS 14,8% das pessoas; e 10,5% manifestam sintomatologia de TP⁷³. Dos 1.021 idosos participantes do estudo, 58,4% eram mulheres e a média de idade apareceu entre 67 anos.

Referente a possíveis **fatores associados** aos transtornos de ansiedade em idosos, os autores da pesquisa apontaram algumas vinculações, como certas doenças cardiovasculares – hipertensão arterial sistêmica (HAS), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial coronariana (DAC).

Os estudos sugerem que os ataques de pânico podem gerar déficits de perfusão miocárdica e pior prognóstico, mesmo em pacientes clinicamente estáveis. Além disso, a ansiedade representa um fator de risco adicional nesses pacientes com DAC e tem se mostrado um fator preditivo de baixa adesão a programas de reabilitação cardíaca e ao tratamento farmacológico (SARDINHA et al., 2011 apud MACHADO et al., 2016, p. 29).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) e níveis de *High Density Lipoprotein* (em tradução livre: Lipoproteína de Alta Densidade), abreviadamente HDL, acima de 40mg/dL, neste estudo, associaram-se à manifestação da FS. O TAG, por sua vez, não foi vinculado a qualquer uma das comorbidades citadas. Em resumo: os pesquisadores disseram que os transtornos de

⁷³ Vale destacar, conforme Machado et al. (2016, p. 32), que “Os dados epidemiológicos da DSM-IV-TR, com amostras populacionais de adultos moradores nos Estados Unidos, atribuem prevalências de ansiedade inferiores aos resultados deste estudo. A prevalência de TAG durante a vida é 5% inferior aos 22% observados neste estudo. Para a FS, foi reportada uma variação entre 3% e 13% da população, o que é ligeiramente inferior aos 14,8% encontrados nesta pesquisa”. Os autores pontuaram que o inchaço em seus dados de prevalência pode ser devido a “[...] alguns fatores, como diferenças culturais, entre outros [...]” (Idem) e também à utilização de diferentes instrumentos avaliativos.

ansiedade, em geral, têm sido correlacionados a comorbidades físicas, precipuamente a determinadas doenças cardiovasculares, o que também eleva o risco de morte em idosos (MOSER et al., 2010; EL-GABALAWY et al., 2011; CILIBERTI et al., 2011 apud MACHADO et al., 2016, p. 33).

Acerca do gênero, a despeito de a amostra ter se constituído predominantemente por mulheres, não houve relação significativa com os transtornos de ansiedade. Isto é: tanto idosos quanto idosas apresentaram prevalências semelhantes de ansiedade, dados que divergem de outros trabalhos com a mesma temática (PRIMA et al., 2011; CHOU et al., 2011 apud MACHADO et al., op. cit., p. 33).

Os autores do trabalho, já em sua finalização, alertaram para a necessidade de cuidado quando na análise dos dados, uma vez que a presente pesquisa se valeu de uma entrevista estruturada, a qual não costuma ser o padrão de referência (que é a entrevista clínica). A despeito disso, o fato de os resultados do presente estudo terem evidenciado a frequência dos transtornos de ansiedade em idosos lança luz sobre a imprescindibilidade de investigações clínicas mais detalhadas, com vistas à compreensão dos “[...], mecanismos biopsicossociais envolvidos e outras características que possam estar subjacentes à população estudada e que permitam uma extrapolação para outras populações idosas” (MACHADO et al., 2016, p. 34).

Portugal et al. (2016), responsáveis pelo **décimo segundo artigo (12º)**, realizaram-no com o objetivo de investigarem a associação entre transtornos mentais comuns (TMC) – “[...] que englobam não só os transtornos depressivos, ansiosos e as somatizações, mas também o sofrimento emocional inespecífico encontrado nos estudos comunitários e na atenção primária” (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; FORTES et al., 2011 apud PORTUGAL et al., 2016, p. 498) –, sintomatologia de depressão e ansiedade, variáveis socioeconômicas, eventos de vida produtores de estresse (EVPE), ex.: internações, separações, roubos; e qualidade de vida (QV), construto subjetivo, que abrange aspectos familiares, amorosos, sociais e ambientais. Trata-se de um estudo transversal efetuado com 1.466 pacientes atendido na Atenção Primária, nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, em 2009 e 2010.

Dados de prevalência indicaram que: 37% dos participantes da pesquisa apresentaram sintomas sugestivos de ansiedade; 32%, casos positivos para transtornos mentais comuns de intensidade grave (TMC-G); 25,1% confirmaram depressão; e 20,5% dos pesquisados representaram casos positivos de TMC. Acerca da qualidade de vida (QV), depreendemos menores escores entre as mulheres e as pessoas com renda familiar inferior a um salário mínimo. Ademais, quando olhamos para as informações a respeito dos grupos de eventos de

vida produtores de estresse (EVPE), destacamos que “[...] 47,1% dos casos foram classificados em ‘Problemas Financeiros/Estruturais’, 31% em ‘Perda da Relação Afetiva’, 27,9% em ‘Discriminação’, 27,1% em ‘Problemas de Saúde’ e 20, 9% em ‘Causas Externas’” (PORTUGAL et al., 2016, p. 501).

Conforme os autores, “[...] o perfil de cada dimensão de QV [Qualidade de Vida] é explicado só parcialmente pelas [...] variáveis” abordadas (PORTUGAL et al., op. cit., p. 503). Destarte, os **fatores de risco** foram apresentados de maneira particularizada, difusa e, por isso, fazemos notar os principais. O bem-estar físico teve **correlação negativa** com o aumento da idade dos entrevistados. Isto é, quanto mais velho, menos o indivíduo relata sensação de bem-estar físico, o que pode ser compreendido, de acordo com Portugal et al. (2016), devido a presença de comorbidades motivadas pelo processo próprio de envelhecimento.

Outra importante **relação negativa** (ou inversamente proporcional) se estabeleceu entre QV e sofrimento mental – o indivíduo, ao experimentar sintomas de ansiedade e depressão, tende a relatar menor QV. Esses dados vão ao encontro com os postulados de Berlim, McGirr e Fleck (2008); Galvão et al. (2007); e Moreira et al. (2013), estudos citados por Portugal et al. (2016).

No que tange às **associações positivas**, destacamos as identificadas entre o apoio social (relações de auxílio mútuo entre os indivíduos) e a satisfação com a vida. Ou seja, experimentar sensações de ser cuidado e amado aumenta a frequência de relatos de QV. “Dessa forma, sentir-se amado e cuidado está relacionado a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e somatizações, bem como à melhor adaptação a situações de estresse” (COSTA; LUDERMIR, 2005 apud PORTUGAL et al., op. cit., p. 504).

Os responsáveis pela pesquisa, fundamentados nos resultados de seu trabalho, fazem alusão ao fato de que variáveis de saúde mental, questões socioeconômicas e eventos de vida produtores de estresse (EVPE) podem se relacionar à qualidade de vida (QV), tanto negativa quanto positivamente, e continuam:

Questões relacionadas à **educação e renda** necessitam de intervenções governamentais. Estas variáveis **são denominadas determinantes sociais de saúde (DSS)**, que, segundo Carvalho e Buss, são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Assim, os resultados da presente pesquisa corroboram o sugerido pela promoção da saúde, já que os DSS, de nível macro, necessitam de políticas governamentais que visem à redução da inequidade social, a fim de gerar melhores condições de saúde (PORTUGAL et al., 2016, p. 505).

Por outro lado, “[...] a associação negativa do transtorno mental na QV [qualidade de vida] sugere que ações no próprio serviço de saúde podem gerar significativa **melhora na vida do indivíduo**” (Idem, grifo nosso).

O artigo fora concluído com a sinalização de que a QV pode configurar um importante mecanismo de avaliação e melhoria dos serviços públicos de saúde, embasando decisões a respeito do que seja prioritário no tratamento das pessoas em sofrimento. Além disso, devido a Atenção Primária significar a porta de entrada do indivíduo no SUS, os profissionais que nela atuam precisam ser treinados a prestar assistência integral aos usuários, bem como têm de realizar atividades de promoção e educação em saúde (PORTUGAL et al., 2016).

O **décimo terceiro artigo (13º)** deste eixo se constitui de um estudo transversal, com 253 pessoas atendidas nos ambulatórios de Psiquiatria, Nefrologia e Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas. Vasconcelos, Lôbo e Melo Neto (2015) objetivaram investigar o risco de suicídio em pacientes com TAG (46 entre os supracitados 253 indivíduos).

Em meio às 46 pessoas com TAG, 83,3% eram pessoas do sexo feminino, com idade média aproximada de 44 anos, sendo 53,8% casadas. Em relação à distribuição dos entrevistados nos ambulatórios supramencionados, 100 realizavam acompanhamento no de Cardiologia (destes, 15% apresentaram TAG); 85 no de Nefrologia (sendo 7% de pessoas com TAG); e 68 indivíduos se encontravam em acompanhamento médico no ambulatório de Psiquiatria (dos quais 30,8% possuíam diagnóstico de TAG). “A maior parte dos entrevistados com TAG apresentou alguma comorbidade psiquiátrica (88,1%); 54,8% possuíam duas ou mais e 33,3% tinham uma” (VASCONCELOS; LÔBO; MELO NETO; 2015, p. 261). Os principais transtornos comórbidos ao TAG foram os de humor, especialmente episódio depressivo maior (EDM), 53,7%. Em 54,8% dos participantes, observara-se o risco de suicídio.

Correspondendo a **fatores de risco**, depreendemos que **ser do sexo feminino e possuir outros diagnósticos** (psiquiátricos ou não, mas principalmente transtornos de humor) aumenta exponencialmente as chances de a pessoa apresentar sintomatologia de TAG. Ao mesmo tempo, o TAG também pode figurar tal qual um fator de risco para transtornos de humor, “[...] pois os precede na maioria das ocasiões. Um ano após a ocorrência de TAG, a probabilidade de desenvolver depressão é substancialmente maior do que sem a preexistência desse transtorno ansioso” (SIMON, 2009 apud VASCONCELOS; LÔBO; MELO NETO; 2015, p. 262).

Duas outras informações também se mostraram importantes: 1) o estresse emocional proveniente de uma doença não psiquiátrica pode coadjuvar na ocorrência do TAG em pessoas

predispostas geneticamente; e 2) indivíduos com TAG e doenças não psiquiátricas tendem a ser mais vulneráveis à acentuação de sintomas físicos (THAYER; LANE, 2000 apud VASCONCELOS; LÔBO; MELO NETO; op. cit., p. 263).

Acerca do risco de suicídio, pontuamos o seu aumento conforme se acumulam as tentativas de consumir o ato. No estudo examinado, no que diz respeito ao TAG, “[...] mais da metade dos pacientes com esse transtorno apresentou algum risco de suicídio (54,8%)” (Idem). Explicações possíveis dessa correlação se assentam na possibilidade de o autoextermínio findar emoções indesejadas, como raiva, medo, tristeza e a própria ansiedade.

A meio de **fatores de proteção**, sublinhamos as boas interações sociais, considerando “[...] que baixo suporte social e prejuízo funcional, provocados pelo transtorno de ansiedade e alta comorbidade com transtorno depressivo, reforçam a ideia de risco aumentado de suicídio entre os pacientes com TAG” (BOMYEA et al., 2013 apud VASCONCELOS; LÔBO; MELO NETO; 2016, p. 263).

O artigo é concluído com apontamentos sobre a necessidade de mais pesquisas a respeito da associação entre TAG, transtorno de humor e risco de suicídio, a fim de se evitar o maior número possível de mortes autocausadas.

Chegamos, agora, ao **décimo quarto artigo (14º)** examinado. Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015) se propuseram “[...] a analisar a interação terapêutica em intervenções com universitários com o transtorno de ansiedade social” (p. 1093), tendo em vista que a identificação de dados a respeito do comportamento do terapeuta pode ajudar a compreender resultados positivos ou negativos no comportamento do cliente. Em outros termos,

O objetivo deste trabalho é descrever, em termos de frequência e duração, os comportamentos do terapeuta e do cliente presentes nas sessões de terapia comportamental no atendimento com universitários com transtorno de ansiedade social e comparar se houve interações diferentes entre cada díade terapêutica em relação aos dados de frequência (Idem).

Os participantes do estudo eram dois universitários com TAS, sem qualquer comorbidade, submetidos à intervenção comportamental, incluído o treino de habilidades sociais, além de uma terapeuta com três anos de experiência clínica. O participante 1 (P1) tinha 19 anos, cursava Ciência da Computação e era do sexo masculino. Solteiro, residia com um amigo e não trabalhava. O participante 2 (P2), com 22 anos, cursava Pedagogia e era do sexo feminino. Namorando (um namorado), residia com quatro amigas e realizava estágio curricular.

Para a análise das sessões, os autores se valeram do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT) – desenvolvido por Zamignani (2007), este sistema categoriza comportamentos na interação terapêutica, baseando-se em três eixos – “Eixo I: comportamento verbal (vocal e não vocal); Eixo II: temas da sessão (assunto) e Eixo III: respostas motoras (espreguiçar, bocejar, tamborilar dedos etc.) ” (GARCIA; BOLSONI-SILVA; NOBILE, 2015, p. 1091).

Apesar de importante, essa pesquisa não fez menção a **fatores associados** à ansiedade, tendo seu enfoque na descrição da relação terapêutica (terapeuta-cliente) e seus impactos na possível melhora do cliente. Na conclusão do artigo, porém, lemos o seguinte trecho:

[...]a busca por padrões de ação do terapeuta e do cliente dentro da sessão permitiu descrever quais as práticas que um terapeuta comportamental se utiliza para alcançar os resultados da terapia, bem como quais os comportamentos do cliente demonstram efetivamente que os objetivos estejam sendo alcançados (GARCIA; BOLSONI-SILVA; NOBILE, 2015, p. 1102).

À vista disso, talvez possamos inferir que o comportamento do terapeuta constitui um fator de risco e/ou de proteção para a manifestação comportamental característica do TAS por parte do cliente, juntamente à possibilidade de as ações do cliente se configurarem como ‘medidores’ da eficácia do tratamento, determinando o comportamento do terapeuta durante as intervenções.

Tal qual Certal e Oliveira (2018), Montiel et al. (2014), autores do **décimo quinto artigo (15º)**, abordaram a ansiedade especificada em um transtorno, com o objetivo de “[...] delinear e descrever os principais padrões cognitivos e pensamentos negativos automáticos (PNA) apresentados em pacientes com TP” (p. 242). Para tanto, 20 indivíduos diagnosticados com pânico e na faixa etária de 32 anos foram selecionados. Relativamente à prevalência do TP, um entrevistado apresentou ansiedade moderada e 19 pessoas demonstraram ansiedade caracterizada como grave (dados obtidos a partir da pontuação individual no BAI).

No que concerne aos pensamentos negativos automáticos (PNA), destacamos que “[...] são representativos dos padrões de pensamento no transtorno do pânico e, de modo geral, podem ser considerados como desencadeadores internos e/ou mantenedores de ataques de pânico” (MONTIEL et al., 2014, p. 245). Dito de outro modo: pensamentos negativos automáticos (PNA) podem ser entendidos como **fatores de risco** para o TP.

Os 19 pacientes com graves níveis de ansiedade apresentaram as seguintes predominâncias de pensamentos: Catastrofização (38%) e Subestimação (29%). Portanto, esses

indivíduos tendem a produzir sintomas comórbidos de depressão, haja vista que “[...] além de uma tendência a catastrofizar a maioria das situações, os pensamentos de subestimação tendem a gerar certa desesperança, já que a pessoa nunca se acha capaz de superar as situações que estão vivendo [...]” (Idem).

Em síntese, o que podemos entender a partir das explicações de Montiel et al. (2014), embasadas no modelo cognitivo, é que o TP se relaciona (e até se mantém devido) aos pensamentos negativos automáticos (PNA). Tais pensamentos se retroalimentam a partir de distorções cognitivas (erros de interpretação) no que diz respeito à dados da realidade, como um formigamento pelo corpo, uma parada inesperada do metrô, a sensação de descontrole dos próprios pensamentos, a sensação de incapacidade de lidar com problemas cotidianos e a crença de estar sendo castigado por força divina

Arriscamo-nos a afirmar que, sob essa lógica (do modelo cognitivo), mais importa, para a ocorrência ou não do TP, a interpretação que a pessoa efetua da realidade do que a própria realidade em si.

O **décimo sexto artigo (16º)** do presente eixo de análise resultou dos esforços de Alves et al. (2012). “A regulação das interações interpessoais depende em grande parte da **interpretação** correta das expressões faciais” (DARWIN, 1872/2000; PHILLIPS et al., 2003; TRAUTMANN; FEHR; HERRMANN, 2009 apud ALVES et al., op. cit., p. 129, grifo nosso). Motivados por esse ideal, os autores da pesquisa buscaram investigar a atribuição de emoções que pessoas efetuam ante a figuras de faces neutras. Participaram do estudo 22 indivíduos com TAS e 20 voluntários controles, sem diagnóstico. Os resultados tiveram origem em respostas fornecidas pelos sujeitos da pesquisa (a cada visualização de face neutra, a pessoa deveria indicar a emoção que lhe fora causada apertando um número no teclado do computador no qual o experimento se deu).

Averiguou-se que pessoas com TAS, mais frequentemente, atribuíram raiva diante de imagens de faces neutras (34,0%), ao passo que indivíduos do grupo controle demonstraram, com mais regularidade, medo perante as mesmas figuras (43,2%). Ao se dividirem os dois grupos de participantes conforme o sexo, percebeu-se que, entre os homens com TAS, a emoção raiva se manteve como a mais frequente quando no contato com expressões neutras (28,8%). Já entre as mulheres com TAS, frente a frente com as citadas imagens, houve predisposição em manifestarem emoções de tristeza.

“De maneira bastante interessante, verificou-se que a atribuição das emoções depende fortemente da sintomatologia do transtorno de ansiedade social e do gênero do participante”

(ALVES et al., 2012, p. 132). Isto é, tanto na análise geral (pessoas com TAS *versus* pessoas sem TAS), quanto na separada pelo sexo dos participantes do grupo experimental (homens com TAS *versus* mulheres com TAS), indivíduos do sexo masculino e com TAS demonstraram uma maior tendência à expressão de raiva perante imagens de rostos com expressões ditas neutras; conjuntamente ao fato de, entre pessoas do grupo controle, a emoção mais relatada ter sido o medo.⁷⁴

Os responsáveis pelo estudo acreditam que esses dados possam ter algumas explicações. A emoção de raiva mais assinalada entre os homens com TAS sustenta a hipótese de “[...] uma hipervigilância para a detecção de sinais de ameaça no ambiente social [...]” (ALVES et al., loc. cit.). Já no que se refere ao grupo de mulheres, depreendemos que aquelas que têm TAS relataram mais tristeza do que as voluntárias controles, perante imagens de faces neutras. Alves et al. (2012, p. 133), embasados por Cahill (2006), postularam que essas diferenças podem ter raízes no sexo do indivíduo, considerando distinções “[...] que existem nos domínios da anatomia, química e funções cerebrais”.

Não pode ser descartada também a possibilidade de que mulheres com ansiedade social tenham mais receio de entristecer ou decepcionar as outras pessoas, ao invés de provocar a raiva, o que poderia ser responsável pelas diferenças entre os sexos na atribuição das emoções (Idem).

Cabe destacar, também, que Alves et al. (2012) se apoiam no **modelo cognitivo** para explicarem as diferenças de emoções entre os sujeitos do estudo. Conforme esse modelo, pessoas com TAS tendem a inferir que “[...] serão negativamente avaliados em um contexto social e concentram seus recursos atencionais nessas representações mentais, **interpretando de modo impreciso as pistas sociais** (RAPEE; HEIMBERG, 1997 apud Alves et al., 2012, p. 132, grifo nosso).

O artigo é finalizado afirmando que os achados da pesquisa podem se constituir tais quais importantes instrumentos de avaliação do TAS, bem como de outros transtornos, a exemplo de depressão, TP e esquizofrenia.

Recuperamos, neste íterim, o **décimo sétimo artigo (17º)**. Com delineamento transversal de base populacional (com 1.621 jovens de 18 a 24 anos, no município de Pelotas, Rio Grande do Sul), o objetivo do estudo de Rodrigues et al. (2012) foi o de verificar a relação

⁷⁴ Vale salientarmos que a maioria dos participantes, tanto do grupo experimental quanto do controle, eram pessoas do sexo masculino (grupo experimental: 13 entre 22; grupo controle: 11 entre 20).

entre transtornos de ansiedade e o risco de suicídio, semelhante aos trabalhos de Orellana et al. (2020) e de Vasconcelos, Lôbo e Melo Neto (2015).

Conforme dados extraídos da pesquisa, a maioria dos participantes eram mulheres, com média de nove a onze anos de estudo, sem relacionamento estável, autoconsideradas brancas, tendo exercido alguma atividade remunerada nos últimos doze meses, com um avultoso índice de divórcio entre os genitores. Da amostra geral, depreendemos que 233 indivíduos possuíam doenças crônicas e 223 já fizeram (ou ainda fazem) tratamento com profissional psicólogo e/ou médico. Pouco mais de 55% das pessoas relataram histórico familiar de transtorno mental e 2,4% já foram submetidos à internação psiquiátrica.

Referidamente à prevalência dos transtornos de ansiedade, 20,9% da amostra confirmou diagnóstico. Já o risco de suicídio atingiu o patamar de 8,6%. Pessoas do sexo feminino, com baixa escolaridade, sendo filhas de pais separados e pertencentes à classe social menos favorecida se mostraram mais vulneráveis ao risco de suicídio.

No que diz respeito aos **fatores de risco**, Rodrigues et al. (2012) afirmaram que os transtornos de ansiedade têm sido negligenciados como tais (fatores de risco) para o comportamento suicida. “Contudo, foi possível identificar algumas obras, apesar de raras, nas quais se deram a devida importância para realizar a referida associação, porém, exclusivamente na literatura internacional” (RODRIGUES et al., 2012, p. 58).

Uma questão importante abordada pelos autores do estudo reside no fato de que, tanto em sua pesquisa, quanto na literatura científica, existe um elevado índice de ideação suicida, “[...] porém sabe-se que os índices de ideação são **naturalmente** mais elevados que o de risco de suicídio” (Idem, grifo nosso). Os responsáveis pelo artigo explicaram as raízes dessa afirmação quando, ao tentarem reunir trabalhos a respeito das duas variáveis supracitadas – quais sejam: ideação e risco de suicídio – “[...] foi possível detectar o parco conhecimento que existe no Brasil. Entretanto, sabe-se na literatura internacional que é importante o conhecimento clínico sobre o **impacto dos transtornos de ansiedade no comportamento suicida** (HAWGOOD; DE LEO, 2008 apud RODRIGUES et al., op. cit., p. 59, grifo nosso). Em síntese, temos que “[...] a angústia relacionada aos sintomas da ansiedade [pode], direta ou indiretamente, levar a um comportamento suicida” (Idem).

Rodrigues et al. (2012) encerraram sua publicação lançando luz sobre a relevância de se ter atenção para com pacientes com transtornos de ansiedade, haja vista eles figurarem entre os mais suscetíveis ao comportamento suicida: “[...] a identificação das primeiras manifestações de risco de suicídio deve ganhar importância para que ações preventivas sejam tomadas,

diminuindo consideravelmente as tentativas e até mesmo o suicídio” (p. 60)

Angélico, Crippa e Loureiro (2012) escreveram o **décimo oitavo artigo (18º)** por nós analisado. O estudo contou com a participação de 1.006 estudantes do ensino superior, de ambos os gêneros, na faixa etária de 17 a 35 anos. Os autores da pesquisa pretenderam averiguar as associações entre as manifestações comportamentais e clínicas do TAS e a validade discriminativa do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette) – acrescentando-se a utilização do *Social Phobia Inventory* (SPIN), em tradução livre: Inventário de Fobia Social, do Mini-SPIN e da *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinician version* (SCIDCV – versão clínica), em tradução livre: Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV.

Ao examinarmos os resultados do referido estudo, compreendemos que o repertório de habilidades sociais (o funcionamento social) de uma pessoa pode se configurar ora como **fator de risco** ora como **fator de proteção** para o TAS: “[...] quanto mais elaborado for o repertório de habilidades sociais de um indivíduo, menor é a probabilidade de ele satisfazer os critérios de rastreamento de indicadores diagnósticos para o TAS” (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012, p. 470).

Para exemplificar o supramencionado, discorremos: quanto mais uma pessoa consegue realizar perguntas e manter um diálogo para e com desconhecidos, menos pontua em escalas de rastreio para o TAS. O inverso também é verdadeiro: quanto mais elevados os escores do indivíduo nos itens das escalas que pretendem mensurar a dificuldade de ele manter relações sociais, mais indicativos de TAS ele possui, maiores as chances de o diagnóstico do referido transtorno se concretizar.

Angélico, Crippa e Loureiro (2012) asseveram que, embora sua pesquisa tenha sido realizada com estudantes universitários de uma ampla faixa etária, residentes no interior de São Paul, não se faz possível a “[...] generalização dos resultados obtidos para outras amostras com diferentes níveis educacionais e advindas de outras regiões culturalmente distintas” (p. 475). Destarte, a validade externa deste estudo se torna relativa – isto é, o grau de generalização diminui conforme características das amostragens, como tipo de população, situação e contexto.

De cunho descritivo e quantitativo, o **décimo nono artigo (19º)**, assim como o de Schönhofen et al. (2020) e o de Pinho (2016), está alicerçado, teórica e majoritariamente, na TCC. King et al. (2012), valendo-se de uma amostra de 50 pacientes (maiores de 18 anos, de ambos os sexos, sem graves comorbidades), obtidos por meio de sorteio randomizado e diagnosticados com TP e Agorafobia (conforme critérios do DSM-IV-TR), objetivaram

verificar sua resposta ante o modelo da TCC⁷⁵ para o tratamento dos mencionados transtornos de ansiedade. Ademais, todos os indivíduos receberam prescrição médica para o uso de inibidores seletivos de recaptção da serotonina ou de antidepressivos tricíclicos.

Os autores do estudo esclareceram que anormalidades respiratórias comumente se relacionam com transtornos de ansiedade, especialmente o TP. Em relação a isso, lemos:

Observamos diferenças no comportamento dos sintomas respiratórios entre indivíduos com TP. Briggs, Stretch e Brandon (1993) procuraram definir as diferenças, classificando o TP em subtipo respiratório (SR) e subtipo não-respiratório (SNR). Os pacientes do SR, diferentes do SNR, apresentam predomínio de sintomas como sensação de sufocação, dificuldade de respirar, parestesias, tontura e medo de morrer (KING et al., 2012, p. 42)

A diferenciação do TP em subtipos, extraída do trecho mencionado, pode ser proveitosa para a “[...] **elucidação fisiopatológica e resposta farmacológica** deste transtorno” (KING et al., op. cit., p. 46, grifo nosso). Além disso, pessoas com TP costumam apresentar aceleração no processo de respiração, exalando ar mais rapidamente do que o inala (hiperventilação).

Entre os 25 indivíduos do grupo controle, submetidos apenas ao acompanhamento farmacológico, não foi percebida significativa mudança entre o início e o fim do período de intervenção, fosse no SR ou no SNR. Já “Na comparação entre os pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle no final do tratamento [...] pode-se perceber que só houve resultados positivos no SR” (KING et al., 2012, p. 45).

Embora outros dados, além dos mencionados, mostrassem-se importantes, priorizamos o destaque de informações que julgamos imprescindíveis: a) o **fator de risco** mais expressivo para o TP, seja do subtipo respiratório (SR) ou do subtipo não-respiratório (SNR), configura-se na interpretação que o indivíduo dá às situações externas (sociais) e às internas (reações fisiológicas). Em outras palavras: quanto mais distorções cognitivas a pessoa apresenta, mais

⁷⁵ Oito sessões individuais, com uma hora de duração cada, realizadas com o grupo experimental (25 pessoas combinando psicoterapia baseada na TCC e medicação). Os outros 25 indivíduos (grupo controle) receberam somente a medicação. Em relação ao conteúdo das oito sessões de TCC, pontuamos: 1ª – orientações em relação à trajetória do TP; 2ª – psicoeducação referente ao mecanismo fisiológico de ‘luta e fuga’ e exercícios de reeducação respiratória; 3ª – simulação dos sintomas de hiperventilação e aplicação dos exercícios respiratórios para o seu controle; 4ª – exercícios para induzir sintomas de TP, afim de avaliá-los e entender suas causas; 5ª – informações acerca das sensações corporais e de sua exacerbação mediante algumas situações e/ou substâncias; 6ª – orientação sobre a normalidade de algumas situações poderem causar mal-estar (ex.: respiração mais acelerada durante uma corrida ou após a ingestão de cafeína); 7ª – reestruturação cognitiva: “[...] procuramos ajudar o paciente a identificar as cognições mal-adaptativas que o estão levando às respostas sintomáticas, buscamos reencontrar as causas originais e desfazer as interpretações distorcidas” (KING et al., 2012, p. 43); 8ª – exposição interoceptiva (isto é, ante o medo aprendido de estados/sensações internas, que criam e retroalimentam um círculo vicioso do próprio medo, houve a indução de sintomas e análise de suas causas). Importante destacar que, com o passar das sessões, tarefas de encontros anteriores foram, variavelmente, refeitas.

vulnerável ao pânico ela pode ser; b) as mais válidas estratégias de enfrentamento do TP (exercícios respiratórios e reestruturação cognitiva, especialmente) podem ser aprendidas mediante sessões terapêuticas individuais, balizadas pela TCC. Essas (estratégias) podem ser interpretadas como **fatores de proteção**; c) o uso da medicação para o TP sem acompanhamento psicológico (embasado no modelo cognitivo-comportamental) não apresenta resultados positivos de remissão de sintomas de ansiedade.

O **vigésimo artigo (20º)** que compõe este eixo de análise seguiu pesquisando o TP e, entre os seis autores responsáveis por ele, quatro também escreveram o seu antecessor (o 19º artigo). Neste estudo, valendo-se de um delineamento semelhante ao seu outro trabalho (50 indivíduos⁷⁶, divididos em dois grupos de 25 entrevistados, usando técnicas da TCC⁷⁷, com prescrições médicas para antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos de recaptção da serotonina), King et al. (2011) objetivaram “[...] demonstrar a preparação do paciente com transtorno do pânico para exposições agorafóbicas” (p. 439).

No presente trabalho, além das técnicas já utilizadas em estudos anteriores (KING et al., 2012; KING et al., 2007), outras foram acrescentadas – elaboração de hierarquia dos medos do paciente (do menor ao maior causador da emoção); bem como o Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) e os Exercícios de Reeducação da Respiração (ERR). O conteúdo das sessões foi o mesmo que as de King et al. (2012), apenas com o acréscimo de mais dois encontros.

“Os dados do estudo corroboram com os resultados de outras pesquisas (King et al., 2007), de **que a combinação da TCC com a farmacoterapia produz resultados superiores a essas terapêuticas isoladas**” (KING et al., op. cit., p. 446, grifo nosso). Os autores também chamaram a atenção para a importância do correto uso, por parte do paciente, da medicação prescrita, além da realização satisfatória das técnicas ensinadas; ex.: Exercícios de Indução dos Sintomas (EIS), Reestruturação Cognitiva (RC), Exercícios de Reeducação da Respiração (ERR) e Relaxamento Muscular Progressivo (RMP), com vistas ao sucesso do tratamento.

Relativamente aos possíveis **fatores associados** ao TP e à agorafobia, extraídos do artigo em questão, reiteramos o que já dissemos a respeito de seu antecessor: os fatores de risco e de proteção se mostram mais associados à interpretação que o indivíduo efetua frente às situações e não, propriamente, à concretude da realidade.

⁷⁶ Destacamos que, nesta pesquisa, todos os participantes, além do TP, apresentavam Agorafobia.

⁷⁷ Analogamente a King et al. (2012), King et al. (2011) realizaram sessões individuais (n = 10), com duração de uma hora cada, destinadas ao grupo experimental (25 pessoas combinando o uso de medicação e psicoterapia baseada na TCC). O grupo controle (25 pessoas) não nada além da medicação.

Dirigimo-nos, agora, ao **vigésimo primeiro** e último **artigo (21º)** analisado, mais um dentre os que se apoiaram na TCC, sendo de autoria de Sardinha, Araújo e Nardi (2011). Este trabalho já foi pormenorizado em outro eixo de análise (ver subitem **2.3.1.2**), e, tal qual alguns do presente eixo, não evidenciou possíveis fatores associados ao transtorno abordado (o TP).

À vista disso, desde o nosso exame dos escritos, tentamos extrair hipóteses relativas a, pelo menos, um **fator de risco** possível. Destarte, destacamos o seguinte trecho:

De acordo com a hipótese do **condicionamento interoceptivo** como agente mantenedor do TP, nestes pacientes, o sistema do medo se encontra hiperreativo a estímulos interoceptivos decorrentes de alterações fisiológicas necessárias à manutenção da homeostase do organismo. Nesse sentido, as alterações autonômicas experimentadas durante a prática de exercícios físicos podem ser consideradas estímulos ansiogênicos – e até mesmo panicogênicos (SARDINHA; ARAÚJO; NARDI, 2011, p.229, grifo nosso)

No que diz respeito à expressão em destaque (condicionamento interoceptivo), recorremos às palavras de Rangé (2008)

[...] as sensações iniciais de ansiedade tendem a ficar associadas às sensações finais (isto é: o próprio ataque de pânico) por meio de um condicionamento pavloviano. Dessa forma, **as sensações iniciais podem disparar, sem mediação cognitiva, novos ataques de pânico** (p. 482).

Dito por nós: o condicionamento interoceptivo tem a ver com as interpretações que o indivíduo atribui às sensações somáticas (aceleração do batimento cardíaco, por exemplo). Somado ao fato de o ataque de pânico poder surgir ‘do nada’ (sem motivo desencadeador aparente), as sensações corporais passam a ser acreditadas como ameaçadoras.

Logo, mediados pelo modelo da TCC, inferimos que um condicionamento interoceptivo baseado em crenças distorcidas (isto é, que possibilitam uma interpretação da realidade de maneira equivocada, atribuindo caracterização de perigo a eventos cotidianos e fisiológicos, por exemplo) seja **fator de risco** para os ataques de pânico e, posterior e concomitantemente, para o TP.

De novo, cabe ao indivíduo que sofre a procura por auxílio médico-psicológico, embasado na TCC, a fim de reestruturar suas crenças distorcidas a respeito da realidade, com vistas ao melhor manejo da ansiedade.

2.4 UMA BREVE SÍNTESE DOS DADOS EXTRAÍDOS DESTA REVISÃO

Analisados os conteúdos dos 25 artigos resultantes de nossa revisão, chegamos, pois, a este subitem, no qual apresentamos uma síntese breve de nossos achados mais significativos.

1. Dentre o total de trabalhos reunidos, excetuando-se os três artigos que **não** apresentaram qualquer descrição da ansiedade **nem** fizeram uso de instrumento avaliativo, todos os 22 restantes se fundamentaram em pressupostos do DSM, direta ou indiretamente.
2. De maneira explícita, a vinculação à Teoria Multicausal da Saúde-Doença (especificada em fatores associados, principalmente em fatores de risco) está presente em 21 artigos (84%).
3. Ao identificarmos vinculações teóricas, filiações com a TCC se sobressaíram. Seria essa uma teoria eminentemente descritiva e, por isso, tão bem aceita ao redor do mundo, coexistindo sem problemas com os pressupostos do DSM? A TCC aparenta propor explicações das origens da ansiedade, mas recai em postulados psicologizantes, além de operar sob a lógica de cisão entre as esferas cognitiva e afetiva.
4. A expressão ‘classe social’ até apareceu entre os artigos, mas não houve qualquer explicação de sua determinação na gênese do sofrimento psíquico. Esse escamoteamento da posição de classe, bem como suas consequências, já é apontado por alguns autores, a exemplo de Tonet, (2013).
5. No que diz respeito aos fatores associados à ansiedade (sejam de risco ou de proteção), o que mais se destacou foi: ser pessoa do sexo feminino. As explicações para esse dado giraram, sobretudo, em torno da constituição biológica (incluindo pressupostos genéticos, hormonais e diagnóstico de patologias comórbidas), da cognição da pessoa (as interpretações efetuadas sobre a realidade) e de alguns determinantes sociais (como baixa escolaridade e sobrecarga de responsabilidades). Porém, não identificamos qualquer menção da divisão social e sexual do trabalho na sociedade capitalista nem de suas consequências.
6. Há uma notável escassez de material que se dedique centralmente à ansiedade (ou aos transtornos de ansiedade) a partir da Psicologia Histórico-Cultural – ao longo dos meses da escrita desta revisão, no site da SciELO (homepage), procuramos ‘ansiedade psicologia histórico-cultural’; ‘(ansiedade) *AND*⁷⁸ (psicologia histórico-cultural)’; ‘(ansiedade) *AND* (histórico-cultural)’; ‘transtorno de ansiedade psicologia histórico-cultural’; ‘(transtorno de ansiedade) *AND* (psicologia histórico-cultural)’; ‘(transtorno de ansiedade) *AND* (histórico-cultural)’; sem restrição de ano de publicação e idioma, e não achamos qualquer pesquisa além

⁷⁸ *AND* é um recurso que o próprio portal aplica à pesquisa, chamado de operador booleano, o qual cumpre a função de somar conteúdos buscados.

da de Olivati e Leite (2019) – ‘Experiências Acadêmicas de Estudantes Universitários com Transtornos do Espectro Autista: uma Análise Interpretativa dos Relatos’.

7. “A problematização sobre a **predominância de um tipo de explicação causal** pode amparar futuras pesquisas, assim como oferecer suporte para a intervenção de psicólogos e profissionais das demais áreas que atuam nos serviços de saúde mental”(PENTEADO, 2018, p. 79, grifo nosso). A partir deste trecho, reforçamos a validade desta pesquisa (e das demais às quais ela está vinculada), encaminhando-nos ao seu capítulo final, com o objetivo maior de trabalhar na/para a transformação da realidade, oferecendo novas possibilidades de compreensão dos transtornos de ansiedade.

CAPÍTULO 3 – FINALIZANDO AS REFLEXÕES A RESPEITO DA ANSIEDADE DESDE A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Pesquisar a respeito de um sentimento humano⁷⁹ não significa tarefa fácil. Em nosso caso, realizar o estudo teórico da ansiedade, sem acessar diretamente situações observáveis, ou relatos de vivências das pessoas, mostrou-se-nos ainda mais desafiador. Tivemos de construir possíveis reflexões dos chamados transtornos de ansiedade de modo mediado, ou seja, a partir dos dados extraídos de nossa revisão bibliográfica e do DSM, ambos assentados nos pilares da ciência hegemônica – a positivista.

Vale lembrar que o objetivo de compreender a gênese do sofrimento psíquico desde a Psicologia Histórico-Cultural é partilhado por uma rede de pesquisadoras e pesquisadores, de diferentes instituições, e que, nesta dissertação, apoiamo-nos em alguns desses trabalhos, a exemplo da tese de doutorado de Almeida (2018), da dissertação de mestrado de Berencheim Netto (2007), de textos de Delari Jr. (2000, 2017, 2020) e da, também, dissertação de Penteado (2018). Em concordância com esses autores, expomos o seguinte excerto:

Ainda que não seja nosso objetivo sistematizar estes trabalhos, indicamos que estes materiais oferecem mais elementos na **elaboração coletiva acerca da compreensão de adoecimento pelo método histórico-dialético**. [...] Consideramos que as abordagens utilizadas nesta pesquisa trazem contribuições e [se] opõem às concepções biomédicas e individualizantes, presando pela totalidade, conforme os pressupostos do método materialista histórico-dialético (PENTEADO, 2018, p. 123, grifo nosso).

Ao redigirmos, pois, o primeiro capítulo desta dissertação, denotamos como o DSM se tornou, paulatina e propositalmente, um recurso que expressa os meios, e a função social, de a Psiquiatria contribuir com a manutenção da ordem capitalista – ainda que, formalmente, signifique uma referência técnico-científica para diagnosticar e tratar o sofrimento psíquico. Sem oferecer, por seu turno, e de modo contundente, elementos explicativos da gênese social do adoecimento.

Esse instrumento teórico-prático, o DSM, não parte da premissa de que devemos ter/construir explicações da etiologia do sofrimento de indivíduos e grupos sociais, como parte do processo diagnóstico, e menos ainda, como fundamental ao processo de cuidar, levando em

⁷⁹ As particularidades e diferenças entre emoção e sentimento constituem um dos objetos de investigação da Psicologia Histórico-Cultural e não pretendemos discorrer a respeito disso. Assim, indicamos a leitura de Berencheim Netto (2007) para uma maior e melhor apropriação do assunto. Por ora, entendemos a ansiedade tal qual um sentimento, ainda que muito se relacione com emoções como medo.

consideração as condições particulares de vida, articuladas às circunstâncias singulares desencadeadoras, ou seja, a partir da história de vida individual, sempre assentada na história social de uma coletividade. O desemprego, a miserabilidade da expressiva maioria da classe trabalhadora e todos os desdobramentos possíveis – como o aumento do feminicídio, dos crimes contra pessoas pretas, homossexuais e indígenas –, todo o social, enfim, não é integrado à lógica causal com que opera o manual (quando muito, aparecendo superficialmente, mediante expressões como ‘questões culturais’, ‘questões sociais’ ou mesmo ‘do ambiente’).

A biologia humana segue, ainda, como a principal esfera em que são buscados os fatores causais do sofrimento psíquico, junto das genericamente referidas ‘questões subjetivas’ ou ‘ambientais’. Por vezes, identificamos discursos de que o mais importante (ou determinante) não é a realidade, mas a interpretação que o sujeito faz dela/sobre ela. De um lado ou de outro, os limites da causalidade se encerram no indivíduo, como se fosse possível que seu funcionamento biológico e psicológico ocorresse ‘encapsulado’, apartado da vida social, o que contribui para uma interpretação equivocada – qual seja, a da responsabilização individual, às vezes familiar, pelo ‘transtorno’. Em outras palavras, a pessoa que sofre, vive tal processo como resultado de ‘suas’ características biológicas e psicológicas.

Dos pressupostos biomédicos e psicológicos, temos extraídos descrições justamente da aparência do sofrimento psíquico, daquilo que pode ser captado por nossos próprios olhos, mediado pelas atividades sociais. De novo: não se devem desconsiderar os correlatos neuroquímico-biológicos e afetivo-cognitivos da ansiedade, inegavelmente existentes (ver Capítulo 2 desta dissertação), mas pontuamos que restringir as explicações e tratamentos a tais correlatos, não só é deficitário como, também, alinhado ideologicamente, significando uma ação técnica que atua em prol do fortalecimento e, portanto, da reprodução, de um sistema que, justamente, produz e reproduz as formas de sofrimento psíquico imanentes a ele.

Uma possibilidade de contraposição do supracitado, a nosso ver, encontra-se na compreensão do humano, incluso seu sofrimento psíquico, por intermédio do materialismo histórico-dialético, o qual embasa a construção teórico-metodológica da Psicologia Histórico-Cultural e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, significando, por isso, um ponto de encontro entre as duas teorias. Desde o citado método, acessamos ferramentas para a apreensão essencial da realidade, de modo a superar a sua manifestação fenomênica.

Entre os postulados do materialismo dialético, sobre os quais nos apoiamos, destacamos o preceito lukacsiano acerca da dialética singular-particular-universal, evidenciando, desde já, que “[...] a compreensão das intervinculações e interdependências entre singular-particular-

universal é condição para a superação de enfoques psicológicos duais e dicotômicos da relação indivíduo/sociedade” (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 364). Mas antes que, propriamente, discorramos a respeito disso, valem algumas considerações.

3.1 DESCREVER, RELACIONANDO ELEMENTOS, NÃO É EXPLICAR; DETERMINANTES SOCIAIS E DETERMINAÇÃO SOCIAL NÃO SÃO SINÔNIMOS

De nossa revisão bibliográfica, o que mais se mostrou expressivo foi o fato de o sofrimento psíquico vir sendo tratado de maneira descritiva e fragmentada em elementos (e, dentre esses ‘fragmentos’, os da dimensão individual serem elencados como os mais determinantes). Ainda que surjam explicações com aparência progressista, forças contrárias acabam por fagocitá-las (um exemplo disso é a redução da ‘determinação social da saúde-doença’ à descrição de quais são os ‘determinantes sociais da doença’).

Laurell (1983, p. 156 apud ALMEIDA, 2018, p. 78), em seus escritos, tenciona explicar como, no indivíduo, “[...] o social entra de um lado e o biológico sai de outro”, recorrendo à analogia de uma ‘caixa negra’. Uma vez que percebemos a pessoa em sofrimento, não é possível compreender, de imediato, as determinações mais profundas desse processo – existem diferenças entre a aparência do fenômeno e a sua essência⁸⁰. Obter as determinações mais radicais dessa última, constitui – ou deveria constituir – a tarefa primeira daqueles que trabalham, e realizam pesquisas, com pessoas em sofrimento. De fato, é necessário apreender o “[...] conjunto de condições e mediações que produzem o sofrimento psíquico em suas diversas dimensões: sua inserção de classe, as condições gerais de vida, suas necessidades de consumo não satisfeitas, os limites impostos pelo sofrimento psíquico, os vínculos pessoais estabelecidos” (ALMEIDA; BELLENZANI, SCHÜHLI, 2020, p. 252).

Contudo, o que temos denotado, no decorrer dos dois primeiros capítulos desta dissertação e no/pelo cotidiano pessoal e profissional, é a limitação das teorias científicas hegemônicas em explicar a essência da ansiedade, conjuntamente a ações que têm como base a tomada do nível aparente como sendo o essencial – o DSM como instrumento, e também produto, dessa empreitada.

Conforme já exposto no primeiro capítulo desta dissertação (ver Nota de Rodapé 26), desde o DSM-III (APA, 1980), ao invés do estabelecimento de hipóteses etiológicas para as

⁸⁰ A essência de um fenômeno/objeto de estudo só pode ser compreendida como movimento, “[...] como processo sustentado pelas contradições que a singularidade e a universalidade encerram” (MARTINS, 2007 apud AITA; TULESKI, 2017, p. 102).

nascentes formas de sofrimento psíquico, em distintos períodos da história social, a prática da Psiquiatria tradicional tem sido orientada por descrições oriundas de observações e associações estatísticas⁸¹, restritas a condições presentes, e ‘objetivamente observáveis’, sem suas devidas interpretações/explicações à luz da história social do gênero humano e de suas expressões particulares e singulares. Com o tempo, o ato de descrever se consolidou tal qual o mais importante, ficando em segundo plano o de explicar. O campo carece de formulações teórico-explicativas que interpretem os dados epidemiológicos sobre como determinados processos psicofisiológicos se expressam diferentemente em indivíduos e grupos, conforme condições e curso do tempo.

Ao tencionarmos, então, explicar as bases mais gerais da produção da ansiedade como parte da vida social atual, sob a influência de processos pregressos, constitui nosso objetivo nos dirigirmos às raízes etiológicas desse processo psicofísico, mediado socialmente, ou seja, de natureza interpsicológica, considerando suas descrições, mas também as superando, indo além delas. Sob esse raciocínio, aludimos aos significados dos vocábulos ‘etiologia’, ‘descrever’ e ‘explicar’:

etiologia (e.ti.o.lo.gi.a) s.f. Estudo da origem das coisas e suas causas.

descrever (des.cre.ver) v.t.d. **1.** Fazer a descrição de; representar. **2.** Narrar; expor; detalhar.

explicar (ex.pli.car) v.t.d. **1.** Tornar inteligível; esclarecer; ensinar; tornar fácil de entender. v.i. **2.** Dar explicação. v.p. **3.** Expressar-se. **4.** Justificar-se. (BUENO, 2009, p. 293, 209, 300),

Mediante a análise dos excertos, defendemos que a ação de explicar está mais próxima da investigação etiológica do que a tarefa de descrever. Descrever se relaciona com as atividades de ordenamento, exposição, classificação e de diagnóstico⁸² em si. A descrição faz parte do processo de explicação, mas não deve ser encerrada em si mesma: ela tem, sim, de ser subordinada à descoberta da origem, isto é, da essência do fenômeno. Essa é a lógica dialética, à qual nos filiamos.

O materialismo histórico-dialético “[...] procura a essência do conceito por meio das suas características internas e não das características perceptíveis, aparentes” (BERNARDES,

⁸¹ No manual, lemos: “[...] **um diagnóstico não traz em si quaisquer implicações necessárias com relação à etiologia ou às causas do transtorno mental do indivíduo** ou do grau de controle que este tem sobre comportamentos que podem estar associados ao transtorno (APA, 2014, p. 25, grifo nosso).

⁸² Um dos sinônimos de ‘diagnosticar’, inclusive, é a palavra ‘descrever’.

2010, p. 308). Essa autora, reportando-se a Vigotski (1989), bem sintetiza o que supracitamos, lembrando que o autor

[...] apresenta três traços fundamentais no método de investigação que o diferencia dos métodos utilizados em outras abordagens teóricas: 1) análise de processos em substituição à análise de objetos; 2) **explicação do fenômeno em substituição à descrição do mesmo**; 3) investigação do “comportamento fossilizado” (Ibidem, p. 307, grifo nosso).

Ora, a quem interessa, destarte, apenas descrever a aparência do sofrimento psíquico, encortinando sua essência e, nessa esteira, impedindo a destruição do que gera o próprio adoecimento? Tonet (2013) nos aponta caminhos para a resposta:

[...] a conquista e a manutenção do domínio de **uma classe** sobre outras exige que a classe que quer dominar lance mão não apenas de forças materiais, mas também de forças não materiais (ideias e valores). E, para isso, ela **deve dar origem a determinada concepção de mundo que fundamente o seu domínio**. Deste modo, **conhecer e explicar o mundo de determinada forma são condições imprescindíveis para que uma classe conquiste e mantenha o seu domínio sobre outras** (p. 16, grifo nosso).

À vista disso, lembramos que, sob o capitalismo, a sociedade está dividida entre a classe trabalhadora, que tudo produz, e a classe burguesa, a que de tudo se apropria. Para manter essa lógica, a classe dominante (logo, a burguesa) constrói sofisticados mecanismos institucionais e ideológicos e, sendo assim, a existência de manuais psiquiátricos descritivos (e de práticas por estes orientadas) pode ser compreendida tal qual uma ferramenta de manutenção dessa lógica.

Pari passu, ante os inegáveis dados da realidade – como o aumento exponencial do número de pessoas em sofrimento psíquico –, os autores do DSM (especialmente os do DSM-5) tentam dar conta de, ao menos, caracterizar o processo de surgimento da, por eles nomeada, ‘doença mental’, ainda que de modo indireto e superficial. Os pesquisadores apontam os principais fatores associados, probabilística e estatisticamente, à manifestação dos transtornos em determinados grupos populacionais, assim constituídos por se assemelharem em determinadas variáveis.

Para validar essa afirmação, basta que retomemos os quadros apresentados no primeiro capítulo deste trabalho. Por meio deles, não identificamos, de maneira evidente, hipóteses etiológicas, mas sim os já tão citados ‘fatores de risco’ para os transtornos de ansiedade, somados aos prognósticos – que significam a predição/previsão do desenvolvimento do

transtorno de ansiedade. Confundem-se as incontáveis descrições presentes no manual com a explicação das causas/origens do sofrimento. Ora, como predizer o curso do adoecimento psíquico, já muito complexo, sem nem mesmo identificar a sua gênese e seus mecanismos de reprodução/continuidade?

De modo similar, ao longo do tempo, houve a tentativa de confluência entre a noção de determinantes sociais e os pressupostos da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença – atualmente, a OMS se vale da primeira em detrimento dos postulados da segunda. Apesar de a nomeação ‘determinantes sociais’ aparentar avanço – visto que o social passa a ser considerado –, ao ser fragmentado em variáveis (determinantes), perde seu caráter integral e processual, sofre um esvaziamento histórico e, portanto, de explicação genético-causal. Em agravamento, temos que “As dimensões singular, particular e universal não são encontradas no modelo de determinantes sociais, **pois a saúde biomédica responde somente à ordem individual e não ao processo em sua complexidade**” (PENTEADO, 2018, p. 120, grifo nosso).

O social, então, é equiparado aos inúmeros ‘fatores causais’ do processo saúde-doença, assumindo-se o positivismo como marco teórico. Pelas palavras de Breilh (2006, p. 198), trata-se da “manipulação cosmética de ‘fatores’ da realidade”. Ademais, esse *modus operandi*

[...] descarta o debate realizado pela Medicina social latino-americana sobre a questão desde os anos 1970, sendo que a partir disso muitos autores passam a tomar como equivalentes os ‘determinantes sociais em saúde’ ao processo de determinação social da saúde (NOGUEIRA, 2009; TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009 apud ALMEIDA, 2018, p. 83).

Em resumo, reforçamos que, dentre as inúmeras informações obtidas mediante nossa pesquisa para a escrita dos dois primeiros capítulos desta dissertação, fica-nos evidente que a ciência moderna, baseada no positivismo, não tem feito mais do que apresentar, aos profissionais da saúde e à população em geral, descrições fenomênicas de uma entidade mórbida, supostamente existente: os transtornos de ansiedade. Esforços são dirigidos à tarefa de elencar e classificar sinais e sintomas, pouco (ou nada) importando a origem social e interpsicológica do sofrimento.

À vista do explicitado até aqui, como seria possível, de fato, pensar uma explicação da ansiedade que considere a relação entre o biológico, o psicológico e o social (esse como locomotiva), sem reduzir o social a uma soma de fatores? Nos termos de Laurell (1989),

apontamos o ‘nexo biopsíquico humano’⁸³. Tal qual as palavras de Vygotski (1931/2000), aludimos ao ‘processo psicofisiológico integral’. De ambos, extraímos a sua natureza social, posto que não são divergentes a vida genérica e a vida individual do ser humano (ALMEIDA, 2018).

De antemão, é imprescindível que retomemos a existência global e concreta da pessoa, em atividade, bem como do corpo social, abandonando a autonomização da doença, ante o indivíduo, e a eleição desta (doença), em sua expressão orgânica, como objeto de intervenção. O processo saúde-doença, entretantes, é

[...] expressão do caráter degradante do modo como se organiza a sociedade. Considerando essa perspectiva, **o trabalho** se coloca como categoria central, não só porque tem provocado adoecimento durante sua realização, mas porque **está na base de todo processo de reprodução social, determinando formas de se viver que contribuem para a degradação da saúde** (SOUZA, 2016 apud SOUZA; SANTOS, 2020, p. 3, grifo nosso).

Almeida (2018), por seu turno, fundamentada em Basaglia e Basaglia (1979/2005), assevera que a doença comparece enquanto objeto fictício da existência global da pessoa, a fim de tecnicamente responder a um fragmento da miséria relacionado à tensão com a racionalidade (burguesa) do poder. Dito de outro modo: a Psiquiatria se vale da doença para responder a um fragmento da realidade, que tem raízes na exploração do homem pelo homem (raízes veladas pela ciência hegemônica).

Conforme Amarante (2007, p. 67 apud ALMEIDA, 2018, p. 58), ir de encontro ao supracitado, colocando a doença entre parênteses – isto é, abordar o sofrimento mediante a existência processual da pessoa –, “[...] não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental”. Significa, sim, deixar de operar com a lógica das ciências naturais – da qual a Psiquiatria tem sido defensora –, rompendo, por consequência, com a reificação da experiência humana.

Oferecendo base teórico-metodológica para a discussão do processo saúde-doença como questão histórico-social, na história de constituição da Saúde Coletiva, Laurell e Noriega (1989) abordam os conceitos de ‘cargas de trabalho’ e ‘desgaste’. Os autores se valem do conceito ‘carga de trabalho’ para designarem os elementos e as condições de trabalho que

⁸³ O nexo biopsíquico humano se configura como “[...] a expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado. Essa concepção tem como pedra angular a identificação da historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 100).

interagem entre si e o trabalhador, implicando processos de adaptação, durante o desgaste, inclusive, intensificando-o. Essas condições de trabalho podem ser divididas em: 1) biológicas, físicas, mecânicas e químicas; e 2) fisiológicas e psíquicas. Por óbvio, denotamos a complexidade desse processo, não sendo, então, possível sua compreensão por intermédio de descrições fenomênicas.

Ao explorarmos os conteúdos das cargas de trabalho, chegamos às chamadas ‘cargas psíquicas’, as quais possuem igual importância que as ‘cargas fisiológicas’, são socialmente produzidas (por isso, não passíveis de submissão a uma cadeia de ‘riscos’ isolados) e que podem ser divididas em dois grupos principais: ‘sobrecarga psíquica’ (imposta ao trabalhador mediante uma tensão permanente, como acelerados ritmos de atividade, sob supervisão constante) e ‘subcarga psíquica’ (com a perda de controle do trabalhador sobre sua própria atividade; empregos monótonos e esvaziados de sentido para quem os ocupa). Numa ou noutra situação, vemos materializada a lógica do capital. A isso, acrescentamos o seguinte trecho:

[...] a monotonia, a repetitividade e a desqualificação são a hipotrofia do pensamento e da criatividade⁸⁴, que ademais se expressa em mudanças nos corticosteroides; da mesma forma como a supervisão estrita ou despótica ou a consciência da periculosidade do trabalho são tensão nervosa prolongada sintetizada na reação de estresse crônico e fadiga nervosa (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112)

Neste ínterim, afirmamos que as cargas de trabalho estão submetidas à lógica da totalidade, isto é, sob a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, defendemos que a causalidade do adoecimento do trabalhador deve ser delimitada no marco do processo total de trabalho (opondo-se à fatoraçoão da realidade).

Para ilustrar o supramencionado, retomemos o artigo de Teixeira et al. (2020), detalhado no segundo capítulo desta dissertação. Conforme já mencionado, a despeito de os autores da pesquisa citarem dimensões como a estrutura precária dos locais de trabalho, a classe social, a raça e o gênero da mão de obra em questão (profissionais de saúde), o principal fator de risco para o surgimento (ou mesmo a cronificação) do TAG se configura em ser profissional da saúde, particularmente atuante no cuidado com os infectados pelo SARS-CoV-2. Não há qualquer discussão que tencione superar o nível aparente do fenômeno.

⁸⁴ Em relação à criatividade, reforçamos sua importância pelas palavras de Barroco e Tuleski (2007, p. 15): “Essa capacidade do homem de criar é que lhe propiciou avançar da condição de mera espécie biológica para a de gênero humano; de sujeitar a mão selvagem a uma mente cultural”.

Isto posto, imaginemos um exemplo: mulher, enfermeira, atuante em hospital de referência no tratamento de pessoas com Covid-19. Valendo-nos do que Laurell e Noriega (1989) nos fornecem, temos que essa profissional está submetida ao trabalho repetitivo (do cuidado de pessoas acometidas pela mesma enfermidade), sendo exigido de seu corpo o esforço físico de banhar e fazer curativos nos acamados, com poucos momentos de descanso e lazer, sob um ritmo acelerado de atividades (devido ao rápido avanço da pandemia), tendo de lidar com familiares aflitos, dentro de um hospital lotado e com recursos escassos. Mais profundamente: essa mesma mulher está sob a lógica do capital, no interior da qual precisa vender sua força de trabalho para manter sua existência e os do que dela dependem; somando-se a isso sua função social na reprodução biológica, manifestada nos papéis familiares de mulher, esposa e mãe.

Todas as cargas relacionadas culminam no desgaste dessa trabalhadora. O conceito de ‘desgaste’ pode ser sintetizado na “[...] perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 115). Uma vez que os processos biopsíquicos são mutáveis, faz-se incabível, pois, a tentativa de fixarmos uma condição ideal de trabalho e elencar como desgaste tudo o que se desvia dessa condição/norma. Ademais, temos de “[...] reforçar que os processos de desgaste caracterizam as coletividades humanas e não primariamente os indivíduos” (Ibidem, p. 117).

Destarte, voltando ao exemplo que construímos, afirmar que ‘ser profissional de saúde’ é um fator de risco para o TAG pouco (ou nada) nos revela. Para além: abre brecha para que recaiamos em ações muito pontuais sobre o impasse (por exemplo, afastando a profissional ou mesmo medicando-a, sem intervir na dinâmica do processo de trabalho, que de fato origina o sofrimento).

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, herdeira do modelo histórico-social, permite-nos a ruptura com outros modelos que se propõem explicativos da saúde-doença, ao defender que “[...] esse modelo traz como novas variáveis de análise a dimensão histórica, a classe social, o desgaste laboral do indivíduo e a reprodução da força de trabalho” (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 872).

Desta feita, podemos vislumbrar respostas para o questionamento de Laurell (1983) a respeito de como a determinação social se materializa na unidade biopsíquica do indivíduo. Sob a mesma lógica, apontamos para a compreensão do aumento da ocorrência da ansiedade caracterizada como patológica.

3.2 AS MULHERES SENTEM MAIS ANSIEDADE DO QUE OS HOMENS. POR QUÊ?

De acordo com o último subitem do capítulo anterior, temos que as pessoas do sexo feminino, de maneira geral (ou seja, considerando os transtornos de ansiedade abordados nos artigos), são mais suscetíveis ao nomeado sofrimento psíquico (citamos, como exemplos, os trabalhos de Schönhofen et al., 2020; Orellana et al., 2020; Costa et al., 2019; Rodrigues et al., 2019; Motta; Soares; Belmonte, 2019). As possíveis explicações para esse dado, extraídas dos artigos e do DSM, já foram oportunamente apresentadas no capítulo de revisão. Propomos, agora, outro modo de compreender essa realidade.

A classe trabalhadora não é homogênea. Todos nós, ao sermos analisados quanto à nossa dinâmica psicológica e de saúde, devemos ser considerados enquanto integrantes de determinados grupos sociais⁸⁵ – ou seja, manifestamos alguma identidade de gênero e sexual, encontramos-nos em certa faixa etária, temos raízes étnicas, possuímos padrões alimentares e de atividade física, entre outros. É na dinamicidade da vida, como integrantes desses grupos, que conhecemos os limites e as possibilidades por intermédio dos quais a própria vida irá se constituir e ser condicionada, incluídas as maneiras de sofrer.

A relação do indivíduo com o mundo se dá mediante o trabalho coletivo de transformação da natureza. Conforme Schühli (2011, p. 21), embasado na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, “[...] a humanização é uma possibilidade que só se tornou realidade pelo surgimento do trabalho e da linguagem”. À vista disso, temos que, no capitalismo, exacerba-se a divisão sócio sexual (e desigual) do trabalho⁸⁶:

As mulheres sempre trabalharam, porém, na maioria das sociedades, elas trabalham mais que os homens e não tinham o reconhecimento no que se refere à realização de trabalho, além de salários mais baixos [...] e, além disso, são as principais responsáveis pelas atribuições domésticas, fazendo com que seja cada vez menor seu tempo livre (CISNE, 2014 apud MEDEIROS, 2020, p. 217).

⁸⁵ Vale salientar que a sociedade capitalista está dividida em classes – “[...] grandes grupos de indivíduos, cuja origem está no processo de produção e apropriação da riqueza” (TONET, 2013, p. 16). Conforme o autor, existe a classe que produz a riqueza (proletariado) e a que, sendo também proprietária dos meios de produção, apropria-se de grande parte dessa riqueza produzida (burguesia). Pontuamos, então, que a classe social à qual pertencemos é o grupo primeiro na determinação de nossa vida e, sendo assim, ela “[...] estabelece o campo, nunca absolutamente rígido, no interior do qual o indivíduo exercerá o seu poder ativo” (Ibidem, p. 17).

⁸⁶ De acordo com Medeiros (2020), alicerçada nos dizeres de Hirata (2002), a divisão sexual do trabalho pode ser entendida como um aspecto contido na divisão social do trabalho. É nesta particularidade que se concentra, com mais ímpeto, a dominação/opressão da mulher.

A divisão mencionada é cara à lógica do capital. Todavia, somente pela constatação e descrição das desigualdades não é possível que cheguemos à sua gênese. Temos de expor suas contradições, tencionando revelar a essência do eixo exploração-opressão, intrínseco ao capitalismo, como parte da luta coletiva que visa à transformação social por meio de um processo revolucionário.

A divisão sexual do trabalho não foi criada no capitalismo⁸⁷, mas é neste sistema que ela se intensifica, limitando e alienando⁸⁸ o indivíduo. A família constitui o primeiro local social onde ocorre a divisão social e sexual do trabalho (ENGELS, 2012) – basta, por exemplo, observarmos como mulher e filhas(os) são orientadas(os) a servir o marido/pai.

Dessarte, a despeito dos avanços sociais e políticos acerca dessa instituição, ela significa um importante caminho para a compreensão histórica da opressão sobre as mulheres. Entendemos a família tal qual um indispensável elemento para a reprodução do capital. Pelos escritos de Cisne (2014, p. 84), a família “[...] é um modo de circulação e de consumação de bens e serviços baseados na exploração da mulher”.

Na dinâmica da família, o trabalho efetuado por pessoas do sexo feminino sofre a invisibilização e a naturalização. Neste sentido, “O aspecto mais importante da família na manutenção do domínio do capital sobre a sociedade é a perpetuação – e a internalização – do sistema de valores profundamente iníquo, que não permite contestar a autoridade do capital [...]” (MÉSZÁROS, 2011, p. 271 apud MEDEIROS, 2020, p. 218).

Para sintetizar nossas afirmações, recorreremos a Lovatto (2018, p.4,5)

[...] na linha de “tentar preservar-se sem expor demasiadamente suas contradições internas” o capitalismo absorvia uma camada do chamado desemprego feminino, sem classificá-lo como desemprego, na medida em que era considerada “natural” a absorção de suas funções sociais como “reprodutora e socializadora por excelência da geração imatura”. Quando isso atingiu um limite insuportável do exército industrial de reserva, o capitalismo passou a “absorver” a força de trabalho feminina da forma mais precarizada possível, muito próxima da “especialização” do trabalho doméstico ou do trabalho de mãe.

Considerando o supracitado, e retomando, então, os conceitos de ‘cargas de trabalho’ e de ‘desgaste’, lançamos luz sobre a realidade da mulher na sociedade capitalista: a quantidade

⁸⁷ Em seu artigo, Medeiros (2020) resgata a historicidade da divisão sexual do trabalho desde o período escravista.

⁸⁸ Neste momento, valemo-nos das palavras de Mézaros (2006 apud SCHÜHLI, 2011, p. 19): “[...] ao fazer menção à alienação sob o modo de produção capitalista, enfatiza-se a questão do estranhamento [*Entfremdung*], da relação hostil entre homem e suas criações, sendo o produto do trabalho algo autônomo, alheio e independente da atividade do homem em função da apropriação privada dos meios de produção”.

de trabalho imposta a ela é incomparavelmente maior que a do homem, sob condições mais aversivas, sendo o desgaste feminino também maior.

À guisa disso, problematizamos as concepções teóricas hegemônicas. Como aceitar que as mulheres são mais suscetíveis à ansiedade caracterizada como patológica devido, estritamente, a fatores genéticos e hormonais? Como desconsiderar a totalidade social, que naturaliza a exploração do trabalho feminino, apontando estressores/determinantes sociais isolados como causas dos transtornos de ansiedade? Mais uma vez, toma-se a aparência como sendo a essência do problema, velando a determinação social mais profunda da ansiedade em pessoas do sexo feminino.

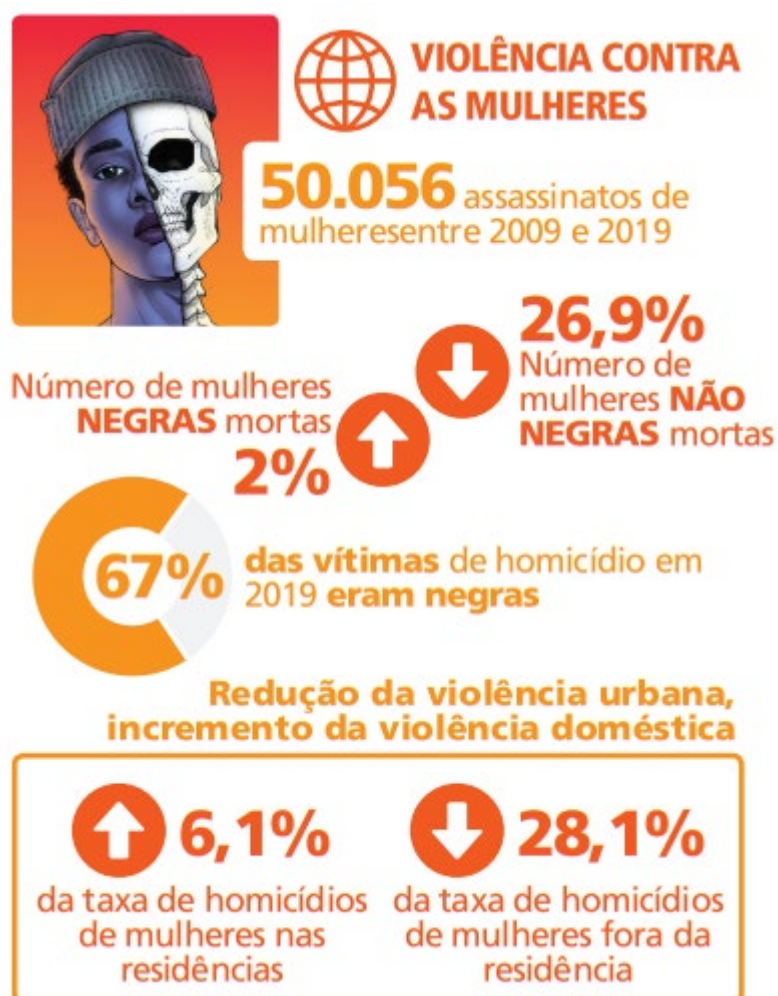
As mulheres não adoecem mais que os homens, mas sim, são submetidas a mais sofisticados mecanismos de exploração. Sua função social de ‘reprodutora’, ‘cuidadora’, ‘mantenedora’ é imposta de maneira a se naturalizar. Se alongarmos nossa análise, podemos dizer o mesmo sobre pessoas pretas, indígenas e homossexuais. Historicamente, indivíduos pertencentes a esses estratos da classe trabalhadora foram subjugados e forçados a internalizar ideologias que os pregavam como seres inferiores.

Desse modo, ao nos propormos compreender o fenômeno de mulheres sentindo mais ansiedade que homens, é indispensável cotejarmos a violência de gênero, intrínseca e tão funcional ao capitalismo.

A violência de gênero [...] é recorrente e naturalizada pela sociedade, sendo empregada como artifício coercitivo de formação e conformação de subjetividades que se adequem às necessidades de produção e que mantenham os estreitos limites estabelecidos aos homens e às mulheres nas relações sociais (MILANO; SILVA; ALMEIDA, 2021, p. 126).

Para termos uma ideia geral a respeito da violência de gênero no Brasil, apresentamos a figura a seguir:

FIGURA 3 – NÚMEROS REFERENTES AO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO, NO BRASIL



FONTE: Adaptado do ATLAS DA VIOLÊNCIA (IPEA, 2021).

Desde a análise dos dados supramencionados, percebemos o quão alarmantes são os índices de assassinato de mulheres no país. Apesar da diminuição de homicídios cometidos sobre mulheres não negras (redução de 26,9% entre 2009 e 2019), notamos a expressiva porcentagem de mulheres negras entre o total de vítimas fatais (67%). Para além: a taxa de homicídios de mulheres dentro das residências teve um acréscimo de 6,1%, entre 2009 e 2019⁸⁹.

Em relação aos casos de violência não seguidos de morte, em comparação com 2019, “[...] verificamos um leve recuo do percentual de mulheres que relataram ter sofrido violência, mas dentro da margem de erro da pesquisa, que é de 3 pontos para mais ou para menos (27,4% em 2019 e 24,4% em 2021), configurando estabilidade” (FBSP, 2021, p. 10). No que se refere ao período da pandemia de Covid-19, para 44% das mulheres pesquisadas, este tempo “[...] significou também momentos de **mais estresse no lar**. 40,2% informaram que os filhos tiveram

⁸⁹ Esses dados são preocupantes, haja vista que, ao longo do período pandêmico, é possível que mais mulheres e seus agressores tenham ficado em casa, devido ao isolamento social, fato que pode aumentar as taxas de violência.

aulas presenciais interrompidas. 33,0% perderam o emprego. 30,0% **tiveram medo** de não conseguir pagar as contas” (Idem, grifo nosso).

De posse dessas informações, reforçamos que as condições materiais conformam as subjetividades. Nessa mesma direção, existem diferentes artifícios por meio dos quais a “[...] violência de gênero determina a produção da subjetividade de mulheres e [...], mesmo implícita e sutil[mente], é internalizada e apropriada” (MILANO; SILVA; ALMEIDA, 2021, p. 126). Em uma sociedade capitalista como a nossa, as pessoas – especialmente as mulheres – são submetidas a condições de exploração e de violência. Desse modo, como já explanado outrora, manifestam em sua unidade biopsíquica as contradições às quais são submetidas.

3.3 O MEDO E A ANSIEDADE SOB A PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL

Conforme já exposto na introdução deste trabalho, a ciência biomédica concorda, mediante sua filiação aos pressupostos do DSM-5, que o medo e a ansiedade são os dois principais estados emocionais dos transtornos de ansiedade (APA, 2014). Se esses mencionados estados são os mais exacerbados em pessoas ditas ansiosas, como podemos pensá-los desde a Psicologia Histórico-Cultural?

Tendo em vista a constituição social da personalidade⁹⁰, temos que as funções psicológicas superiores – como a memória, o pensamento abstrato e o julgamento crítico – também são construídos a partir das relações sociais estabelecidas pelo homem. Possuímos e nos valemos, por óbvio, de nossa constituição biológico-corporal, que nos permite, através dos sentidos (como visão e audição), experienciar o mundo imediato, em um determinado tempo histórico, mas “As características eminentemente humanas são transmitidas não pela hereditariedade e sim pela apropriação da cultura” (AITA; TULESKI, 2017, p. 99)

As funções psicológicas superiores são produto da história da humanidade; elas não nascem junto do indivíduo representante de sua espécie, do mesmo modo que não se desenvolvem apenas por processos de maturação biológica. Elas compõem a consciência mediante “[...] um sistema psicológico complexamente inter-relacionado. Conclui-se que o **processo de humanização é essencialmente um processo educativo**” (AITA; TULESKI, 2017, p. 97, grifo nosso).

À vista disso, reconhecemos os estudos que comprovam a existência de uma certa ‘memória biológica do medo’, desde nossos processos evolutivos – em outros tempos, a

⁹⁰ Assunto pormenorizado no próximo subitem deste capítulo.

exacerbação dessa emoção era necessária, por exemplo, para nos permitir a rápida luta com/fuga de um predador com potencial de invadir tribos e dizimar populações. No caso da ansiedade, fazia-se-nos possível, em certa medida, prever ocorrências ameaçadoras à nossa sobrevivência e planejar estratégias de enfrentamento. Tanto o medo como a ansiedade figuram como a nossa resposta às adversidades da vida, por intermédio da nossa constituição psicofisiológica.

Contemporaneamente, porém, tais situações quase não se acham – ou melhor dizendo: acham-se de modos diferentes. Explicamos: ao longo do curso histórico da divisão social do trabalho, criamos estratégias deveras eficientes para garantir a produção e a reprodução de nossa existência – vide a construção de nossas casas, a formação de grupos, o cultivo e o consumo dos alimentos. A maioria dos processos de sobrevivência, por seu turno, são mais complexos, nem sempre tão evidentes, tornando-se mais pulverizados, difusos, contraditórios e, mediados pelo modo de produção capitalista, mais ameaçadores. Hoje, por exemplo, tornou-se pouco provável sofrer o ataque de um leão, mas é possível sermos saqueados dos produtos de nosso trabalho pela ação da classe burguesa, nossa inimiga, de modo sofisticado e sem necessariamente usar a força física.

Sob a lógica do capital, as ameaças à existência humana foram/são aprimoradas e emaranhadas, não se mostrando ‘a olho nu’ e, também por isso, naturalizadas. Por exemplo, no século XXI, a humanidade tem condições suficientes de produzir e distribuir alimentos a cada habitante deste planeta. Todavia, a fome tem dado fim a centenas de milhões de vidas mundo afora. Nossas fontes de medo e ansiedade, com o apogeu capitalista, passaram a se relacionar, não linearmente, com diferentes determinações sociais.

À vista disso, então, é urgente compreendermos que o medo e a ansiedade não estão na dimensão causal do sofrimento psíquico. Medo e ansiedade se constituem como elementos reativos dos processos psicofísicos complexos, envolvendo a interfuncionalidade dos sistemas de funções que dão base, e constituem, as atividades humanas complexas, atualmente mediadas pela economia e pelas formas de sociabilidade capitalistas. Assim, subordinado ao modo capitalista de produzir e reproduzir a vida – considerando os mecanismos intrínsecos dessa lógica, já apresentados no primeiro capítulo de nossa dissertação –, o homem se vê despossuído de direitos mínimos e meios materiais para garantir o atendimento de necessidades próprias e familiares. Um exemplo disso pode ser encontrado no trabalho de Almeida, Bellenzani e Schühli (2020).

Os três autores, lançando mão do princípio metodológico lukacsiano da dialética singular-particular-universal, buscam analisar o caso de um homem, pobre, negro, semianalfabeto, sem formação profissional, pai de família, de 41 anos, que faz o uso abusivo de álcool há mais de cinco anos e que é atendido pela psicóloga de uma equipe de saúde. Evandro e Naila⁹¹ (sua esposa, já diagnosticada com depressão) têm sete filhos, de 8 a 21 anos de idade, e todos residem na favela de uma grande cidade, em um casebre. Além do sofrimento dos pais, os filhos padecem de doenças como verminoses, desnutrição e dermatites. Vale destacar, ainda, que a renda da família advém da atividade de catar recicláveis, na qual todos se envolvem.

Como já expõem Almeida, Bellenzani e Schühli (2020), o contato com Evandro permite o acesso a uma história de vida vivida/experenciada, ainda que de modo imediato e caótico, paralelamente ao conhecimento do

[...] conjunto de condições e mediações que produzem o sofrimento psíquico em suas diversas dimensões: sua inserção de classe, as condições gerais de vida, suas necessidades de consumo não satisfeitas, os limites impostos pelo sofrimento psíquico, os vínculos pessoais estabelecidos (p. 252).

Uma vez que as funções psicológicas superiores “[...] se fundamentam nas relações humanas, sendo sua gênese, portanto, social” (AITA; TULESKI, 2017, p. 103), o homem e a mulher, trabalhadores, não temos a humanização plenamente constituída sob o capitalismo (ou a temos em graus distintos, a depender das condições econômicas que nos permitem, ou não, lançar mão de mecanismos que podem mitigar os impactos dessa humanização parcial/unilateral). Assim, algumas funções psicológicas – que poderiam se constituir por mediações mais apropriadas para lidar com as exigências e as pressões sociais incitadoras dos estados ansiosos –, devido à ausência ou mesmo às inadequações das mediações, podem culminar na continuidade e/ou intensificação dos estados de medo e ansiedade, por períodos excessivamente longos e para além do que a pessoa/personalidade pode ‘dar conta’, sem grandes prejuízos ao sistema personalidade-atividade. As ameaças reais, sempre sentidas e significadas, suscitam emoções e pensamentos, dentre os quais se destacam medo, preocupação e alerta, os quais podem desorganizar as atividades e as relações.

A ciência hegemônica, como já asseverado nos dois primeiros capítulos deste trabalho, tem afirmado o medo e a ansiedade não somente como sintomas basais dos transtornos de

⁹¹ Nomes fictícios.

ansiedade, mas também como causas, ainda que implicitamente⁹². As determinações sociais vêm sendo amplamente negligenciadas, junto ao movimento de o diagnóstico poder ser efetuado a partir da presença, intensidade e duração de sintomas (físicos e/ou cognitivos).

Reinterpretados pela Psicologia Histórico-Cultural, articulada à Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, o medo e a ansiedade foram/são necessários, de fato, à sobrevivência do ser humano. Porém, quando vividos em níveis crescentes, exagerados ou desproporcionais, isso devido a um conjunto de imposições, ameaças, rupturas, violências, carências, constrangimentos e não suprimento de necessidades, as ‘respostas’ (de medo e ansiedade), inicialmente menos mediadas, mais impulsivas e menos articuladas ao pensamento conceitual (no nível dos sentidos e das significações), vão se tornando, no curso do desenvolvimento humano (da atividade-consciência-personalidade), mais revestidas de significações, cuja fonte é o social e a cultura – portanto, passando de um nível elementar do funcionamento psíquico, essencialmente sensorial e orgânico, para um nível em que tais estados/processos psicofísicos se tornam mais complexos. Essa complexidade pode indicar que se tornam prejudiciais ao desenvolvimento global e às atividades humanas socialmente aprendidas e realizadas.

Retomemos o caso de Evandro. No seu contato com o serviço de saúde, o que os profissionais extraem do indivíduo são estados emocionais como consternação, desesperança e tristeza. Todavia, conforme já dissemos ao longo deste manuscrito, essas singulares manifestações não se dão em si e por si, do mesmo modo que não devem ser analisadas sob essa ótica. A tristeza, a desesperança e a consternação de Evandro têm de ser compreendidas desde sua gênese social, desde a forma pela qual toda a humanidade realiza suas trocas, a partir do processo de reprodução social da vida.

Para um homem como Evandro, com as características já apresentadas, algumas relações e acessos a bens são totalmente impedidos; outras, parcialmente, o que influi, sobremaneira, na constituição de suas funções psicológicas superiores e, portanto, no desenvolvimento do sistema atividade-consciência-personalidade. A partir, então, do contato imediato com seu relato e seus estados emocionais, temos de buscar as múltiplas determinações para eles, em um exercício de abstração da imediaticidade, de modo a retornarmos à realidade, ao concreto agora pensado, procurando evidenciar os nexos causais, os motivos da

⁹² Ratificamos nossa afirmação mediante a ausência de pressupostos etiológicos da ansiedade no atual DSM (e desde 1980, quando da terceira versão do manual), bem como a descrição ser mais destacada que a explicação etiológica do sofrimento.

materialização de tais e quais estados emocionais em detrimento de outros, em tal ou qual indivíduo.

Evandro não faz uso abusivo do álcool tão somente por prazeres envolvidos na prática dessa experiência. Também não se entristece porque deixou de enxergar a beleza da vida ou mesmo ser grato pelo ar que respira. Existe uma saturação de determinações sociais que, na relação com esse indivíduo ativo, irrepitível e pertencente a uma universalidade, implica toda variedade de desgastes na unidade biopsíquica. Essa repetição contínua de desgastes e os quase inexistentes períodos de recomposição exigem, das pessoas, ‘respostas’ adaptativas, por vezes ‘às avessas’, que, por seu turno, revelam modos muito intrincados, e intrigantes, pelos quais as funções psicológicas, elementares e superiores, articulam-se/desarticulam-se, sendo ora mais mediadas pelo pensamento, significações e conceitos (cultura), ora menos mediadas, revelando-se em processos psicofísicos mais elementares, essencialmente mais orgânicos, menos mediados pelo pensamento e pela linguagem.

A análise mais a nível da unidade biopsíquica, ou nos termos na Psicologia Histórico-Cultural, da unidade psicofísica, tem que estar assentada na análise da dimensão da universalidade – no nosso caso contemporâneo, condicionada pelas leis gerais do capitalismo, como a divisão da sociedade em classes e as relações que organizam os processos de produção, distribuição e consumo dos indivíduos (BREILH, 1991). Essa organização social fomenta a flexibilização, ou mesmo a destituição, de direitos e vínculos trabalhistas, conjuntamente ao acirramento das multitarefas, das metas inalcançáveis e dos casos de assédio moral. No que concerne a Evandro, seu trabalho como catador de materiais recicláveis

[...] se dá, neste contexto, de forma extremamente precária, sem qualquer vínculo formal ou garantia quanto à renda ou direitos trabalhistas. Ademais, com a subsunção da vida social ao capital, os padrões gerados no processo de trabalho, por meio de variados mecanismos e mediações, estendem-se para a vida em geral, atravessando as relações familiares, comunitárias, escolares e dos diferentes espaços da vida social, o que também recai sobre Evandro e sua família (ALMEIDA; BELLENZANI; SCHÜHLI, 2020, p. 254-255).

A partir disso, denotamos o surgimento e o fortalecimento de adoecimentos, sobretudo de ordem psíquica, como é o caso de Evandro, raciocínio este que pode ser concretizado para o aumento dos diagnósticos de transtorno de ansiedade.

No que se refere às funções psicológicas superiores e à sua gênese social, apontamos que quanto mais mediatizada (quanto mais elevada a quantidade e a qualidade das mediações) é a nossa vida, tanto mais socializada ela é, tanto mais nos humanizamos – ainda que, sob o

capitalismo, não seja possível a plena humanização. Do mesmo modo, quanto menos o indivíduo, no seu processo de desenvolvimento, pode se valer de processos mediadores, mais instintivo/impulsivo se torna o seu comportamento; menor o seu nível de autocontrole e autodeterminação da conduta.

Nessa mesma direção, os indivíduos tendem a manifestar medo e ansiedade exacerbados – não por vontade própria, mas justamente pela dinâmica prejudicada/afetada da personalidade e dos sistemas das funções. Tende-se a ocorrer a fragilização do pensamento racional, e do domínio da personalidade, por sensações e emoções pouco compreendidas pela própria pessoa. Continuamente, isto pende a se expressar como redução da capacidade de se apropriar e de utilizar recursos e instrumentos, materiais e psicológicos, para enfrentar as pressões e as hostilidades que a vida social, sob o capitalismo, impõe à maioria da classe trabalhadora, com suas parcas ou inadequadas mediações para o desenvolvimento individual na relação com as potencialidades do gênero humano.

3.4 CONTRIBUIÇÕES DA DIALÉTICA SINGULAR-PARTICULAR-UNIVERSAL PARA PENSARMOS O SOFRIMENTO PSÍQUICO DENOMINADO COMO ANSIEDADE

A pessoa com ansiedade não pode ser reconhecida tão somente pelo seu sofrimento psíquico. A despeito de sofrer, o indivíduo trabalha, relaciona-se, alimenta-se, integra grupos sociais. O psiquismo humano não nasce junto do ser: nascemos, sim, como representantes de nossa espécie (biológica) e, na relação social, construímo-lo. O psiquismo, portanto, possui natureza social; assim, “Ao nascer, cada ser humano deve se apropriar do mundo social, repleto de objetos e fenômenos produzidos pelas gerações precedentes, desenvolvendo aptidões especificamente humanas, encarnadas nestes objetos (LEONTIEV, 1978a apud ALMEIDA, 2018, p. 127).

Todavia, a ciência hegemônica, sobretudo representada pela Psiquiatria e pelas inúmeras teorias psicológicas à parte do materialismo histórico-dialético, têm elegido a ‘doença’, o transtorno de ansiedade, os sintomas, enfim, como objetos de estudo e intervenção, relegando a segundo plano a processualidade da vida. Por outro lado, há correntes teóricas, principalmente no interior do campo psicológico, que tentam recuperar a voz da pessoa em sofrimento, mas também acabam por reincidir na lógica de explicações individualistas, colocando a história-social como secundária.

Destarte, para que compreendamos a unidade dinâmica indivíduo/sociedade, subjetivo/objetivo – ou, em outras palavras, “[...] de modo a não perder a perspectiva monista

e dialética do desenvolvimento (ALMEIDA, loc. cit. p. 125) –, sem recairmos nas cisões tão comumente impostas a esses dois polos da relação – cisões essas que suscitam explicações da ansiedade centradas na aparência do fenômeno –, faz-se-nos imperativo recuperar a base materialista dialética da Psicologia Histórico-Cultural – inclusive, salientando que qualquer tentativa de negar a vinculação ao marxismo representa um profundo “[...] desrespeito com a própria teoria de Vigotski” (SANTA; BARONI, 2014, p. 3). À vista disso,

O preceito lukacsiano acerca da dialética singular-particular-universal [significa] um dos princípios imprescindíveis à compreensão da referida dinâmica e, da mesma forma, à compreensão da sociabilidade humana, dado fundante da afirmação vigotskiana em relação à natureza social do psiquismo (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 363).

György Lukács (1885-1971), filósofo e sociólogo húngaro, possui vasta e densa obra – citamos algumas, como exemplo: ‘História e Consciência de Classe’ (1923), ‘Esboço de uma Estética Marxista’ (1947) e ‘A Destruição da Razão’ (1954). Por isso, aprofundar-se nela não seria possível ao longo de um curso de mestrado. Desse modo, para que nos apropriássemos do mencionado contributo lukacsiano, visando a uma compreensão da ansiedade desde suas raízes (ou seja, considerando a pessoa que sofre e sua história), valemo-nos, principalmente (mas não apenas) de: Oliveira (2015); Pasqualini e Martins (2015); Almeida, Bellenzani e Schühli (2020); Almeida (2018); Martins (2020)⁹³.

Embasados no método sistematizado por Marx, objetivamos não colocar nossas convicções sobre o processo de sofrimento psíquico nomeado como ansiedade, mas sim, dele (de sua processualidade) extrair as determinações mais originárias. Em concordância com Paulo Netto (2011), tencionamos reproduzir, idealmente, o movimento real do objeto pesquisado; “[...] pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto” (p.21).

Por óbvio, devido às condições materiais da vida – o lapso temporal do curso de mestrado e as nefastas consequências da má gestão do atual governo brasileiro ante à pandemia de SARS-CoV-2, como exemplos –, seria-nos inexecutável esgotar a temática, produzindo o conhecimento total do sofrimento psíquico denominado de ansiedade, a partir do materialismo dialético. Reforçamos, então, que nosso trabalho almeja se colocar como o início dessa

⁹³ Além de se dedicarem à dialética singular-particular-universal, os autores desses textos já vêm pensando o sofrimento psíquico desde a perspectiva marxista. Por isso, nossa escolha.

construção coletiva do conhecimento, tal qual os esforços de outros pesquisadores, já oportunamente referenciados ao longo desta dissertação.

Retornando, logo, à dialética singular-particular-universal. De antemão, relembremos o pressuposto ontológico do real: o real existe em si e independe da consciência humana. Desse modo, e como já asseverado, uma teoria emerge da reprodução ideal que o pesquisador efetua do processo real – perpassando, evidentemente, pelas particularidades de cada indivíduo.

Em outras palavras: a reprodução ideal do movimento real do objeto não significa um espelhamento, um reflexo *ipsis litteris* da realidade, uma vez que o indivíduo que busca conhecer não se constitui tal qual um receptáculo passivo (ou uma ‘folha em branco’). A pessoa entra em atividade (mediada por particularidades) para conhecer o objeto à vista. Logo, o supracitado representa o “[...] postulado pela psicologia histórico-cultural do psiquismo como imagem subjetiva da realidade objetiva, a quem compete orientar os indivíduos na realidade concreta” (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 363).

Partindo desses postulados, adiantamos que a ansiedade (ou os transtornos de ansiedade) não são exatamente como se apresentam/manifestam-se. Sintomas como taquicardia, sudorese, visão turva e mesmo os chamados ‘pensamentos catastróficos’, como o medo da morte e/ou de doenças, representam a superfície do fenômeno, em um dado momento. O que se nos apresenta não revela a processualidade do sofrimento psíquico.

Com o mesmo entendimento (e tal qual já anunciado), Vygotski (1931/2000) nos alerta para o fato de que explicar cientificamente um fenômeno significa superar a tarefa de descrevê-lo, com vistas ao desvelamento de seus nexos e relações dinâmico-causais. Devemos nos concentrar na análise genotípica, incorporando as manifestações fenotípicas (neste caso, as manifestações fenotípicas das pessoas com ansiedade).

Aqui, faz-nos sentido citar Oliveira (2005, p. 1): “[...] a atuação do psicólogo fundamenta-se necessariamente na compreensão de como a singularidade se constrói na universalidade e, ao mesmo tempo e do mesmo modo, como a universalidade se concretiza na singularidade, tendo a particularidade como mediação”. É imperativo o entendimento dos referidos conceitos justamente pelo que já explanamos: o homem, ao nascer, não carrega em si a sua essência, que se desenvolveria como uma maturação biológica, sendo a sociedade apenas um meio ideal para isso – ela, a essência, é construída na relação do indivíduo com os membros da sociedade.

Dito de outro modo: conforme a concepção materialista dialética, o homem singular é um ser social;

[...] é uma síntese complexa em que a universalidade se concretiza histórica e socialmente, através da atividade humana que é uma atividade social - o trabalho -, nas diversas singularidades, formando aquela essência. Sendo assim, **tal essência humana é um produto histórico-social** e, portanto, não biológico e que, por isso, precisa ser apropriada e objetivada por cada homem singular ao longo de sua vida em sociedade (Ibidem, p. 2, grifo nosso).

É fato que, na imediaticidade do cotidiano, lidamos com fenômenos singulares, irrepetíveis e únicos. Esse contato imediato/empírico figura revelar o concreto; porém, o concreto só pode ser apreendido após o processo de análise que supere a dimensão singular do fenômeno. O que se nos apresenta nada mais é que o ‘pseudoconcreto’ (KOSIK, 1976). Logo, “O concreto é, portanto, o ponto de chegada” (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 364).

Na mesma direção, Saviani (2013 apud PASQUALINI; MARTINS, loc. cit.) afirma que, com o objetivo de chegar ao concreto, há de partirmos da experiência imediata (isto é, empírica), passando pelo abstrato⁹⁴. O abstrato se nos coloca, então, como mediador entre o empírico e o concreto. Assim,

Diferentemente, pois, da crença que caracteriza o empirismo, o positivismo etc. (que confundem o concreto com o empírico) o concreto não é o ponto de partida, mas o ponto de chegada do conhecimento. E, no entanto, o concreto é também o ponto de partida. Como entender isso? **Pode-se dizer que o concreto – ponto de partida é o concreto real e o concreto – ponto de chegada é o concreto pensado, ou seja, a apropriação pelo pensamento do real concreto** (SAVIANI, 2013 apud PASQUALINI; MARTINS, p. 4, grifo nosso)

Agora, aludamos, mais uma vez, ao trabalho de Schönhofen et al. (2020), recuperado mediante nossa revisão de literatura. Após realizarem sua pesquisa a respeito do TAG entre estudantes de cursos pré-vestibular, os autores afirmaram que as pessoas do sexo feminino são mais suscetíveis ao transtorno. As explicações fornecidas acerca desse dado se concentram em fatores genéticos, influências hormonais, vulnerabilidade a estressores ambientais e, como sugestão dos próprios autores, na dimensão social – aqui, rerepresentamos um excerto do artigo: “[...] mulheres recebem piores salários para os mesmos empregos que os homens, possuem maior carga de trabalho e têm menos oportunidades. Ademais, a objetificação dos seus corpos

⁹⁴ Em síntese, o ato de abstração significa “[...] suspender – as formas fenomênicas e **decodificar as leis explicativas que regem o desenvolvimento do fenômeno**. Isso significa que **todo fenômeno singular contém em si determinações universais** (PASQUALINI; MARTINS, loc. cit., grifo nosso).

impõe um fardo social pela necessidade de manter uma aparência socialmente estabelecida” (SCHÖNHOFEN et al., 2020, p. 184).

Um passo de cada vez! Fatores genéticos e hormonais, inegavelmente, podem fazer parte da dinâmica de um transtorno de ansiedade. Todavia, como já por nós explanado, de acordo com a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, essas dimensões não são causas da ansiedade caracterizada como patológica. São, por seu turno, resultantes da universalidade concretizada nas pessoas que sofrem psiquicamente (nas singularidades), o que só é possível por mediação das particularidades existentes.

Sob esse mesmo raciocínio, folgamos em concordar com Schönhofen et al. (2020) diante de fatos como menores salários destinados a mulheres que exercem igual função que homens e os inadmissíveis atos de assédio destinados a elas. No entanto, de novo, essas manifestações não dão conta de explicar a origem do problema – elas apenas mostram a aparência dos fenômenos (ou, em linguagem popular, ‘são a ponta do *iceberg*’). Ante a isso, reforçamos que a nossa tarefa, enquanto pesquisadores, “[...] é [a de] desvelar como a universalidade se expressa e se concretiza na singularidade, ou, mais que isso, como a universalidade se expressa e se concretiza na diversidade de expressões singulares do fenômeno” (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 363).

Por exemplo: o homem que assedia sexualmente a mulher não desperta em dia aleatório e decide cometer o crime. Este indivíduo, único e irrepetível, possui a universalidade encarnada em sua singularidade. Nossa universalidade está intervenculada ao sistema capitalista – um modo de produzir e reproduzir a vida que impõe a exploração do indivíduo por outro indivíduo, que defende a inferioridade da mulher e, por conseguinte, a supremacia masculina.

Se esse mesmo homem estiver envolto de particularidades como cor de pele branca, remuneração financeira mais alta que grande parte da classe trabalhadora e moradia em área urbana nobre, muito provavelmente terá a certeza de que o crime cometido contra a mulher ficará impune (ou, quando muito, será submetido a uma simples penalização). Para além: como amigos e familiares (isto é, os membros dos grupos sociais aos quais pertence o indivíduo de nosso exemplo) também estão sob a lógica do capital, é de se esperar que eles reproduzam as perversidades do sistema – machismo e misoginia, por exemplo.

Ainda nos reportando ao estudo de Schönhofen et al. (2020), extraímos a informação de que a ansiedade relacionada ao período de pré-vestibular (tendo em conta aqueles que podem arcar com as despesas de cursos preparatórios), incluindo as provas de seleção, caracteriza-se como o principal fator de risco para a ocorrência ou a evolução do TAG neste público.

Reflitamos a respeito disso: 1) no Brasil, quantos jovens estudantes podem frequentar cursos preparatórios para o vestibular?; 2) dos que frequentam, quantos podem, deveras, dedicar-se à revisão dos conteúdos apresentados pelos docentes sem se preocupar com alimentação, vestimenta, em suma, com a própria sobrevivência?; 3) principalmente, quantos jovens da classe trabalhadora sequer almejam conquistar uma vaga no ensino superior, considerando as incontáveis adversidades da vida?

Para uma expressiva quantidade dos filhos da classe trabalhadora, nem mesmo cogitar se graduar no ensino superior constitui uma possibilidade. A esse público, resta se sujeitar a vagas de emprego precarizado, sendo subjugado à superexploração – ainda que, atualmente, haja empresas privadas que mantenham grandes conglomerados educacionais e, com subsídios governamentais, possibilitem, não sem grande ônus financeiro, que o mais pobre acesse a universidade; além das conquistas como a política de cotas e o Programa Universidade Para Todos (Prouni), frutos de árdua luta.

Em agravo, após rápida busca pela internet, encontramos reportagens com títulos como “Especialista em Enem [...] fala que **seleção é injusta** e dá dicas para se dar bem” (FURTADO, 2017, não p., grifo nosso). Ou seja, a existência da injustiça é reconhecida, mas, ao invés da luta contra ela, vemos normalizada a individualização do problema, munindo o indivíduo de ideias para que ‘se dê bem’ – em outras palavras, consiga a aprovação no vestibular. Sob o atual governo, aliás, defende-se uma ideologia excludente de que a “[...] universidade deveria, na verdade, ser para poucos, nesse sentido de ser útil à sociedade” (G1 EDUCAÇÃO, 2021, não p). Na reportagem, sabemos de outros detalhes da opinião do então ministro da Educação, Milton Ribeiro:

Pelo menos nas federais, 50% das vagas são direcionadas para cotas. Mas os outros 50% são de alunos preparados, que não trabalham durante o dia e podem fazer cursinho. Considero justo, porque **são os pais dos ‘filhos de papai’ que pagam impostos e sustentam a universidade pública**. Não podem ser penalizados (G1 EDUCAÇÃO, loc. cit. grifo nosso).

Na contramão desse covarde ataque à classe trabalhadora, pontuamos que as universidades públicas são mantidas, na expressiva maioria das vezes, por fundos orçamentários estatais (pertencentes às esferas municipais, estaduais e/ou federal), os quais possuem renda originária do pagamento de impostos. A este respeito, o economista e professor do Departamento de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Rui Affonso, comprova que, no Brasil,

[...] as pessoas de renda mais alta pagam, proporcionalmente, menos imposto. [...] quem ganha até um salário mínimo por mês paga 35,9% do que ganha ao Estado. Isto é muito mais do que duas vezes o que paga quem ganha mais de 100 salários mínimos nos mesmos 30 dias, isto é, 14,1% de seus rendimentos (AFFONSO, 1985, p. 81)

À vista do supracitado, cai por terra os argumentos infundados do atual ministro da Educação e nos coloca a questionar a base dos argumentos burgueses.

Nessa esteira de produção e reprodução do sistema, as ideias e os valores da classe dominante passam a constituir as singularidades humanas (TONET, 2013). E como isso ocorre? Explicamos: Vygotski (1931/2000) afirma que as funções psicológicas superiores se constituem no indivíduo na medida em que ele estabelece relações sociais. Ou seja, os emergentes processos intrapsicológicos (como pensamento abstrato e raciocínio lógico) foram, outrora, processos interpsicológicos (atividades sociais e coletivas)⁹⁵. Dessa forma, as relações e as práticas típicas dos grupos sociais são ensinadas a novos partícipes; relações e práticas sociais são internalizadas por novos membros a partir de sua relação com membros mais antigos dos grupos, os quais medeiam o conhecimento⁹⁶ produzido pela humanidade.

O indivíduo, ao entrar em atividade, também configurada nos parâmetros e padrões dos grupos sociais – por exemplo, a depender da idade, a atividade principal é o estudo formal –, apropria-se de práticas, significados, conhecimento. É no bojo desses processos que os modos de bem-viver e de adoecer também são apropriados (tornados próprios, singularizados) e vivenciados, o que se relaciona à personalidade. Aludamos, então, a esse conceito (de personalidade), tendo em vista que sua formação e desenvolvimento ocorrem na relação com o supracitado⁹⁷.

Não é tão incomum, diante de características pessoais – como timidez, inquietude, intempestividade – de uma criança ou adulto, ouvir seus próximos afirmarem: ‘Ela nasceu

⁹⁵ A esse processo de internalização, Vygotski (1931/2000) deu o nome de ‘lei genética do desenvolvimento cultural’: “[...] toda função no desenvolvimento cultural da criança aparece em cena duas vezes, em dois planos; primeiro no plano social e depois no psicológico, a princípio entre os homens como categoria interpsíquica e logo no interior da criança como categoria intrapsíquica”.

⁹⁶ Ao usarmos esse vocábulo, referimo-nos não só ao conhecimento formal (escolar/universitário), mas, também, a outros tipos de conhecimento.

⁹⁷ Concordamos com Almeida (2018, p. 125), quando a autora escreve que a gênese do sofrimento psíquico pode ser identificada “[...] ao longo do desenvolvimento individual. Não é nossa intenção, portanto, abordar exaustivamente os conceitos e temáticas, posto que os próprios autores [da Psicologia Histórico-Cultural] já o fizeram com maior competência e suficiente clareza. Aprofundamos algumas questões apenas na medida em que as consideramos relevantes para a análise de nosso objeto”. Também por isso que aludimos ao conceito de personalidade: sendo processual, é por meio de alterações na personalidade, na atividade e nos relacionamentos sociais, que se expressa o sofrimento psíquico.

assim, faz parte da personalidade dela’. Mas o que isso realmente quer dizer? O que significa personalidade? Para responder a esses questionamentos, uma vez mais é necessário que superemos propostas explicativas limitadas à corporeidade da pessoa (ou, em outras palavras, descrições fundadas na aparência do fenômeno). Reconhecemos, desde já, que ciências como sociologia, filosofia, antropologia, psicologia e até biologia procuram explicar o vocábulo, mas, corriqueiramente, incorrem em conceituações que negligenciam suas mais essenciais determinações, sobretudo, a vida social.

Reportamo-nos ao conceito de ‘personalidade’, entendendo ser ele o mais complexo dentre os demais e, por isso mesmo, filiando-nos à orientação de explicar “coisas simples (...) através de outras mais complexas, como a personalidade” (VIGOTSKI, 1930/1996, p. 103 apud DELARI JR., 2020, p. 55). Também, “[...] a orientação metodológica de partir do geral para o específico em psicologia, [...] aponta para o conceito de ‘personalidade’, em sua gênese social multideterminada, como o de maior grau de generalidade” (DELARI JR., 2017, p. 15). Conforme este autor, tal inclinação prioriza ontologicamente a pessoa “[...] como ser social. Contrária à prioridade dada pela velha psicologia às ‘funções psíquicas superiores’, tomadas de modo abstrato, dissociado da pessoa para quem ‘cumprem função’” (DELARI JR., 2020, p.55).

De acordo com Martins (2004), o estudo do conceito de personalidade – que, desde suas origens, liga-se à categoria pessoa, derivada do latim *persona* e que quer dizer, em sentido amplo, o homem na relação com o mundo – é efetuado em consonância a pressupostos idealistas, “[...] impregnados por significados abstratos e psicologizantes” (p. 83). Ao unificarem personalidade e pessoa, então, adeptos dessas concepções teóricas se desvinculam da realidade concreta, defendendo a tese de que a primeira constitui um sistema encerrado em si mesmo, significando “[...] um centro organizador que desde o nascimento dos indivíduos dirige suas estruturas psicológicas, sendo abordada, portanto, como algo existente dentro do homem e que meramente se atualizará sob dadas condições de existência” (MARTINS, loc. cit.). Notamos, assim, um ideário maturacional – quase que biológico – da personalidade, relegando as determinações sócio-históricas a segundo plano (isso quando consideradas).

Essa maneira de entender a personalidade implica consequências, entre as quais, destacamos duas (já mencionadas anteriormente): 1) a dicotomização subjetividade/objetividade; e, em relação, 2) a superficial e incompleta apreensão do fenômeno “[...] em sua totalidade concreta, isto é, na indissolúvel unidade entre o indivíduo e o gênero humano” (Ibidem, p. 84). A autora nos impulsiona para além: os preceitos filosóficos filiados

ao idealismo e/ou ao organicismo na constituição humana se colocam como barreiras para a construção de uma Psicologia que transforme a realidade, superando a ideologia neoliberal.

Sob a ótica da Psicologia Histórico-Cultural, a personalidade não é inata ao ser humano, não possui existência própria ou autônoma, mas sim, “[...] é o ser humano pessoalmente implicado em suas relações com a realidade” (DELARI JR., 2020, p. 56). O autor nos esclarece que esse construto tem de ser compreendido como processual – um processo dinâmico-estrutural – que possibilita ao humano as relações de si com os demais, com o mundo e consigo mesmo; em síntese, “a personalidade é social em nós” (VIGOTSKI, 1931/1983a, p. 324; VYGOTSKI, 1931/2000, p. 337 apud DELARI JR., 2020, loc. cit.).

A formação da personalidade é complexa:

[...] os homens se realizam por intermédio da história que constroem, desenvolvendo-se a partir de condições biológicas e sociais. Essas condições representam as bases a partir das quais, ao longo de uma histórica evolução, desenvolve-se, por meio da atividade, o psiquismo humano. A atividade humana, que por sua natureza é consciente, determina nas diversas formas de sua manifestação a formação de capacidades, motivos, finalidades, sentidos, sentimentos etc., enfim engendra um conjunto de processos pelos quais o indivíduo adquire existência psicológica. O estudo desses processos psíquicos nos leva necessariamente ao plano da pessoa, do homem como indivíduo social real: que faz, pensa e sente, e é neste plano que nos deparamos com a personalidade (MARTINS, 2004, p. 84).

Dessa forma, para compreender a personalidade humana, em suas determinações essenciais, é-nos crucial “(...) o estudo de todo o conjunto da estrutura e do desenvolvimento das personalidades humanas reais (...) no âmbito da própria vida e de uma forma global” (SÈVE, 1979, p. 419-420 apud MARTINS, 2004, p. 85). Essa investigação científica envolve, então, disciplinas outras, como sociologia, economia, filosofia, antropologia, psicobiologia e a própria psicologia, sem se delimitar a apenas uma, ação que corrobora o fato de a ciência da personalidade ser uma ciência da vida real.

É importante destacar que, ao compreendermos a personalidade tal qual um construto objetivo, ou seja, aspectos subjetivos intrinsecamente condicionados à realidade material, passamos a uma importante inflexão na maneira de compreender as expressões de sofrimento psíquico: não como derivadas direta e exclusivamente da biologia cerebral e/ou de aspectos psicológicos idealistas, mas sim, como processos interfuncionais, no curso dialético de um outro (processo) mais amplo e complexo, que é a constituição e a expressão da própria personalidade

A personalidade é por nós entendida como forma singular em que as vicissitudes da vida individual, na relação com a materialidade histórico-social, tornam-se apropriações pela/da pessoa, constituem-se naquilo que se chama ‘subjatividade’. À vista disso, asseveramos que o estudo da personalidade pressupõe a apreensão da dialética entre singularidade, particularidade e universalidade, no curso do desenvolvimento, e das expressões da personalidade em sua estrutura dinâmico-funcional. Neste sentido, “[...] a personalidade de cada indivíduo [e podemos pensar, o sofrimento de cada um] não é produzida por ele isoladamente mas, sim, resultado da atividade social e, em certo sentido, não depende da vontade dos indivíduos tomados em separado, mas da trama de relações que se estabelecem entre eles (MARTINS, loc. cit.).

Uma personalidade considerada típica/normal pode ser a da pessoa que, mediante seu trabalho (atividade vital), tem suas mais diversas necessidades atendidas. Tais necessidades vão desde as mais básicas – como o acesso à educação, aos serviços de saúde, à moradia, à alimentação de qualidade e ao lazer – até às mais superiores, como o acesso aos melhores e mais sofisticados produtos do próprio trabalho e do trabalho coletivo, historicamente desenvolvido pelo gênero humano.

Ao considerarmos, porém, que, sob a lógica do capitalismo, tudo se torna mercadoria (MÉSZÁROS, 2006), a classe trabalhadora tem seus direitos tolhidos, principalmente o de se humanizar. Ao vender sua força de trabalho em benefício do capital, o trabalhador e a trabalhadora produzem riquezas, mas não têm acesso ao produto de seu labor (ou o tem, restritamente). Alienados do resultado de seu trabalho, os proletários recebem uma quantidade de dinheiro inferior ao valor real de sua atividade vital, dando corpo às complexas relações de exploração. Essa quantidade em moeda corrente é (ou deveria ser) o suficiente para suprir, ao menos, as necessidades básicas apontadas. Pelas palavras de Almeida (2018), contudo, temos que

Na sociedade capitalista [...] há uma inversão, pois, para garantir minha vida, preciso vender minha **atividade vital**, transformando-a **em um meio de vida**. As características da atividade, inclusive o fato de ter que vendê-la, estão intrinsecamente relacionadas com o psiquismo, inclusive sua desintegração (p. 333, grifo nosso).

Na atual fase de acumulação capitalista (acumulação flexível), nem mesmo as mais básicas necessidades das famílias da classe trabalhadora têm sido atendidas. Diariamente, sabemos do aumento do desemprego (sendo o emprego uma forma deturpada do trabalho, mas

necessária à manutenção deste sistema) e, conseqüentemente, da fome, por exemplo – isso sem considerar as necessidades de consumo criadas e impostas pelo próprio capital. Martins (2005, p. 134 apud ALMEIDA, 2018, p.336, grifo nosso) acentua que “Necessidades não objetivadas são necessidades frustradas, **potencialmente geradoras de sofrimento psíquico**, consequência direta da alienação entre a dimensão objetiva e subjetiva da existência individual”.

Na esteira da perversidade, os processos de apropriação do conhecimento produzido historicamente se tornam débeis, parciais, fragmentados, o que, inevitavelmente, influi na constituição da personalidade. De acordo com Zeigarnik (1978/1981 apud SILVA, 2021, p. 234), inclusive, “[...] qualquer alteração na atividade psíquica interfere na dinâmica da personalidade, sendo necessário estudá-la e evidenciar as peculiaridades psíquicas que foram alteradas”.

Hipotetizamos, assim, que a pessoa em sofrimento psíquico tenha vivenciado, no curso da vida e cumulativamente, um conjunto de fatos, situações e condições, ligadas ao meio social, que se revelaram como mediações insuficientes, quando não prejudiciais, ao desenvolvimento humano, o que ocasionou dificuldades exacerbadas na lida com a realidade e, por conseguinte, restrições no atendimento de suas mais diversas necessidades. Ausências, insuficiências, graves adversidades nas relações sociais de cunho afetivo-cognitivo e de suprimento de necessidades materiais vitais, implicam a produção de estados e atividades psicológicas que revelam as limitações humanas de dar conta de determinadas experiências, sem o devido amparo que deveria ser oferecido em coletividade.

Aprofundemo-nos. Em seus escritos, Leontiev (2021) revela a importância que a atividade possui na formação do psiquismo. Mais além: o autor assevera a estrutura hierárquica de motivos e necessidades, apontando a complexidade das relações de mediação que constitui o psiquismo. Os desenvolvimentos normal e patológico estariam, assim, alicerçados nos mesmos mecanismos psicológicos, porém, devido a condições dessemelhantes, resultariam qualitativamente diversos. Sob o olhar de Zeigarnik (1981, p. 156 apud SILVA, op. cit., p. 235), então, esse postulado de Leontiev assente afirmar que “O material patológico permite estabelecer as leis de modificação da esfera motivacional do homem, as quais conduzem a alteração dos pontos de vista, interesses e valores da personalidade”.

Sendo assim, o sofrimento psíquico representa a ‘superfície’ de determinados processos que se revelam como pressões ao psiquismo, podendo chegar a níveis altamente desintegradores, estagnantes, involutivos e, quiçá, a novas formações da personalidade (tendo como base os sistemas de funções psicológicas) que, do ponto de vista desenvolvimental,

mostram-se aquém do que a pessoa pode vir a ser, tendo como referência o gênero humano. Por sua vez, a desorganização do psiquismo implica alterações na formação da própria personalidade, mediante a “[...] alteração na hierarquia dos motivos, alteração nas formas de percepção, memorização e pensamento, inclusive na construção de significados, entre outros” (ZEIGARNIK, 1979 apud SILVA, loc. cit.).

À vista disso, inquietamo-nos com o fato de que, sob o capitalismo, a atividade humana esteja subordinada à imperativa lógica de acumulação e, para que se efetive essa acumulação, tem de haver quem produza e quem se aproprie do produto. Uma vez que o trabalhador (que produz) se vê apartado (estranhado) do produto do seu trabalho, a hierarquia de motivos de sua atividade é colocada em cheque, sofrendo ‘abalos’. Estabelece-se uma ideologia de que, para (sobre)viver, há de se trabalhar em local determinado, sob certas regras, turnos, etc.

Ponderando, mais uma vez, a atual fase do capitalismo, de acumulação flexível, somada a todos os ataques aos direitos mínimos das trabalhadoras e dos trabalhadores, não é, então, incomum encontrarmos indivíduos explorados quase até a morte e, ainda assim, permanecerem no emprego. A subsistência da expressiva maioria de nossa gente está subjugada a esses mecanismos. Logo, como não sentir insegurança em relação ao futuro e as reais possibilidades de se manter vivo? Como não se ver desanimada(o), incapaz? Como não estar ansiosa(o), mesmo que minimamente?

Tal qual já exposto, a personalidade é o social em nós. A pessoa que vive os processos supramencionados expressa modos particulares de sofrer – de novo, conforme os limites impostos pela vida cotidiana, pelos grupos sociais, sendo o pertencimento de classe, o mais fundante das condições vivenciadas.

À ciência, então, cabe a busca por explicações (e tratamentos) do sofrimento. Devido à sua anuência a interesses de classe, todavia, ela própria, a ciência, responde em concordância à ideologia dominante, o que nos dá pistas para compreender as determinações que impelem a Psiquiatria e a Psicologia a centrarem seus esforços de pesquisa em movimentos da biologia e dos aspectos psicológicos humanos, cujas articulações com a vida social necessitam ser desveladas, mas em geral não o são. Há, sim, como já dito, uma redução dos fenômenos complexos às suas expressões parciais.

Embasados no escrito até aqui e tendo em conta nossa atividade, enquanto pesquisadores, de desnudar as maneiras como a universalidade se expressa concretamente nas singularidades, aludamos ao artigo de Sardinha, Araújo e Nardi (2011). Encaminhamo-nos, de início, às descrições da mulher atendida com diagnóstico de transtorno de pânico (TP):

Paciente feminina de 52 anos relata ataques de pânico desde os 17 anos, iniciados após um período de longa enfermidade seguido de falecimento de sua mãe. A história familiar é positiva para TP por parte de um irmão. Não há registro de outros casos de transtornos psiquiátricos na família. Ao longo de todos esses anos, a paciente experimentava sintomas predominantemente cardiovasculares e respiratórios, como taquicardia, dispneia, aperto no peito e tontura, acompanhados de agorafobia. Nesse período, a paciente submeteu-se a diversos tratamentos psicodinâmicos e medicamentosos com antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos e, nos últimos 24 meses, com uso de escitalopram e alprazolam. Nesses 35 anos de evolução do TP, a paciente alternou momentos de remissão com outros mais graves, com ataques frequentes e significativa perda de qualidade de vida. A agorafobia permaneceu ao longo do tempo. Em decorrência das queixas cardiovasculares, a paciente foi por diversas vezes submetida a investigações cardiovasculares, tendo apenas sido diagnosticado um prolapso da válvula mitral sem insuficiência importante ou degeneração mixomatosa; o sintoma de taquicardia chegou a ser tratado, por aproximadamente 1 ano, com betabloqueador. A paciente apresenta comorbidade com transtorno da ansiedade generalizada (TAG) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (p. 228).

Os responsáveis pela pesquisa citada intentaram usar o treinamento físico intervalado como ferramenta da Terapia Cognitivo-Comportamental para o TP. Conforme Sardinha, Araújo e Nardi (2011), a efetuação intervalada (e supervisionada) dos exercícios aeróbicos implicou a redução da ansiedade relacionada à própria atividade física e à nomeada ansiedade cardíaca⁹⁸ na paciente.

A discussão dos resultados⁹⁹ se concentra em aspectos refratários do pânico na mulher atendida. Defende-se que uma pessoa sedentária apresenta aumento da frequência cardíaca mesmo mediante exercícios físicos de baixa intensidade (como subir escadas). Esse aumento na frequência cardíaca retroalimentaria a taquicardia e os sintomas orgânicos do TP.

Ante a isso, mostram-se inegáveis as possibilidades de melhora da pessoa atendida. De acordo com os pesquisadores,

O treinamento aeróbico intervalar foi pensado como uma maneira de promover habituação da paciente a repetidas variações da FC, ao longo da sessão de exercício. Na medida em que, durante 30 minutos, a paciente foi exposta a aumentos e decréscimos em sua FC, foi possível promover habituação do sistema do medo, o que pode ser constatado pela **redução da ansiedade percebida durante o exercício** (SARDINHA; ARAÚJO; NARDI, 2011, p. 229-230, grifo nosso).

⁹⁸ Pelas palavras dos pesquisadores, denotamos que a ansiedade cardíaca se refere à exacerbada preocupação que o indivíduo possui em relação ao seu sistema cardiovascular. Há o medo desmedido de sofrer um evento cardíaco agudo ou mesmo de desenvolver uma cardiopatia (SARDINHA; ARAÚJO; NARDI, 2011)

⁹⁹ Para mais detalhes desta pesquisa, ver página 76-77 desta dissertação

Isto posto, retomamos nossa contestação primeva: a despeito da evidente importância da redução de sintomas, onde se situa a discussão a respeito da gênese da ansiedade? Por que a pessoa do estudo vivenciou tantos anos de pânico? Qual o lugar da história singular da mulher na raiz de seu sofrimento? Na apresentação do caso, somos informados que a pessoa adoecida começou a manifestar ataques de pânico após um período de doença e o falecimento de sua mãe. Assim sendo, como foi o tratamento dessa patologia? Como se deu o processo de morte materna? Houve acesso aos serviços de saúde? A mulher estava empregada ou recebia algum auxílio financeiro na época? Precipualemente: como todas essas particularidades mediarão o aparecimento de sintomas na singularidade da paciente?

Repetidamente, apontamos a ausência desse debate no artigo abordado (e nas abordagens científicas como um todo). Salientamos, desse modo, que as discussões concernentes às expressões do sofrimento psíquico têm abordado somente aspectos singulares, de maneira abstrata, uma vez que encobrem as dimensões particular e universal do fenômeno, tornando deficitária a argumentação sobre a própria singularidade, que só se concretiza na relação com as outras duas.

Ainda em relação ao pânico, não é incomum acessarmos informações de que os ataques (de pânico) ocorrem inesperadamente. No senso comum, diz-se até que um tipo de alerta cerebral é ‘ligado’ em momentos inoportunos/errados, ocasionando uma crise. Prega-se o ideário de que a química e/ou a estrutura neurológica se encontra em desequilíbrio, pouco havendo de determinação social no processo. Mais uma vez: toma-se a aparência como essência do sofrimento.

Por isso nosso intuito de trazer ao campo de discussão o conceito de personalidade (que não é inata e, na mesma direção, não se desenvolve em sentido maturacional, como instância biológica) e o da dialética singular-particular-universal (que pode ser compreendida como o ‘caminho’ de formação e transformação, não lineares, da personalidade da pessoa), a fim de construirmos reflexões que apontem caminhos de compreensão da gênese do sofrimento psíquico expresso, e categorizado pela Psiquiatria, como quadros de ansiedade patológica.

No caso da paciente estudada por Sardinha, Araújo e Nardi (2011) – e em todos os demais –, “[...] é preciso apreender o caráter específico de um determinado fenômeno [neste caso, a pessoa em sofrimento psíquico], mas o específico só terá valor científico se captado em sua unidade dialética com o universal (POLITZER; BESSE; CAVEING, 1954 apud PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 364). No artigo, supramencionado, a mulher com TP e

agorafobia passou pelo condicionamento interoceptivo¹⁰⁰. Sendo assim, as sensações iniciais de ansiedade promoveriam novos ataques de pânico, sem a mediação cognitiva. Nessa direção, a dimensão cognitiva, o pensamento, aparece descolada da realidade social, apenas significando a interpretação que o indivíduo realiza sobre as suas manifestações somáticas.

Como entendemos, desde a Psicologia Histórico-Cultural, que a pessoa em sofrimento psíquico se constitui tal qual uma unidade dos contrários – expressando, por isso, a intervinculação/tensão dialética entre singular e universal, específico e geral –, afirmamos que o pensamento da mulher em questão é mediado pelas particularidades que a circundam (a identidade de gênero, a faixa etária, a região da moradia, o pertencimento de classe, sob a teia de relações capitalistas). Por intermédio de sua mediação, a particularidade condiciona o modo de ser do singular¹⁰¹ (OLIVEIRA, 2005). No caso estudado, então, as particularidades com as quais a mulher se relaciona condicionam o seu modo singular de sofrer (manifestando sintomas de pânico, agorafobia e possíveis correlatos neuroquímicos). Desse modo, podemos “[...] compreender como se dá a concretização da universalidade na singularidade” (PASQUALINI; MARTINS, op. cit., p. 366).

Almeida (2018) nos coloca que “Na medida em que a produção da humanidade dos sentidos está subordinada à propriedade privada e à reprodução do capital, a vida vai se esvaziando de sentido” (p. 131). Sendo assim, esse esvaziamento pode ser singularizado, na pessoa, mediante sintomas como os supramencionados, além da sensação de incapacidade, medo, desânimo. Considerando, para além, que a atividade é fundante do desenvolvimento humano, e que a pessoa com ansiedade relata uma ‘aceleração’ no pensamento, a atividade acaba seguindo a mesma efemeridade, tornando-se desorganizada e implicando relações fraturadas do indivíduo consigo mesmo e com o mundo.

Nesta direção, reforçamos a problemática dos manuais descritivos do sofrimento psíquico. Ter um transtorno de ansiedade pode aproximar pessoas devido às superficiais semelhanças (por exemplo: taquicardia, medo exacerbado e pensamentos acelerados). Entretanto, junto a essa aproximação, estabelece-se também o afastamento, a diferenciação.

O processo que culmina na expressão da universalidade numa dada singularidade jamais será igual entre as pessoas, haja vista que “No processo de interiorização não há um mero deslocamento da atividade exterior para um plano preexistente da consciência, mas é um

¹⁰⁰ Para consultar a definição desses termos, ir à página 106 desta dissertação.

¹⁰¹ Vale pontuar que “[...] o condicionamento da particularidade sobre a singularidade não é linear e determinístico. É justamente isso que explica a diversidade de expressões singulares do fenômeno” (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 367).

processo pelo qual a consciência vai se formando (LEONTIEV, 1978b apud ALMEIDA, 2018, p. 129). Ora, como então classificar a ansiedade em onze subtipos de transtorno, submetendo a pessoa em sofrimento ao ‘encaixe’ em um ou mais desses transtornos, administrando o mesmo psicofármaco para centenas de milhares de indivíduos singulares?

As crises do capitalismo (isto é, da universalidade) não se materializam senão nas pessoas, nos indivíduos singulares. Naturalizar essas crises, mais uma vez, configura-se em uma concepção universalizada da particularidade – por exemplo, a tendência de afirmar que os problemas enfrentados pelas pessoas idosas se devem tão somente ao fator da idade. As pessoas que sofrem psiquicamente têm seu desenvolvimento obstaculizado sob a cultura (do capital) que estabelece um tipo ‘normal’ de sujeito – que produz e reproduz no/para o sistema –, colocando à margem todos os que se desviam dessa suposta normalidade.

Apesar de alguns avanços significativos em algumas dessas áreas que impulsionam o desenvolvimento de capacidades e habilidades por vias colaterais [...], sobressaem ainda os obstáculos e limites impostos ao desenvolvimento dessas pessoas. Não é nada desprezível o fato de que o desenvolvimento das pessoas em nossa sociedade seja travancado pela alienação e que para quem apresenta necessidades e dificuldades distintas da maioria das pessoas, o desenvolvimento fica ainda mais obstaculizado (ALMEIDA, op. cit. p. 130).

O homem é um ser singular-particular-universal. Nossa vivência, incluída a do sofrimento psíquico, só pode se materializar (e ser compreendida) por intermédio da unidade psicofisiológica, expostos os seus nexos causais na relação com a totalidade social. Enquanto não aprendermos o indivíduo que sofre desde a sua totalidade, manter-nos-emos vinculados a pressupostos científicos fundados na superficialidade da vida humana. Fazendo isso, incorremos no desacerto de compreender a personalidade da pessoa tal qual um atributo orgânico e/ou idealista, que se desenvolve à espera de estímulos de um determinado meio circundante. Assim, qualquer que seja o adoecimento psíquico apresentado, sua causa se deverá a desarranjos na personalidade da pessoa que sofre, mas sem relação com a sua formação social – ou, quando muito, imbricados com fatores sociais isolados. Na mesma direção, seguirão as supostas explicações da ansiedade, fundadas em descrições daquilo que se apresenta de imediato.

A sociedade capitalista, e os meios de sociabilidade a ela relacionados, é produtora de adoecimento. Ao mesmo tempo em que se propaga o avanço científico relacionado aos tratamentos para a ansiedade, mais centenas de milhares de pessoas recebem diagnósticos de

transtornos mundo afora. Coloca-se a retroalimentação do sistema que busca a acumulação incessantemente e que, por isso, lança mão de estratégias que subordinam as pessoas às mais precárias condições de existência, tolhidas de direitos fundamentais, conquistados com muita luta.

Alienado do produto de seu trabalho, o homem vê sua existência sem sentido. O processo de humanização se torna atravancado. O trabalho significa a atividade vital pela qual o homem transforma a natureza e a si mesmo e se relaciona com seus pares, internalizando significados sociais e elaborando sentidos pessoais. Ao se tornar um mero instrumento de sobrevivência, que precisa ser vendido aos donos dos meios de produção, porém, o trabalho passa a representar um mero reprodutor do sistema de exploração. Neste ponto podem estar os elementos mais gerais da causalidade dos transtornos de ansiedade, que acabam sendo velados frente à tomada da aparência como essência do fenômeno pela ciência hegemônica e o modelo biomédico.

No caminho inverso, e fundados no materialismo histórico-dialético, defendemos a necessidade de apreender o real – o que se nos mostra na imediaticidade (neste caso, os sintomas e o relato da pessoa com ansiedade) –, partindo desse concreto real, caótico (que, ao mesmo tempo em que revela algumas particularidades do fenômeno, encobre outras), abstraindo suas manifestações aparentes (mas, claro, com a preocupação de lidar com os sintomas acirrados no indivíduo atendido), com vistas à construção do concreto pensado, elaborado por meio da análise do profissional/pesquisador junto à pessoa em sofrimento.

Ante a isso, coletivamente, vão se concretizando estratégias que nos possibilitam, além da compreensão radical da ansiedade, caminhos de superação do capitalismo, que, desde sua raiz, fomenta adoecimento, pela predominância do desgaste sobre a recomposição da unidade biopsíquica/psicofísica.

Pelo exposto até aqui, reconhecemos que a transformação da realidade não constitui tarefa incompleta, efêmera ou mesmo individual. Destruir valores morais e sofisticadas ideologias pressupõe a organização da classe trabalhadora – e, aproximando-nos disso, a Psicologia deve auxiliar no processo. É justamente por intermédio de uma práxis fundada no materialismo histórico-dialético que podemos construir a superação da sociabilidade capitalista, produtora radical do sofrimento psíquico estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decidirmos nos dedicar à construção de reflexões/problematizações acerca das concepções hegemônicas a respeito do sofrimento psíquico denominado, sobretudo pela Psiquiatria, como ansiedade patológica (e seus transtornos), imaginávamos alguns desafios que se colocariam pelo percurso. Todavia, os percalços foram em maior quantidade.

Após a finalização do ciclo de disciplinas obrigatórias do mestrado, em 2019, nosso plano consistia em dar seguimento à pesquisa, de maneira aprofundada, também com a ideia de encontrar pessoalmente a orientadora deste trabalho, que reside no interior do Mato Grosso do Sul. Em março de 2020, porém, o mundo, já imerso no caos do capitalismo, passou a vivenciar a pandemia de SARS-Cov-2 e o necessário isolamento social.

O trabalho, mais do que nunca, invadiu a casa de todas e todos nós. Os horários de lazer foram reduzidos a quase zero, paralelamente ao aumento exponencial de atividades à distância, exigindo-nos maneiras de nos adaptar à nova realidade – muitos, sem qualquer respaldo das instituições às quais estavam/estão vinculados.

O Covid-19 e suas possibilidades de efeitos deletérios ainda não foram totalmente apreendidos pela ciência, a despeito do esforço incomensurável de toda a comunidade científica. Temos vacina para uma considerável parcela da população mundial, mesmo que a pesquisa venha sendo covardemente desacreditada e desinvestida financeiramente. No Brasil, até o encerramento desta dissertação, mais de 620 mil vidas foram prematuramente ceifadas devido à ineficiência dos governantes, sobremaneira da esfera federal, em lidar com o problema de saúde. Por isso, não passamos incólumes.

Familiares, amigos e nós mesmos fomos contaminados pelo vírus. Perdemos pessoas próximas. As universidades precisaram ser fechadas e isso acabou por dificultar nosso acesso a alguns materiais junto ao impedimento das trocas acadêmicas entre nossos pares. Nosso sofrimento foi exacerbado e precisamos lidar com isso.

No que concerne especificamente ao nosso objeto de estudo, denotamos uma escassez de trabalhos que versassem sobre a ansiedade desde a perspectiva do materialismo dialético, ainda que existam escritos a respeito do sofrimento psíquico sob os pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, ambas assentadas no supracitado método, fontes largamente utilizadas no presente estudo.

Por se tratar de um trabalho teórico-conceitual desbravador no campo especificado, reconhecemos suas limitações. Houve pontos que suscitaram nosso interesse de investigação,

mas não nos foi possível dar seguimento devido às condições materiais existentes – uma delas, o tempo de duração dos estudos de mestrado no Brasil. À vista disso, tencionamos apontar diretrizes de análise para futuros trabalhos, inclusive empíricos.

É imprescindível que os profissionais que lidam, direta ou indiretamente, com pessoas em sofrimento psíquico recuperem o conceito de **totalidade**. Seja na pesquisa ou nas intervenções diretas (como atendimentos clínicos), precisamos compreender o indivíduo desde sua unidade biopsíquica na relação com a totalidade social. Não há ansiedade que nasça e se encerre na biologia cerebral da pessoa que manifesta sintomas.

Ao **ponderar as determinações sociais do sofrimento psíquico**, devemos evitar confundi-las com a ideia de determinantes sociais. Como já asseverado, esse último modelo, que se propõe explicativo, fragmenta a realidade e coloca a dimensão social, os ‘fatores sociais’, em pé de igualdade com ‘fatores biológicos’ e/ou ‘psicológicos’, que, de fato, não existem como dimensões autônomas e que, se não interpretados articuladamente, configuram uma apreensão da superficialidade do fenômeno.

Nesta direção, reforçamos que o ato de descrever um fenômeno, detalhando-o, faz parte do exercício de explicá-lo, mas estes não devem ser tomados como iguais. **Explicar** a ansiedade, então, **significa superar sua aparência fenomênica**, sintomática, **com vistas a extrair sua raiz genética, originária, etiológica**. Isso não quer dizer, de modo algum, que neguemos a experiência extremamente desconfortável da ansiedade e que, em alguma medida, medicamentos e práticas psicoterapêuticas podem fomentar melhora naquela e naquele que sofrem. Todavia, não podemos, enquanto profissionais e pesquisadores, encerrarmos nossos esforços nessa dimensão. É preciso conhecer para tentar resistir e combater a causalidade histórico-social do sofrimento de uma coletividade em dado momento histórico.

O fato de deprendermos, desde a análise do DSM e dos artigos reunidos pela revisão, que as mulheres, de modo aparente, sofrem psiquicamente como mais ansiosas que os homens, não pode ser explicado tão somente pelas características individuais e/ou pelos chamados determinantes sociais isolados. A literatura científica admite, já há algum tempo, que as pessoas do sexo feminino costumam procurar auxílio médico em maior proporção, o que possibilitaria um maior volume de diagnóstico nesse grupo.

Para além e principalmente: a sociedade capitalista, desde os seus primórdios, inflige às mulheres a responsabilidade da reprodução da força de trabalho – parindo e mantendo os filhos até que eles também sejam subjugados à lógica da exploração. Internalizada como natural, essa ideologia implica pressões, desgastes, sobrecargas – portanto, possíveis sofrimentos a elas – e

qualquer explicação desse processo que negue a materialidade está fadada ao reconhecimento de deficitária e mantenedora das atuais formas de divisão social do trabalho, de reprodução biológica e social, além da sociabilidade, baseadas na exploração.

Ante o supracitado, aludimos à Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e à Psicologia Histórico-Cultural, considerando que, ambas embasadas no método marxista, fornecem-nos subsídios para a superação da imediaticidade que recai sobre as explicações dos transtornos de ansiedade, com vistas à análise da pessoa em sofrimento. Especificamente, recorreremos à dialética singular-particular-universal, certos de que ela se constitui como um princípio metodológico que nos permite captar a totalidade do indivíduo que adoece.

Para futuros estudos, tencionamos dialogar, ainda, no sentido de questionar: seria a extensão e a intensificação da ansiedade um indicativo de emergência socialmente determinada de um tipo de ‘resposta’ da unidade biopsíquica na forma de um ‘estereótipo de adaptação’? Nossa hipótese é que, nos processos ansiosos, não há, pelo menos como ponto inicial, uma desagregação das funções psíquicas, mas, de fato, a expressão de uma falsa adaptação, ou um esforço extenuante de adaptação pelo sofrimento, ou seja, na realidade, uma ‘não-adaptação’, ou desadaptação, a esses modos de vida limitados pelo capital. Almeida (2018, p. 336) diz que, para Basaglia e Basaglia (1979/2005) “[...] o sofrimento advém de um desencontro entre as necessidades antagônicas do grupo social dominante e do indivíduo, cuja **subjetividade reage e recusa o espaço restrito que lhe é concedido**”. Talvez, um estudo com pessoas que manifestam a chamada ansiedade patológica consiga elucidar aspectos sobre essa hipótese.

Outro ponto que carece de elucidação e, por isso, sugerimos ser tema de futuras investigações, encontra-se no fato de a ansiedade (e seus transtornos) vir sendo estudada majoritariamente na relação com outras formas de adoecimento, sobretudo de ordem orgânica/biológica. Há de se compreender a baixa quantidade de artigos dedicados ao estudo da ansiedade na população geral como um processo de saúde-doença relevante em si, e não somente ao se manifestar-se em situações de diagnóstico e tratamento de outras doenças.

Para terminar (sem esgotar a discussão), retomamos alguns dos questionamentos apresentados na introdução desta dissertação, desta vez, enumerando-os e elencando algumas considerações possíveis e/ou direcionamentos para futuras pesquisas.

1) O que explica o fato de algumas pessoas experienciarem momentos de extrema ansiedade e conseguirem, em certa medida, superá-los, e outras não? Hipotetizamos que isso se deva à quantidade e, principalmente, à qualidade das mediações (acessadas na vida social e, por

vezes, compensatórias) pelas quais foram constituídas, e seguem se modificando, as funções psicológicas superiores das pessoas. Em outras palavras: o sistema atividade-consciência-personalidade se desenvolve contínua e dialeticamente, podendo abarcar períodos de estagnação e retrocesso. Nesses períodos, pode haver alterações interfuncionais e na própria hierarquia de funções – em pessoas com ansiedade, por exemplo, notamos o predomínio de algumas emoções, como medo, e pensamentos fatalistas. Logo, acessar mediações de suporte, de compensação, via novos instrumentos psicológicos, e mesmo recursos educacionais, terapêuticos e culturais (sociocomunitários, em geral), pode promover saltos qualitativos na reorganização da personalidade, a tempo de não se configurar uma agudização e/ou cronificação das vivências de ansiedade, diminuindo seus prejudiciais desdobramentos. A quantidade e a qualidade dessas mediações estão subordinadas ao pertencimento de classe, bem como à intersecção com gênero, cor/etnia, faixa etária, além de (as mediações) se produzirem como parte das experiências e vivências singulares, que conformam as histórias de vida, únicas e irrepetíveis.

2) O que propicia qual ‘tipo’ de transtorno de ansiedade se manifestará no indivíduo? Preliminarmente, faz-se necessário relativizarmos a noção de ‘tipos’/quadros de transtornos (neste caso, relacionados à ansiedade). Essa concepção, notadamente ancorada nos sistemas classificatórios, cujos critérios são historicamente convencionados, não expressa as vivências singulares/distintas das pessoas. Exemplificamos: um mesmo indivíduo, diagnosticado com transtorno de pânico por determinado profissional, pode vivenciar situações que, a depender das perguntas realizadas em outro momento e/ou por profissional distinto, coloque-o sob a designação de pessoa com transtorno de ansiedade generalizada e não transtorno de pânico. Outro ponto da discussão se refere à base sociocultural das experiências. Desenvolver ‘fobia de avião’ (uma fobia específica, conforme o DSM-5) tenderia a acontecer com pessoas que residem em área longínqua de aeroportos e que nunca tenham entrado, ou imaginado entrar, em uma aeronave? Caso essa mesma pessoa, em situação idêntica à mencionada, seja filha de pais com fobia de avião, teria ela ‘predisposição’ genética (ou mesmo de outra ordem) ao tipo de fobia do qual estamos tratando?

A despeito de ainda não possuímos respostas acabadas concernentes ao assunto, asseveramos que os questionamentos apresentados podem orientar futuros estudos, que busquem identificar possíveis regularidades – se haveria algum grau de generalização admissível – entre as pessoas experienciarem situações adversas, associadamente à baixa ou ausente qualidade de mediações encontradas, e virem a se manifestar, na dinâmica de sua

personalidade, determinadas alterações assemelhadas (em termos de emoções, pensamentos e condutas, incluindo a estrutura e a dinâmica das funções psicológicas, bem como a atividade complexa como um todo).

Desta feita, uma linha de pesquisa empírica pode avançar em direção a melhores respostas para as perguntas colocadas. Investigações que identifiquem, nas histórias de vida de pessoas com quadros importantes de sofrimento, em que se destaque a ansiedade, se há recorrências entre certos fatos/situações/condições sociais; em quais momentos do desenvolvimento; com quais tipos ou ausências de mediações; e se, coincidentemente a isso, ocorrem modificações interfuncionais ao nível da personalidade-atividade.

Por intermédio desta dissertação, que significa um trabalho inicial, esperamos que outros pesquisadores, desde o método vigotskiano, embasado no materialismo histórico-dialético, partam do mais complexo para entender o menos complexo, isto é, daquilo considerado como desenvolvimento típico de uma pessoa, com base no potencial do gênero humano, para tentar compreender as origens do que foge ao alcance do universal/gênero humano, pelo indivíduo singular. Há de se entender a gênese social da ansiedade, buscando as evidências concretas das mediações pelas quais se dá a relação mais estreita entre os constrangimentos gerais a que estão expostas as famílias da classe trabalhadora e seus adoecimentos e sofrimentos – sobretudo, aclarando quais os possíveis desdobramentos, a médio e longo prazo, das experiências de ansiedade em termos de desagregação do psiquismo e da atividade.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M. B. C; CABRAL, M. S. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 3-10, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100002>
- ABREU C. N.; KARAM, R. G.; GÓES D. S.; SPRITZER, D.T. Dependência de internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 30, n. 2, p. 156-67, 2008. DOI: 10.1590/S1516-44462008000200014
- AFFONSO, R. Quanto pagamos de imposto? *Lua Nova: Revista de Cultura e Política [online]*, v. 2, n. 1, p. 81-83, 1985. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451985000200020>
- AITA, E. B.; TULESKI, S. C. O desenvolvimento da Consciência e das Funções Psicológicas Superiores sob a luz da Psicologia Histórico-Cultural. *Perspec. Dial.: Rev. Educ. e Soc.*, v. 4, n. 7, 97-111, 2017.
- ALEGRE, L. Brasil é o país mais ansioso do mundo. **Jornal da USP**, USP, São Paulo, 29 jul. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-e-o-pais-mais-ansioso-do-mundo/>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- ALMEIDA, S. H. V.; SILVA, F. G.; BERENCHTEIN NETTO, N. Princípios para uma Psicopatologia Histórico-Cultural. In: IX Encontro Regional São Paulo e VIII Encontro de Psicologia Social Comunitária - ABRAPSO Núcleo Bauru - Balanço de uma luta! História e Devir. **Anais...** v. 1. Bauru-SP, 2008. p. 146-147.
- ALMEIDA, P. A.; SILVA, P. M. C.; ESPÍNOLA, L. L.; AZEVEDO, E. B.; FILHA, M. O. F. Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbicos-ansiosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 4, p. 528-534, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400010>
- ALMEIDA, M. R.; BELLENZANI, R; SCHÜHLI, V. M. A Dialética Singular-Particular-Universal do Sofrimento Psíquico: Articulações entre a Psicologia Histórico-Cultural e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. In. TULESKI, S. C.; FRANCO; A. F.; CALVE, T. M. (Org.). **Materialismo Histórico-Dialético e Psicologia Histórico-Cultural**: Expressões da Luta de Classes no Interior do Capitalismo. Paranaíba: EduFatecie, 2020.
- ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor**. 415 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.
- _____. Psicopatologia e psicologia sócio-histórica: notas preliminares. In: V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo, Curitiba. **Anais...**, 2011, Florianópolis, 2011.
- ALMEIDA, S. H. V.; SILVA, F. G.; BERENCHTEIN NETTO, N. Princípios para uma Psicopatologia Histórico-Cultural. In: IX Encontro Regional São Paulo e VIII Encontro de Psicologia Social Comunitária - ABRAPSO Núcleo Bauru - Balanço de uma luta! História e Devir. **Anais...** v. 1. Bauru-SP, 2008. p. 146-147.

ALVARENGA, M. A. S.; FLORES-MENDOZA, C. E.; GONTIJO, D. F. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 58, n. 4, p. 258-266, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000400007>

ALVES, N. T.; RODRIGUES, M. R.; SOUZA, I. B.M. B.; SOUSA, J. P. M. Ansiedade social e atribuição de emoções a faces neutras. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 17, n.1, p. 129-134, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100016>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 1952.

_____ **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2. ed. 1968.

_____ **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. 1980.

_____ **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**. 4. ed. 1994.

_____ **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4.ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

_____ **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry [online]*, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000. DOI: [10.1590/S1516-44462000000300003](https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003).

ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 3, p. 467-476, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300006>

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>

BANDEIRA, M. B.; ANDRADE, M. C. R.; COSTA, C. S.; SILVA, M. A. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicol. Reflex. Crít.*, v. 24, n. 2, p. 236-44, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200004>

BARROCO, S. M. S.; TULESKI, S. C. Vigotski: o homem cultural e seus processos criativos. *Psicol. Educ.*, n. 24, p. 15-33, 2007.

BASTOS, J. **Determinação social do processo saúde-doença**: conceito para uma nova prática em saúde. COES em movimento. Revista da Coordenação de Educação em Saúde – DENEM. 33p. 2013.

BELLENZANI, R.; SOUZA, L. S. A hegemonia do modelo biomédico na psicopatologia e sua funcionalidade no capitalismo. In. _____; CARVALHO, B. P. (Org.). **Psicologia Histórico-Cultural na Universidade: Pesquisas Implicadas**. Campo Grande – MS: Ed. UFMS, 2021. p. 253-304.

BENJAMIN, C. L.; O'NEIL, K. A.; CRAWLEY, S. A.; BEIDAS, R. S.; COLES, M.; KENDALL, P. C. Padrões e preditores de unidades subjetivas de angústia em jovens ansiosos. *Psicoterapia comportamental e cognitiva*, v. 38, n. 4, p. 497–504, 2010. DOI: 10.1017/S1352465810000287

BERENCHTEIN NETTO, N. – **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. 168 f. (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia social. Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, 2007.

BERNARDES, M. E. M. O Método de Investigação na Psicologia Histórico-Cultural e a Pesquisa sobre o Psiquismo Humano. *Psicologia Política*, v. 10, n. 20, p. 297-313, 2010.

BLASHFIELD, R. K. **The classification of psychopathology: Neo-Kraepelinian and quantitative approaches**. Nova Iorque: Plenum Press, 1984.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*, v. 16, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. Tradução: OLIVEIRA, L. R. et al. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista – Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: HUCITEC, 1991.

BREILH, J. Entrevista: Jaime Breilh. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2015. Entrevista concedida a Angélica Ferreira Fonseca. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>

BUENO, S. **Dicionário Global Escolar Silveira Bueno da Língua Portuguesa**. 3. ed. São Paulo: Global, 2009.

CÂMARA, F. P.; CÂMARA, L. C. P. Filosofia da Psiquiatria. II – A Crise do DSM e o Paradigma Translacional. *Psychiatry on line Brasil*, v. 22, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano17/cpc0417.php>. Acesso em: 29 nov. 2020.

CARVALHO, F. L. Síndrome do pânico, uma psicopatologia contemporânea. 2011.34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria) – Universidade Estácio de Sá, Recife, 2011.

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. **Memória da Loucura**. Influências: Emil Kraepelin (1855-1926). Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/kraepelin.html>. Acesso em: 19 fev. 2021.

CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade [online]*, n. 118, p. 239-264, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000200003>.

CERTAL, C.; OLIVEIRA, C. Intervenção psicoterapêutica HBM: o impacto do modelo na perturbação de pânico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 19, n. 3, p. 653-668, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190315>

CISNE, M. Feminismo e consciência de classe no Brasil. São Paulo: Cortez, 2014.

CONTATORE, O.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>

COSTA, C. O.; BRANCO, J. C.; VIEIRA, I. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 2, p. 92-100, 2019.

DELARI JR., A. **Consciência e Linguagem em Vigotski**: aproximações ao debate sobre a subjetividade. 2000. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

DELARI JR., A. Gênese social da personalidade na visão de Vigotski: aproximação indireta à “educação estética”. In: Abreu, F. S.; Gonçalves, A. C.; Pederiva, P. L. (Orgs.) **Educação estética**: a arte como atividade educativa. São Carlos: Pedro & João, 2020, p. 53-74.

DELARI JR., A. Personalidade e sofrimento psíquico: compilação de citações com breves comentários. In: “**Estação Mir**” Arquivos digitais, 2017. 22 p.

DERBLI, M. Uma breve história das revisões do DSM. Reportagem: 10/03/2011. *Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. Disponível em: <https://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=64&id=815>. Acesso em: 09 mar. 2021.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Tradução: Leandro Konder – 3ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]*, v. 31, n. 3, p. 349-353, 2015. DOI: 10.1590/0102-37722015032072349353.

FERNANDES, C. O.; BERENCHTEIN NETO, N.; SANTIAGO, N. V. Os fenômenos da patologização e medicalização da saúde mental: aproximações desde o marxismo. In: BELLENZANI, R.; CARVALHO, B. P. (Org.). **Psicologia Histórico-Cultural na Universidade**. Pesquisas Implicadas. 1ª Ed. Campo Grande-MS: UFMS, 2021. 305-344.

- FERNANDES, M. A.; MENESES, R. T.; FRANCO, S. L. G.; SILVA, J.S.; FEITOSA, C. D. A. Transtornos de Ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório em saúde mental. *Revista de Enfermagem (UFPR On Line)*, v. 11, n. 10, 3836-3844, 2017. DOI: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201718
- FERREIRA, J. P. B.; BELLENZANI, R. Psicoterapia na Perspectiva Histórico-Cultural: Análise de três propostas teórico-metodológicas. In: BELLENZANI, R.; CARVALHO, B. P. (Org.). **Psicologia Histórico-Cultural na Universidade**. Pesquisas Implicadas. 1ª Ed. Campo Grande-MS: UFMS, 2021.p. 345-411.
- FORNI-SANTOS, L.; OSÓRIO, F. L.; LOUREIRO, S. R.; HALLAK, J. E. C.; CRIPPA, J. A. S. Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade? *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 38, n. 6, p. 238-246, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600005>
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). DATA FOLHA – Instituto de Pesquisas. **A vitimização de mulheres no Brasil**. 3.ed. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2022.
- FRANCES, A. **Voltando ao normal**. Trad. Heitor M. Correa. Rio de Janeiro: Graal, 2016.
- FREITAS; F. P.; AMARANTE, P. D. C. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Voltando ao normal: uma crítica à redução dos espaços de normalidade no mundo**. 2016. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/454>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- FURTADO, M. **Especialista em Enem, Mateus Prado fala que seleção é injusta e dá dicas para se dar bem**. 2017. Disponível em: <https://www.oitomeia.com.br/noticias/2017/02/06/especialista-em-enem-mateus-prado-fala-que-selecao-e-injusta-e-da-dicas-para-se-dar-bem/>. Acesso em: 13 dez. 2021.
- GARCIA, V. A.; BOLSONI-SILVA, A. T.; NOBILE, G. F. G. A Interação Terapêutica em Intervenções com Universitários com Transtorno de Ansiedade Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 4, p. 1089-1105, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000842014>
- G1 EDUCAÇÃO. **Ministro da Educação defende que universidade seja ‘para poucos’**. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2021/08/10/ministro-da-educacao-defende-que-universidade-seja-para-poucos.ghtml>. Acesso em: 13 dez. 2021
- HONDA, R. W. **Transtorno de pânico: uma abordagem homeopática**. Relato de caso. 2020. 45f. Monografia (Curso de Pós-graduação em Homeopatia) – ALPHA / APH, São Paulo, 2020.
- HOUTS, A. C. Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 war department technical bulletin, Medical 203. *Journal of Clinical Psychology*, v. 56, n. 7, p. 935-967, 2000.
- INSS. Instituto Nacional de Seguridade Social. Acompanhamento Mensal do Benefício Auxílio-Doença Previdenciário Concedido Segundo os Códigos da CID-10 - Janeiro a Dezembro de 2019. 2020. Disponível em:

http://sa.previdencia.gov.br/site/2020/03/Acompanhamento-Mensal_Auxilio-Doenca-Previdenciario_2019_completo_CID-10.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). **Atlas da Violência**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/08/atlas-violencia-2021-infografico-v4.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2022.

KING, A. L. S.; VALENÇA, A. M.; MELO-NETO, V. L.; NARDI, A. E. A importância do foco da terapia Cognitivo-Comportamental direcionada às sensações corporais no transtorno de pânico: Relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 4, p. 191-195, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000400005>

KING, A. L. S.; VALENÇA, A. M.; SILVA, A. C. O.; SARDINHA, A.; LEVITAN, M. N.; NARDI, A. E. Terapia cognitivo-comportamental: A preparação do paciente com transtorno de pânico para as exposições agorafóbicas interoceptivas e in vivo. *Análise Psicológica*, v. 29, n. 3, p.439-449, 2011. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.72>

KING, A. L. S.; VALENÇA, A. M.; SIMÕES NETO, J. P.; NARDI, A. E.; SILVA, A. C. O. Subtipo respiratório versus não respiratório no transtorno de pânico com agorafobia: avaliação com terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 1, p. 41-47, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000100006>

KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LANE, S. **Silvia Lane Estilo em Movimento**. Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=J-uh19AP9kk>. Acesso em: 10 out. 2021. 32:12.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, A. C. Primeira parte. In: _____. LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 20-144

LEONTIEV, A.N. **Atividade. Consciência. Personalidade**. Tradução de: MARQUES, P. Bauru-SP: Miriveja, 2021.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; PAOLIELLO, G.; VIEIRA, R. M.; MARTINS, C. M.; MOTA NETO, J. I. S.; FERRÃO, Y.; SCHIRMER, D. A.; BOLPE, F. M. The Portuguese version of the Clinical Global Impression - Schizophrenia Scale: validation study. *Brazilian Journal of Psychiatry [online]*, v. 29, n. 3, p. 246-249, 2007. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000047

LOURENCO, C. M. E.; ENGELBRECHT, M. R. O modo de produção capitalista e as novas formas de requisições do trabalho. In: **II SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS**, 23 a 25 de outubro de 2017, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Anais... Florianópolis: RIUFSC, 2017. p. 1-10. ISBN: 978-85-64093-50-8

LOVATTO, A. Heleieth Saffioti e o pioneirismo nos estudos do feminismo no Brasil. *Novos Rumos*, v. 55, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.36311/0102-5864.2018.v55n1.09.p166>

MACHADO, M. B.; IGNÁCIO, Z. M.; JORNADA, L. K.; RÉUS, G. Z.; ABELAIRA, H. M.; ARENT, C. O.; SCHWALM, M. T.; CERETTA, R. A.; CERETTA, L. B.; QUEVEDO, J. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 1, p. 28-35, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>

MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 59f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2002.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. *R. Interdisc. INTERthesis*, v. 16, n. 1, p. 74-91, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>

MARTINHAGO, F. **Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância**. 300f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico-dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In: 29ª REUNIÃO ANUAL DA ANPED, p. 1-17, 2006, Caxambu-MG. **EDUCAÇÃO, CULTURA E CONHECIMENTO NA CONTEMPORANEIDADE: Desafios e Compromissos** Disponível em: <http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT17-2042--Int.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021

_____. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia e educação. In: FRANCO; A. F.; TULESKI, S. C.; MENDONÇA, F. W. (Org.). **Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença**. Goiânia-GO: Editora Phillos, 2020. p. 32-51.

_____. A natureza histórico-social da personalidade. *Cad. Cedes*, v. 24, n. 62, p. 82-99, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622004000100006>

MARTINS, L. M.; LAVOURA, T. N. Materialismo histórico-dialético: contributos para a investigação em educação. *Educar em Revista [online]*, v. 34, n. 71, p. 223-239, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.59428>

MARX, K. Introdução. In: _____. **Para a crítica da economia política**; Salário, preço e lucro; O rendimento e suas fontes: a economia vulgar. São Paulo: Abril Cultural, 1859/1982. p.3-21. (Os economistas).

MATOS, E. G. et al. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Rev. Psiquiatr. RS*, v. 27, n. 3, p. 312-318, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>

MEDEIROS, P. B. Divisão sócio sexual do trabalho: naturalizações sociais como estratégia de minimização do Estado. *Temporalis*, n. 40, p. 215-232, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2020v20n40p215-232>

MÉSZÁROS, I. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MILANO, G. D.; SILVA, G. L. R.; ALMEIDA, M. R. Impactos da violência de gênero na produção da subjetividade de mulheres: contribuições da psicologia histórico-cultural. In: BELLENZANI, R; CARVALHO, B. P. (Org.). **Psicologia Histórico-Cultural na Universidade**: Pesquisas Implicadas. Campo Grande – MS: Ed. UFMS, 2021. p. 125-162

MIRANDA, F. P.; CREPALDI, A. M.; ALMEIDA, F. F.; CHENIAUX, E.; NARDI, A. E.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CRUZ, A. P. M.; SOUZA, W. C. Percepção de dor aguda em pacientes com transtorno de pânico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 4, p. 781-787, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400019>

MONTIEL, J. M.; BARTHOLOMEU, D.; GARCIA CAPITÃO, C.; COUTO SANTOS, G. Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. *Liberabit*, v. 20, n. 2, p. 239-249, 2014.

MOROMIZATO, M. S.; FERREIRA, D. B. B.; SOUZA, L. S. M.; LEITE, R. F.; MACEDO, F. N.; PIMENTEL, D. O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Índícios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 4, p. 497-504, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160118>

MOTTA, I. C. M.; SOARES, R. C. M.; BELMONTE, T. S. A. Uma Investigação sobre Disfunções Familiares em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 47-56, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180276>

OLIVA, M. P. EL PAÍS – **Sociedade**. “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. Catedrático emérito da Universidade Duke comandou a redação da ‘bíblia’ dos psiquiatras. 2014. Disponível em:

https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html. Acesso em: 11 mar. 2021.

OLIVATI, A. G.; LEITE, L. P. Experiências Acadêmicas de Estudantes Universitários com Transtornos do Espectro Autista: uma Análise Interpretativa dos Relatos. *Revista Brasileira de Educação Especial [online]*, v. 25, n. 4, p. 729-746, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000400012>. Acesso em 06 fev. 2021

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F (Org.). Método histórico-social na psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão. São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La carga de los transtornos mentales en la Región de las Américas**. Washington, DC, 2018. Relatório.

ORELLANA, J. D. Y.; RIBEIRO, M. R. C.; BARBIERI, M. A.; SARAIVA, M. C.; CARDOSO, V. C.; BETTIOL, H.; SILVA, A. A. M.; BARROS, F. C.; GONÇALVES, H.; WEHRMEISTER, F. C.; MENEZES, A. M. B.; DEL-BEN, C. M.; HORTA, B. L. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cadernos de Saúde Pública*; v. 36, n. 2, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154319>

OSÓRIO, F. L., CRIPPA, J. S.; LOUREIRO, S. R. Cross- cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Brazilian Journal of Psychiatry [online]*, v: 31, n. 1, p. 25-29, 2009. DOI: 10.1590/S1516-44462008005000018.

PANDE, M. N.; AMARANTE, P. D. C. WHITAKER, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1233-1235, 2017. Resenha. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711520>

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 362-371, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>

PAULO NETTO, J. Capitalismo e barbárie contemporânea. *Argumentum*, v. 4, n.1, p. 202-222, 2012. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v4i1.2028>

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAULO NETTO, J. Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis*, v. 2, n. 3, p. 41-50, 2001.

PENTEADO, V. O. B. **Origem e formação das hipóteses etiológicas da esquizofrenia: uma reflexão à luz da psicologia histórico-cultural.** 171f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Departamento Psicologia – de Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – Universidade Estadual de Maringá, 2018.

PERANDRÉ, Y. H. T.; HAYDU, V. B. Um Programa de Intervenção para Transtorno de Ansiedade Social com o Uso da Realidade Virtual. *Trends in Psychology*, v. 26, n. 2, p. 851-866, 2018. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-12Pt>

PEREGRINO, A. A ansiedade normal e patológica. In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. (Editores). **Ansiedade e Transtornos de Ansiedade.** Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1997.

PINHO, R. Caracterização da clientela de um programa de atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v. 6, n. 1, p. 114-130, 2016.

PORTUGAL, F. B.; CAMPOS, M. R.; GONÇALVES, D.A.; MARI, J. J.; FORTES, S. L. C. L. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20032015>

PRESTES, Z. R. **Quando não é quase a mesma coisa.** Análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil: Repercussões no campo educacional. 295f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>.

RANGÉ, B. Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 4, p. 477-486, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/v8dbmtF6hjdkRSPDxyZbxmP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

RODRIGUES, M. D. S.; ROCHA, P. B. C.; ARARIPE, P. F.; ROCHA, H. A. L.; SANDERS, L. L. O.; KUBRUSLY, M. Transtorno de Ansiedade Social no Contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 65-71, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180110>

RODRIGUES, M. E. S.; SILVEIRA, T. B.; JANSEN, K.; CRUZEIRO, A. L. S.; ORES, L.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; SOUZA, L. D. M. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000100007>

- RODRIGUES, T. A.S.; RODRIGUES, L. P. S.; CARDOSO, Â. M. R. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, n. 2, p. 103-110, 2020. DOI: 10.1590/0047-2085000000269
- RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. IX, n. 3, p. 460-483, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>
- SANTA, F. D.; BARONI, V. As raízes marxistas do pensamento de Vigotski: contribuições teóricas para a Psicologia Histórico-Cultural. *Kínesis*, v. VI, n. 12, p.1-16, 2014. DOI: <https://doi.org/10.36311/1984-8900.2014.v6n12.4792>
- SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/stYqQ6cvpzPJRdqFwRr8NtH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 mai. 2021.
- SARDINHA, A.; ARAÚJO, C. G. S.; NARDI, A. E. Treinamento físico intervalado como ferramenta na terapia cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, n. 3, p. 227-230, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300013>
- SARDINHA, A. et al. Validação da versão brasileira do questionário de ansiedade cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]*, v. 101, n. 6, p. 554-561, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20130207>.
- SCHIER, A. R. M.; RIBEIRO, N. P. O.; SILVA, A. C. O.; HALLAK, J. E. C.; CRIPPA, J. A. S.; NARDI, A. E.; ZUARDI, A. W. Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an anxiolytic drug. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 34, n Spu11, p. 104-110, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000500008>
- SCHÖNHOFEN, F. L.; NEIVA-SILVA, L.; ALMEIDA, R. B.; VIEIRA, M. E. C. D.; DEMENECH, L. M. Transtorno de ansiedade generalizada entre estudantes de cursos de pré-vestibular. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, n. 3, p. 179-186, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000277>
- SCHÜHLI, V. M. **A dimensão formativa da arte no processo de constituição da individualidade para-si**: a catarse como categoria psicológica mediadora segundo Vigotski e Lukács. 170f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, 2011.
- SILVA, A. B.; PECHULA, M. R. Editando vidas: DSM-V e o controle bio-político da saúde mental. 15º SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 2016, Florianópolis, **Anais eletrônicos...** Florianópolis, 2016. p. 1-16.
- _____. O Adoecimento Psíquico na Psicologia Histórico-Cultural: A Patopsicologia. *Interação em Psicologia*, v. 25, n. 2, p. 233-242, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i2.71721>

SILVA, R. **A biologização das emoções e a medicalização da vida: contribuições da psicologia histórico-cultural para a compreensão da sociedade contemporânea.** 2011. 244f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SILVA, M. A. S. **Compreensão do adoecimento psíquico: de L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental de Bluma V. Zeigarnik.** 256f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

SILVA, M. A. S.; TULESKI, S. C. Patopsicologia Experimental: Abordagem histórico-cultural para o entendimento do sofrimento mental. *Estudos de Psicologia*, v. 20, n. 4, p. 207-216, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150022>

SOUZA, D. O.; SANTOS, L. B. Nexos biopsíquicos humanos no contexto dos catadores de lixo de uma associação do município de Arapiraca-AL. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2020, v. 30, n. 02, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300227>

SOUZA, F. O. **Análise do Comportamento e a Neurociência: uma perspectiva histórica.** 67f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. R.; ESPIRIDIÃO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: [10.1590/1413-81232020259.19562020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020)

TENÓRIO, F. G. A unidade dos contrários: fordismo e pós-fordismo. *Revista de Administração Pública [online]*, v. 45, n. 4, p. 1141-1172, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000400011>

TONET, I. **Método científico** – Uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TULESKI, S. C. **A Unidade Dialética entre Corpo e Mente na Obra de A. R. Luria: Implicações para a Educação Escolar e para a Compreensão dos Problemas de Escolarização.** 363f. Tese (Doutorado em Educação Escolar) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, 2007.

VASCONCELOS, J. R. O.; LÔBO, A. P. S.; MELO NETO, V. L. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 64, n. 4, p. 259-265, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000087>

VIANA, M. B. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “Angstneurose” ao DSM-IV.** 204f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

VIGOTSKI, L. S. A psique, a consciência e o inconsciente. [1982]. In: _____. **Teoria e método em psicologia.** 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996a. p. 137-159.

VIGOTSKI, L. S. O significado histórico da crise em psicologia. [1982] In: _____. Teoria e método em psicologia. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996b. p. 203-417.

VYGOTSKY, L. S. **A transformação socialista do homem**. [1930]. Disponível em: <https://averdade.org.br/novo/wp-content/uploads/2020/08/Documento-52-LEV-VYGOTSKY-A-TRANSFORMA%C3%87%C3%83O-SOCIALISTA-DO-HOMEM.pdf>
Acesso em: 25/11/2021.

VYGOTSKI, L. S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. [1931]. In: _____. **Obras escogidas III**: historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. 2. ed. Madrid: Visor, 2000. p. 11-340.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o assombroso aumento da doença mental. [2010] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates** [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2017. Relatório.