

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

GABRIELA MACHADO SILVA

**ESTAMOS TODOS ANSIOSOS? OS DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDADE NA
CONTEMPORANEIDADE: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA**

CORUMBÁ

2025

GABRIELA MACHADO SILVA

**ESTAMOS TODOS ANSIOSOS? OS DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDADE NA
CONTEMPORANEIDADE: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA**

Trabalho apresentado ao curso de Psicologia
da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul – Campus Pantanal, como requisito parcial
para obtenção do grau de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carolini Cássia
Cunha Bezerra.

CORUMBÁ

2025

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar criticamente, a partir da perspectiva psicanalítica, o aumento dos diagnósticos de ansiedade na contemporaneidade. Parte-se da hipótese de que o crescimento dos diagnósticos está intimamente relacionado ao processo de medicalização e patologização da vida cotidiana, em que experiências comuns do sofrimento humano são traduzidas em categorias clínicas. Para isso, buscou-se discutir a constituição histórica da clínica psiquiátrica e a função normativa dos manuais classificatórios, como o *DSM* e a *CID*. Em diálogo com a psicanálise, problematiza-se a redução do sujeito a critérios diagnósticos padronizados e o deslocamento do mal-estar para a lógica da correção bioquímica. A análise aponta que a ansiedade, na perspectiva psicanalítica, não é um transtorno a ser suprimido, mas um afeto estruturante que expressa a relação singular do sujeito com o desejo e com a falta. O estudo, portanto, propõe uma leitura crítica sobre o lugar do diagnóstico e do medicamento na clínica contemporânea, reafirmando a importância da escuta e da singularidade frente ao movimento de homogeneização do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: ansiedade; diagnóstico; medicalização; patologização; psicanálise; contemporaneidade.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. A constituição da clínica psiquiátrica e a consolidação do modelo médico do sofrimento mental.....	8
3. O lugar da ansiedade na psiquiatria contemporânea: uma leitura a partir do DSM-5.....	12
4. A compreensão psicanalítica da ansiedade: do sinal de angústia à experiência do sujeito...	14
5. O diagnóstico na psicanálise: estrutura, sentido e singularidade.....	16
6. Da experiência ao diagnóstico: a patologização do sofrimento contemporâneo.....	19
7. A expansão da medicalização e a gestão do mal-estar contemporâneo.....	21
8. Considerações finais.....	23
Referências.....	25

1. Introdução

Nas últimas décadas foi possível observar um crescimento expressivo dos diagnósticos de ansiedade em diferentes contextos sociais e clínicos. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos de ansiedade afetaram aproximadamente 359 milhões de pessoas em 2021, o que corresponde a 4,4% da população global. Segundo a OMS, os diagnósticos têm início precoce, muitas vezes já na infância ou adolescência, o que pode afetar o desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos, gerando prejuízos significativos nas relações familiares, no desempenho acadêmico e na inserção laboral, impactando de maneira ampla a vida cotidiana dos indivíduos e a organização social (OMS, 2023).

No Brasil, os transtornos de ansiedade alcançam índices expressivos, consolidando-se como um dos principais desafios da saúde pública contemporânea. O isolamento social, a incerteza econômica e o medo da contaminação geraram um aumento nos quadros de sofrimento psíquico, com destaque para a ansiedade e a depressão (Dias, 2023). A Organização Mundial da Saúde (2023) apontou que a pandemia da Covid-19 resultou em um aumento global de 25% nos casos de transtornos ansiosos e depressivos. No Brasil, fatores como o prolongamento das medidas de distanciamento, a perda de vínculos afetivos e o agravamento das desigualdades sociais intensificaram o mal-estar coletivo, evidenciando a vulnerabilidade das políticas públicas de saúde mental (Dias, 2023).

De acordo com o inquérito Covitel (Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia) 2023, citado pelo Observatório da Saúde Pública (OSP), 26,8% da população brasileira relatou diagnóstico médico de ansiedade. Esse número, que representa mais de um quarto da população, evidencia a amplitude da condição no país. Os dados apontam ainda diferenças significativas de prevalência entre gêneros: 34,2% das mulheres relataram diagnóstico de ansiedade, enquanto entre os homens o índice foi de 18,9%. A desigualdade regional também é evidente, variando de 21,1% no Nordeste a 32,2% no Centro-Oeste (OSP, 2024).

No mesmo período em que se observou a expansão diagnóstica, estudos nacionais apontam elevação do consumo de psicofármacos, sobretudo ansiolíticos. Análises baseadas no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) registraram, entre

2014 e 2021, mais de 32 milhões de dispensações de benzodiazepínicos¹ e *z-drugs*², com destaque para clonazepam (29,8%) e alprazolam (20,6%), além de crescimento do uso de zolpidem a partir de 2020 (Carvalho et al., 2024). Em perspectiva populacional, investigação conduzida em capitais brasileiras estimou consumo médio de 3,60 DHD (dose diária definida por mil habitantes/dia) para ansiolíticos benzodiazepínicos, com maior utilização entre mulheres e variação regional (Azevedo et al., 2016).

Para além dos dados relacionados aos diagnósticos e medicações, segundo uma pesquisa conduzida pelo Instituto de Pesquisa Ideia, o termo “ansiedade” foi apontado como a “palavra do ano” de 2024 para 22% dos brasileiros. (UNIFOR, 2024). Pesquisas como essa demonstram que o tema vem sendo discutido pela sociedade e indicam um interesse da população em falar cada vez mais de transtornos e diagnósticos, o que reforça a necessidade de tratar do assunto dentro de contextos acadêmicos, científicos e universitários, a fim de produzir discussões que possam analisar criticamente o assunto.

A tentativa de traduzir o mal-estar contemporâneo em termos clínicos ensejou a criação de termos como patologização e medicalização. A medicalização, conforme definida por Illich (1975), Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa (2014) e retomada por Dunker (2015), designa a expansão do poder médico sobre a vida social, pela qual experiências não médicas, como o sofrimento, o envelhecimento ou o mal-estar, são reinterpretadas e tratadas segundo critérios biomédicos. A patologização, segundo Silva, Macedo e Machado (2015) e sustentada pela crítica foucaultiana (Foucault, 1978; 2001), refere-se ao processo pelo qual experiências comuns da vida cotidiana passam a ser interpretadas como sinais de anormalidade ou desvio, transformando diferenças e formas singulares de existência em problemas clínicos.

Ao falar em patologias é necessário destacar o papel dos manuais diagnósticos internacionais, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), amplamente utilizado na prática clínica e em pesquisas na atualidade. Embora esses instrumentos tenham contribuído para a padronização dos critérios diagnósticos e para a comunicação entre profissionais da saúde, eles também promoveram um processo de

¹ Os benzodiazepínicos, introduzidos na década de 1960 como substitutos dos barbitúricos, atuam como depressores do sistema nervoso central, potencializando a ação do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), responsável pela inibição da atividade cerebral. Por isso, são amplamente utilizados como ansiolíticos, sedativos e relaxantes musculares, embora seu uso prolongado esteja associado à dependência e síndrome de abstinência (Carvalho et al., 2024).

² As chamadas *z-drugs*, como zolpidem, zopiclona e zaleplona, foram desenvolvidas posteriormente como alternativas farmacológicas para o tratamento da insônia, atuando também sobre os receptores GABA-A, mas com estrutura química distinta e menor meia-vida. Apesar de inicialmente apresentadas como mais seguras, pesquisas recentes demonstram que essas substâncias também podem causar dependência e efeitos cognitivos adversos, como amnésia e sonambulismo (Azevedo et al., 2016; Carvalho et al., 2024).

expansão classificatória que tende a incluir manifestações diversas do sofrimento humano sob a forma de transtornos mentais, privilegiando descrições sintomatológicas e reduzindo a complexidade subjetiva a categorias generalistas, favorecendo a medicalização da vida cotidiana (Figueiredo e Tenório, 2007).

Diferentemente dos modelos biomédicos, que tendem a compreender os sintomas a partir de parâmetros objetivos e mensuráveis, a psicanálise propõe uma escuta do sujeito em sua singularidade, privilegiando o sentido e a história implicados no sintoma (Camargo e Santos, 2012; Von Sohsten e Medeiros, 2016). Essa abordagem permite analisar o aumento dos diagnósticos de ansiedade não apenas como fenômeno clínico, mas como efeito de um discurso social e institucional que transforma o mal-estar em objeto de intervenção técnica. Ao priorizar o inconsciente e o desejo como dimensões estruturantes da subjetividade, a psicanálise oferece um contraponto ético e epistemológico à tendência contemporânea de normalização das condutas e de redução do sofrimento à disfunção neuroquímica (Dunker, 2014; Ambra, 2015). Desse modo, a opção pela perspectiva psicanalítica apoia-se na concepção de que o sofrimento deve ser escutado em sua dimensão simbólica e singular, devolvendo ao sujeito a possibilidade de significar o próprio mal-estar, em vez de convertê-lo em um diagnóstico ou categoria nosográfica.

Sendo assim, este trabalho buscou realizar um estudo teórico, tendo como objetivo analisar criticamente, a partir da perspectiva psicanalítica, o aumento dos diagnósticos de ansiedade na contemporaneidade. Segundo Gil (2002), o estudo teórico se caracteriza por aprofundar o conhecimento de um fenômeno a partir da análise de contribuições teóricas existentes, permitindo ao pesquisador identificar lacunas, estabelecer relações conceituais e construir novas perspectivas interpretativas. A escolha específica dos diagnósticos de ansiedade, está pautada tanto na relevância social quanto pela pertinência acadêmica do tema.

Para realizar o estudo, foram consultados textos clássicos da psicanálise, como as obras de Sigmund Freud (1856-1939) e Jacques Lacan (1901-1981), bem como outras leituras contemporâneas, foram também utilizados estudos críticos acerca da psiquiatria e dos manuais diagnósticos, além de relatórios institucionais e dados epidemiológicos atualizados.

2. A constituição da clínica psiquiátrica e a consolidação do modelo médico do sofrimento mental

A constituição da clínica psiquiátrica articula-se ao processo histórico de institucionalização do sofrimento mental. Como aponta Foucault (1978), o surgimento da psiquiatria ocorreu no final do século XVIII, no contexto dos asilos, marcando a transição de um tratamento moral para um modelo médico de normalização das condutas consideradas desviantes. Nesse processo, a experiência da loucura foi progressivamente transformada em objeto de intervenção médica, o que possibilitou o desenvolvimento de uma clínica voltada à observação, classificação e normatização do comportamento humano. Esse movimento se insere nas transformações políticas, econômicas e culturais que acompanharam o Iluminismo e a Revolução Industrial, períodos em que o avanço técnico e a razão científica tornaram-se princípios ordenadores da vida social (Foucault, 1978; Dunker, 2011).

Foucault (1978) identifica, nesse contexto, o fenômeno do “Grande Internamento”, ocorrido inicialmente na França e posteriormente em outros países da Europa. A partir do século XVII, criou-se um sistema de confinamento de indivíduos considerados desviantes da ordem social, pobres, criminosos, prostitutas e loucos, em instituições conhecidas como hospitais gerais, cujo objetivo era a moralização e o controle da população marginalizada. O internamento representou o primeiro passo de uma política de exclusão que antecedeu a formação da psiquiatria como saber autônomo (Foucault, 1978; Foucault, 2001). Com as reformas sociais e científicas do final do século XVIII, o louco foi deslocado do campo da moralidade para o da medicina, inaugurando as condições para o nascimento da psiquiatria (Campos, 2016).

Os asilos simbolizam essa transição. Antes locais de confinamento indistinto, tornaram-se espaços de experimentação médica e moral, sobretudo a partir das reformas de Philippe Pinel (1745–1826), na França, e William Tuke (1732–1822), na Inglaterra. Ambos introduziram o “tratamento moral”, que deslocou o louco da condição de excluído para a de paciente, regulando sua conduta por meio da vigilância e do trabalho. Embora se apresentasse como avanço humanitário, o tratamento moral manteve a lógica da normalização, substituindo o castigo físico pela correção moral e pela medicalização das condutas (Foucault, 1978; Campos, 2016).

Essa transformação inaugura o que Foucault (2001) denomina “clínica clássica”, dispositivo no qual o olhar médico se instala como forma de poder e de saber. O asilo institui um regime de visibilidade em que o sujeito é reduzido a um corpo observável, sobre o qual se

inscrevem diagnósticos e práticas disciplinares. O sofrimento, antes concebido em sua dimensão simbólica, torna-se fenômeno empírico a ser descrito, nomeado e controlado. O “olhar clínico”, conforme destaca Dunker (2011), funda uma episteme que subordina o sujeito à objetividade médica, instaurando uma hierarquia entre quem observa e quem é observado. Essa racionalidade, sustentada pela pretensão de neutralidade científica, substitui a escuta pela mensuração, transformando o sofrimento em dado e o sujeito em caso.

No século XIX, com a expansão dos hospitais e das instituições médicas, a medicina consolidou-se como saber central nas sociedades industriais. A psiquiatria, contudo, enfrentava a dificuldade de legitimar-se dentro do campo médico, pois a anátomo-patologia, base da medicina moderna, exigia a correspondência entre lesão orgânica e sintoma, algo inexistente nos transtornos mentais. Essa ausência de marcadores corporais levou à incorporação de discursos filosóficos e psicológicos até que, no século XX, com o avanço da farmacologia e das neurociências, o modelo biomédico se tornou hegemônico (Campos, 2016; Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa, 2014).

Essa busca de legitimação encontrou, na farmacologia, um novo alicerce. A partir da década de 1950, com o advento dos psicofármacos, como neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos, o sofrimento mental passou a ser reinterpretado como disfunção bioquímica. O período pós-Segunda Guerra Mundial consolidou a aliança entre psiquiatria, farmacologia e interesses econômicos, moldando práticas clínicas e políticas públicas de saúde mental (Whitaker, 2017; Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa, 2014).

Durante as décadas de 1960 e 1970, o avanço da indústria farmacêutica intensificou a dependência entre o diagnóstico psiquiátrico e o uso de medicamentos. A introdução massiva dos ansiolíticos e antidepressivos reforçou a lógica de que o sofrimento deveria ser suprimido farmacologicamente, deslocando o foco da escuta e da elaboração subjetiva para a regulação neuroquímica. Como aponta Whitaker (2017), esse processo inaugurou uma “psiquiatria farmacológica”, sustentada pela promessa de normalização e eficiência, que passou a definir políticas públicas e práticas clínicas.

A medicalização do sofrimento se tornou um mecanismo de regulação social, substituindo a escuta pelo controle e o sentido pela normalização. Durante as reformas psiquiátricas, o fechamento dos grandes manicômios foi acompanhado pela expansão dos tratamentos farmacológicos, revelando a permanência de uma racionalidade de controle sob novas formas (Freitas e Amarante, 2015; Dias, 2023).

Nesse percurso, a publicação dos manuais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), elaborados pela American Psychiatric Association (APA), nos Estados Unidos, marcou uma transformação decisiva na história da psiquiatria moderna. A APA é uma organização profissional fundada em 1844, que reúne psiquiatras norte-americanos e tem desempenhado papel central na formulação de diretrizes clínicas e classificações diagnósticas de alcance internacional. O *DSM*, publicado pela primeira vez em 1952, foi concebido como um instrumento de padronização diagnóstica, destinado a uniformizar critérios e terminologias entre profissionais da saúde mental, de modo a favorecer a pesquisa, a comunicação clínica e a prática psiquiátrica. No entanto, sua influência ultrapassou o campo médico, tornando-se referência hegemônica para a definição e o enquadramento das categorias de sofrimento psíquico, contribuindo para a consolidação de um modelo classificatório que prioriza a descrição sintomatológica e a quantificação em detrimento da compreensão subjetiva (Zorzanelli, Bezerra Jr e Costa, 2014).

O *DSM-I* (1952) refletia ainda uma forte influência da psicanálise, descrevendo os quadros psiquiátricos como reações a conflitos intrapsíquicos e situações de vida. Nessa fase, a preocupação central não era a precisão descritiva, mas a compreensão da sintomatologia como resposta adaptativa do indivíduo (Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa, 2014). Com o *DSM-II* (1968), observa-se um processo de ampliação e diversificação diagnóstica. Esse manual incorporou novas categorias ligadas à infância, adolescência e sexualidade, evidenciando o caráter normativo da psiquiatria. Como ressaltam Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa (2014), ao incluir condutas ligadas ao desenvolvimento e à vida sexual, a psiquiatria reafirmava seu papel de regulação social, estabelecendo fronteiras entre o que poderia ser considerado normal ou patológico.

A grande inflexão ocorreu com o *DSM-III* (1980), que se tornou um marco histórico na história do manual e da psiquiatria. A APA promoveu uma mudança metodológica significativa, abandonando referências psicodinâmicas e passando a adotar uma abordagem descritiva, a-teórica e operacional. Os diagnósticos passaram a ser definidos por critérios objetivos de inclusão e exclusão, organizados em forma de listas sintomatológicas. Essa estratégia tinha como objetivo tornar a psiquiatria mais científica, alinhada aos padrões da medicina baseada em evidências. Além disso, o *DSM-III* foi elaborado em diálogo com interesses da indústria farmacêutica e com pressões por pesquisas que demandavam maior confiabilidade estatística (Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa, 2014). Dunker (2014) lembra que, historicamente, a psicanálise foi gradualmente afastada dos manuais diagnósticos, em especial

a partir do *DSM-III*, quando se consolidou a lógica descritiva e operacional da psiquiatria contemporânea. Essa exclusão indica uma oposição entre os modos de compreender o sofrimento humano: de um lado, a busca por critérios objetivos de classificação; de outro, a aposta na singularidade e na historicidade da experiência subjetiva.

Dunker (2011) observa que a consolidação desse discurso biomédico também está associada à emergência de uma racionalidade “a-teórica”, cuja característica fundamental é o esvaziamento das causas simbólicas e históricas do sofrimento psíquico. Esse modelo propõe uma separação entre método e teoria, priorizando a padronização e a mensuração em detrimento da interpretação. Assim, o “a-teórico” não significa ausência de teoria, mas a adoção de uma metateoria da neutralidade, que pretende eliminar o sujeito da enunciação em nome da objetividade. Na prática, esse movimento reforça a tecnificação da clínica, aproximando-a de um ideal de eficácia e previsibilidade que é próprio das ciências naturais, mas que se distancia do campo ético e hermenêutico da escuta.

A opção metodológica do *DSM-III* pelo modelo “a-teórico” expressa de acordo com Dunker (2011) o papel da clínica contemporânea como uma forma burocrática e estatística, em que a verdade do sujeito é substituída pela verificação do sintoma. Essa configuração revela um deslocamento epistemológico: a clínica deixa de ser um espaço de elaboração do sofrimento e converte-se em um sistema de classificação de condutas. O resultado é a consolidação de uma prática de tratamento centrada na padronização e na medicação, na qual o saber médico prevalece sobre o discurso do paciente.

Esse modelo classificatório consolidou-se nas edições posteriores. O *DSM-IV* (1994) manteve a lógica operacional do *DSM-III*, expandindo categorias e reforçando a noção de comorbidade, o que contribuiu para a multiplicação de diagnósticos. O *DSM-5* (2013) ampliou ainda mais esse caminho, alcançando quase 400 categorias diagnósticas, muitas delas questionadas por pesquisadores e clínicos. Críticos apontam que a ampliação das fronteiras diagnósticas transformou experiências humanas comuns, como tristeza, timidez, luto ou preocupações cotidianas, em potenciais transtornos mentais, produzindo um efeito de patologização da vida cotidiana (Dunker, 2015; Freitas e Amarante, 2015; Whitaker, 2017; Silva, Macedo e Machado, 2015).

Sendo assim, a constituição da clínica psiquiátrica e a consolidação do modelo médico do sofrimento mental revelam um percurso histórico no qual o discurso científico se sobrepõe às dimensões simbólicas e sociais da experiência humana. Desde o nascimento da psiquiatria nos asilos até a hegemonia dos manuais classificatórios, observa-se a progressiva

substituição da escuta e da singularidade pela observação e pela padronização, a expansão diagnóstica e o uso de psicofármacos configuram não apenas uma mudança técnica, mas um reordenamento ético e político do cuidado, no qual o sujeito é deslocado de seu lugar de fala e reduzido à condição de objeto de intervenção (Foucault, 1978; Dunker, 2011; Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa, 2014).

3. O lugar da ansiedade na psiquiatria contemporânea: uma leitura a partir do DSM-5

A organização dos transtornos de ansiedade no *DSM-5* segue a proposta classificatória da psiquiatria contemporânea, que sistematiza manifestações clínicas segundo critérios padronizados de identificação, duração e intensidade dos sintomas.

O manual organiza essa categoria em onze diagnósticos distintos, definidos por critérios de duração, intensidade e impacto funcional. Sendo assim, com base no texto presente no *DSM-5* (APA, 2014) elaborou-se a seguinte síntese das classificações referentes aos transtornos de ansiedade:

1. Transtorno de Ansiedade de Separação – caracterizado por medo ou ansiedade excessiva diante da separação de figuras de apego;
2. Mutismo Seletivo – incapacidade persistente de falar em situações sociais específicas, apesar da habilidade de comunicação em outros contextos;
3. Fobia Específica – medo intenso e irracional diante de objetos ou situações particulares (como altura, animais ou sangue);
4. Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) – medo acentuado de situações em que o indivíduo possa ser avaliado pelos outros;
5. Transtorno de Pânico – ataques recorrentes e inesperados de medo intenso, acompanhados de sintomas físicos como palpitações e sensação de morte iminente;
6. Agorafobia – medo de estar em locais ou situações dos quais escapar possa ser difícil, levando à evitação de espaços públicos;
7. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) – preocupação e apreensão excessivas e persistentes em relação a múltiplos eventos ou atividades da vida cotidiana;
8. Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento – sintomas de ansiedade resultantes do uso ou abstinência de substâncias;

9. Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica – ansiedade desencadeada diretamente por uma doença ou condição fisiológica subjacente;
10. Outro Transtorno de Ansiedade Especificado – categoria residual usada quando os sintomas não preenchem completamente os critérios de um transtorno específico, mas são clinicamente significativos;
11. Transtorno de Ansiedade Não Especificado – diagnóstico aplicado quando há sintomas relevantes de ansiedade, mas sem informações suficientes para uma categorização precisa.

Essa organização demonstra a tentativa de delimitar cada forma de ansiedade como um quadro autônomo, o que reflete a necessidade de nomear, descrever e fragmentar o sofrimento psíquico. Como observa Dunker (2011), tal fragmentação está associada à transformação da clínica em um dispositivo de controle discursivo, no qual a multiplicação dos nomes corresponde à multiplicação das formas de poder sobre o sujeito. A ansiedade, antes concebida como afeto humano fundamental, passa a ser decomposta em categorias que prescrevem condutas terapêuticas específicas e justificam intervenções medicamentosas distintas. Como argumentam Silva, Macedo e Machado (2015), esse movimento está diretamente relacionado ao processo de patologização da vida cotidiana, na medida em que o sofrimento humano é recortado em listas sintomatológicas que priorizam a descrição em detrimento da singularidade subjetiva. Nesse sentido, embora o *DSM-5* tenha contribuído para a comunicação entre profissionais e para a produção de pesquisas padronizadas, ele também favorece a medicalização como resposta predominante, reduzindo a complexidade das experiências individuais a critérios diagnósticos gerais.

Cabe destacar que, paralelamente ao *DSM*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a *Classificação Internacional de Doenças* (CID), atualmente em sua 11^a edição. Enquanto o *CID* é adotado mundialmente como sistema oficial de registro de doenças e agravos, inclusive para fins estatísticos e administrativos, o *DSM* consolidou-se como manual de referência especialmente nos Estados Unidos e em contextos acadêmicos e clínicos internacionais. Apesar das diferenças em suas finalidades, ambos compartilham uma lógica classificatória que contribui para a expansão de diagnósticos psiquiátricos e para o fortalecimento do paradigma biomédico na compreensão do sofrimento psíquico (Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa, 2014).

Em síntese, a organização dos transtornos de ansiedade no *DSM-5* revela a consolidação de uma lógica classificatória que transforma experiências humanas em categorias diagnósticas. Essa fragmentação, como indicam Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa (2014), sustenta o paradigma biomédico e favorece a medicalização do sofrimento psíquico. Ao priorizar critérios objetivos e mensuráveis, o manual reduz a complexidade da experiência subjetiva e reforça a compreensão da ansiedade como disfunção a ser corrigida. Assim, conforme observa Dunker (2015), o discurso diagnóstico contemporâneo desloca a clínica da escuta para a normatização, convertendo o sofrimento em objeto técnico e o sujeito em paciente de uma racionalidade medicamente orientada.

4. A compreensão psicanalítica da ansiedade: do sinal de angústia à experiência do sujeito

A psicanálise se distancia do olhar normativo da psiquiatria ao tratar da ansiedade. Enquanto os manuais classificatórios a definem como transtorno, caracterizado por sintomas mensuráveis, Freud (1926) já a compreendia como um fenômeno estrutural da vida psíquica, articulado à angústia. Na obra *Inibição, sintoma e angústia*, Freud apresenta duas formulações fundamentais: inicialmente, entende a angústia como resultado do recalcamento, uma descarga energética provocada pela repressão das pulsões; posteriormente, reformula essa concepção e afirma que a angústia é causa do recalcamento, funcionando como sinal de perigo que alerta o eu diante do retorno do recalcado. A partir dessa virada teórica, ele diferencia a angústia realística, vinculada a perigos externos, da angústia neurótica ou sintomática, associada ao conflito interno entre desejo e proibição, constituindo um operador essencial da economia psíquica.

Essa distinção permite compreender que, para Freud, a ansiedade não é um estado patológico, mas uma resposta psíquica diante da ameaça simbólica da perda — seja do objeto, do amor ou da integridade do eu (Freud, 1926/2014). É importante notar que, na tradição anglo-saxã, *anxiety* costuma ser usada para designar o que Freud denominou *Angst*. Contudo, na psicanálise, a *angústia* não equivale inteiramente à *ansiedade*, pois esta última tende a ser compreendida em termos fisiológicos e adaptativos, enquanto a *angústia* indica um ponto de verdade na estrutura do desejo (Freud, 1926/2014; Lacan, 1962–1963/2005).

Dohr (1991) observa que, a partir dessa formulação, a angústia assume um papel central na direção do tratamento psicanalítico, pois marca o ponto em que o sujeito se vê

confrontado com o que não pode controlar. Ela surge quando os mecanismos de defesa falham e o recalcado ameaça retornar, manifestando-se como sinal da impossibilidade de total domínio sobre o inconsciente.

Após Freud (1926) ter situado a angústia como sinal do perigo e operador de defesa, Lacan (1962–1963) retoma o conceito em um novo contexto teórico, o do primado do significante e da estrutura do desejo. Sua proposta desloca o eixo da angústia do campo energético para o simbólico e o real, transformando-a em um indicador da verdade do sujeito. Em seu *Seminário, livro 10: A angústia* (1962–1963), Lacan redefine o estatuto do afeto: diferentemente de Freud, que a considerava um sinal de perigo, Lacan a descreve como o “afeto que não engana”, situando-a no campo do real, isto é, do que escapa à simbolização. A angústia, nessa perspectiva, não é patológica, mas estruturante, pois indica o ponto em que o sujeito é confrontado com o que o ultrapassa, o encontro com a falta do Outro e com a verdade do próprio desejo.

Ao situar a ansiedade no campo do desejo e da falta, a psicanálise propõe uma leitura ética e estrutural do sofrimento contemporâneo. De acordo com Freitas e Amarante (2015) o aumento dos diagnósticos e das intervenções farmacológicas pode refletir uma tentativa de evitar o encontro com a angústia; entretanto, como lembra Lacan (1962–1963/2005), é justamente nela que o sujeito se confronta com o real de sua existência. A angústia, longe de ser um transtorno a ser curado, constitui uma experiência de verdade, em que o sujeito se reconhece diante do limite do sentido. Ao reconhecer a angústia como afeto estruturante, a psicanálise reafirma sua dimensão ética: não se trata de eliminar o sofrimento, mas de escutar o que ele revela sobre o desejo e sobre o modo singular de o sujeito habitar a falta (Lacan, 1962–1963/2005; Dunker, 2011).

Leite (2017) comprehende a angústia como o afeto que rompe o equilíbrio entre o sujeito e seu meio. Ela se manifesta quando algo não pode ser simbolizado, retornando no corpo sob a forma de tensão, aperto ou paralisia. Essa dimensão corporal da angústia, frequentemente nomeada como “crise de ansiedade”, revela a precariedade da linguagem diante do excesso pulsional. Nesse sentido, a psicanálise difere da psiquiatria, pois considera o afeto não como disfunção, mas como mensagem que exige escuta e elaboração.

A partir dessa perspectiva, a angústia atravessa todas as estruturas clínicas. Na neurose, ela se manifesta como sinal de conflito entre desejo e interdição; na psicose, surge de forma desorganizada, ligada à ausência de um significante que simbolize a falta; e na

perversão, aparece como regulador da cena de gozo, sustentando a lei por meio da encenação (Dohr, 1991; Dunker, 2011).

Na psicanálise, a ansiedade não é um sintoma a ser suprimido, mas um ponto de investigação: o instante em que o discurso falha e o corpo fala. Tal momento, longe de indicar uma patologia, pode abrir espaço para a elaboração simbólica, permitindo que o sujeito produza sentido a partir do seu sofrimento. (Leite, 2017)

Assim, a clínica psicanalítica não busca eliminar a angústia, mas possibilitar sua travessia, processo que, conforme Leite (2017), consiste em transformar o afeto em palavra, o corpo em linguagem, essa travessia, ao restituir a palavra ao sujeito, desloca o foco da adaptação para a significação. O que a psiquiatria nomeia “crise” pode, então, ser compreendido como um momento de convocação, no qual o sujeito é interpelado por algo de sua verdade.

5. O diagnóstico na psicanálise: estrutura, sentido e singularidade

Na psicanálise, o diagnóstico assume um estatuto distinto daquele praticado pela psiquiatria. Enquanto os manuais classificatórios, como o *DSM* e o *CID*, buscam identificar sintomas a partir de critérios universalizados e padronizados, a psicanálise comprehende o diagnóstico como uma construção clínica que se dá no encontro singular entre sujeito e analista. Não se trata, portanto, de encaixar o paciente em categorias previamente estabelecidas, mas de compreender sua posição estrutural frente ao desejo e ao laço social. Assim, em vez de rotular as condutas humanas a partir de descrições generalistas, o diagnóstico psicanalítico se orienta pelas estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão, e pela forma particular como o sujeito organiza seus sintomas (Von Sohsten e Medeiros, 2016).

No contexto da teoria lacaniana, as estruturas clínicas não designam doenças, mas modos fundamentais de enlaçamento do sujeito com o Outro, com a linguagem e com o desejo. Para Lacan (1955–1956/1988; 1957–1958/1999), a estrutura é o que organiza a relação do sujeito com o significante, sendo determinada pela forma como o Nome-do-Pai, significante que representa a lei simbólica, é inscrito (ou não) no inconsciente. Assim, cada estrutura se define pela maneira como o sujeito responde à falta constitutiva da experiência humana, a impossibilidade de totalizar o sentido e de obter satisfação plena.

Na neurose, essa falta é recalculada, mecanismo descrito por Freud (1900) como a exclusão de representações incompatíveis com o ideal do eu. O sujeito reconhece a lei, mas

sofre em sua tentativa de conciliar desejo e interdição. Lacan (1955–1956/1988) indica que o neurótico vive sob o domínio do significante, sempre dividido entre o que deseja e o que acredita ser permitido desejar. Existem duas formas principais de neurose: a histeria e a neurose obsessiva. Na histeria, o sujeito se identifica com a falta do Outro, produzindo sintomas corporais e discursivos que encenam a insatisfação do desejo, o sintoma é uma forma de interrogar o Outro sobre o que ele quer. Já na neurose obsessiva, o sujeito tenta dominar o desejo por meio do controle e da racionalização, instaurando uma lógica de adiamento e culpa frente à castração (Lowenkron, 1999). Em ambos os casos, a neurose é a estrutura em que o sujeito reconhece a lei e tenta contorná-la, sustentando o conflito entre o desejo e a proibição.

Na psicose, o Nome-do-Pai está foracluído, ou seja, não inscrito no campo simbólico. Essa ausência faz com que o sujeito não disponha da lei simbólica que media sua relação com o desejo do Outro. Sem esse ponto de ancoragem, o real irrompe sem mediação, e o sujeito se vê exposto à invasão de significações não reguladas pela linguagem (Lacan, 1955–1956/1988). O autor afirma que o delírio e a alucinação são tentativas de restituir simbolicamente o significante foracluído, funcionando como suplência diante do vazio estrutural. Freud (1911) já havia reconhecido, no caso Schreber, que o delírio não era mera desorganização, mas uma tentativa de reconstrução da realidade. Assim, o psicótico não é desprovido de sentido, mas o produz a partir de um ponto de ruptura com o discurso comum, o que o torna profundamente singular.

A perversão, por sua vez, se caracteriza pelo desmentido, mecanismo em que o sujeito reconhece a castração, mas recusa-se a submeter-se a ela (Freud, 1924). Diferentemente do psicótico, o perverso reconhece a lei, mas a encena e a inverte, colocando-se como instrumento do gozo do Outro. O sujeito perverso não se angustia diante da castração, mas a dramatiza, buscando confirmar a existência da lei ao transgredi-la (Lacan, 1957–1958/1999). Nessa estrutura, o Outro é mantido como entidade gozante, e o sujeito se oferece como objeto para sustentar o gozo alheio. A perversão não se define, portanto, por comportamentos moralmente desviantes, mas por uma posição subjetiva frente à lei e ao desejo, o que implica uma forma específica de relação com o gozo (Lowenkron, 1999; Ribeiro e Gomes, 2021).

Camargo e Santos (2012) observam que essa perspectiva permite preservar a singularidade do sujeito, em oposição à dinâmica classificatória que apaga nuances do sofrimento psíquico. O diagnóstico na psicanálise não busca ser estático nem definitivo, ele

funciona como um guia para a escuta e a direção do tratamento, permitindo que o analista se situe diante da lógica inconsciente do sujeito.

A discussão sobre a noção de patologia é central para compreender essa diferença entre as perspectivas médica e psicanalítica. Em *História da loucura* (1978) e *O nascimento da clínica* (2001), Foucault descreve o processo histórico que permitiu à medicina moderna transformar a diferença e o desvio em doença, inaugurando um novo regime de saber e poder. O sofrimento, antes compreendido em sua dimensão simbólica, moral ou espiritual, é convertido em objeto de observação e classificação, fundando uma episteme que reduz a experiência à norma. Nesse sentido, a crítica foucaultiana serve de base para compreender que esse processo não é apenas um fenômeno médico, mas um dispositivo de normalização das formas de vida.

Na tradição biomédica, o termo “patologia” refere-se à identificação e correção de um desvio em relação à norma de funcionamento corporal ou psíquico. Já para a psicanálise, o sofrimento não é necessariamente um sinal de disfunção, mas uma forma de expressão do inconsciente. Freud (1926) já sublinhava que os sintomas não devem ser entendidos apenas como sinais de desajuste, mas como formações do inconsciente que carregam um sentido singular.

De acordo Ambra (2023) para a psicanálise, não existe um “não normal”, uma vez que a experiência humana é, em si, atravessada pela falta e pelo conflito. A psicanálise, ao contrário da psiquiatria, não propõe uma normatividade do funcionamento psíquico, mas busca compreender a lógica singular que estrutura o sujeito. Assim, a clínica psicanalítica não opera por meio de ideais de adaptação ou ajustamento, mas pela escuta do modo como o sujeito se constitui em relação ao desejo e à linguagem. Diagnosticar, nesse contexto, significa localizar a posição subjetiva em uma estrutura discursiva e não classificar o sujeito segundo parâmetros de normalidade ou desvio (Ambra, 2015).

Desse modo, o diagnóstico psicanalítico não busca classificar o sujeito em categorias estanques, mas compreender a lógica do seu funcionamento estrutural e a maneira singular com que organiza o desejo, o gozo e a relação com o Outro (Lowenkron, 1999; Ribeiro e Gomes, 2021). Trata-se de uma abordagem ética, em que o sintoma é concebido não como erro, mas como formação do inconsciente e tentativa de dar forma ao mal-estar. Ao contrário da psiquiatria classificatória, que tende a universalizar o sofrimento, a psicanálise sustenta que não há um “não normal”, pois todo sujeito se constitui a partir de um modo singular de lidar com a falta e com o impossível do desejo (Ambra, 2015).

6. Da experiência ao diagnóstico: a patologização do sofrimento contemporâneo

Silva, Macedo e Machado (2015) definem a patologização como a transformação de experiências comuns da vida cotidiana em problemas clínicos, passíveis de serem enquadrados em categorias diagnósticas. Segundo eles, a expansão do discurso psiquiátrico e a influência dos manuais classificatórios, como o DSM, ampliam os limites do que é considerado doença mental, contribuindo para a criação de novos transtornos e para a redefinição de condutas humanas como desvios. Esse processo, como observa Ceccarelli (2010), não apenas amplia o alcance da prática psiquiátrica, mas institui um dispositivo de normatização das condutas, por meio do qual o sofrimento é interpretado como anormalidade a ser corrigida.

No contexto contemporâneo, observa-se um movimento em que muitos sujeitos parecem demandar “uma patologia para viver”, isto é, um diagnóstico que dê nome ao seu sofrimento e legitime sua experiência (Ceccarelli, 2010). Essa busca reflete a necessidade de inscrição simbólica em uma lógica de reconhecimento social, onde possuir um diagnóstico pode funcionar como forma de pertencimento e de validação da dor. Entretanto, como aponta Dunker (2011), esse processo também revela o risco de reduzir a complexidade da experiência subjetiva a nomenclaturas que obscurecem o sentido do sintoma, transformando o sofrimento em identidade.

Borges (2015) mostra que, no capitalismo contemporâneo, a lógica de desempenho, produtividade e consumo intensifica estados ansiosos, produzindo sujeitos permanentemente mobilizados pela exigência de corresponder a metas cada vez mais elevadas e de manter uma imagem de sucesso constante. A ansiedade, nesse contexto, não é apenas um sintoma individual, mas o reflexo de uma organização social que sustenta o imperativo do rendimento e da competitividade. Han (2017) caracteriza esse cenário como o da “sociedade do desempenho”, em que o sujeito não é mais subjugado por proibições externas, mas por um ideal de autossuperação permanente. O resultado é um tipo de sofrimento que não se origina mais da repressão, mas do excesso de positividade, a exigência de ser produtivo, feliz e eficiente o tempo todo.

Nesse sentido, o sujeito contemporâneo passa a interiorizar o discurso de que seu valor está atrelado à capacidade de performar e de se adaptar às demandas do mercado. Ehrenberg (2010) observa que essa mudança produz uma nova forma de sofrimento psíquico, o

indivíduo, antes oprimido por normas sociais externas, torna-se agora responsável por sua própria insuficiência. Assim, o mal-estar é psicologizado e biologizado, e o fracasso em sustentar o ideal de produtividade se converte em culpa, ansiedade e exaustão. A medicalização, nesse contexto, oferece uma resposta aparentemente rápida e eficiente: ela transforma o sofrimento em patologia, o cansaço em distúrbio, e a angústia em desequilíbrio neuroquímico.

A cultura contemporânea, ao patologizar o desconforto e a vulnerabilidade, desloca o sujeito do campo da fala e da escuta para o da prescrição e do consumo. De acordo com Han (2017), esse movimento reforça a “violência da positividade”, na qual o sofrimento é silenciado por substâncias que prometem restaurar a produtividade e a estabilidade emocional, mas que, em contrapartida, suprimem a possibilidade de elaboração subjetiva. Silva e Canavez (2017) discutem como esse processo alimenta a medicalização da vida, naturalizando o uso de medicamentos como principal estratégia de regulação emocional e adaptativa.

Essa dinâmica é sustentada por um discurso técnico-científico que se apresenta como neutro, mas que, na verdade, responde a interesses econômicos e culturais. A expansão dos diagnósticos psiquiátricos e a difusão de medicamentos ansiolíticos, antidepressivos e estabilizadores de humor revelam o entrelaçamento entre a indústria farmacêutica e a cultura do desempenho (Ehrenberg, 2010; Dunker, 2014). Nesse cenário, a psicanálise oferece uma leitura crítica, pois insiste na necessidade de devolver ao sujeito a palavra e o sentido de seu sofrimento. Ao invés de compreender a ansiedade como um defeito a ser eliminado, ela a reconhece como um sinal que revela o modo singular como cada um se relaciona com o desejo, com o outro e com as exigências da vida social.

7. A expansão da medicalização e a gestão do mal-estar contemporâneo

Ivan Illich (1975) introduz o termo medicalização para designar a expansão do poder médico sobre a vida cotidiana. Para o autor, a medicina moderna ultrapassa seu campo terapêutico e passa a definir o que é considerado saudável, produtivo e socialmente aceitável. Ao medicalizar a existência a sociedade transfere ao saber médico a autoridade para interpretar e regular experiências antes pertencentes ao campo ético, político ou religioso. Illich identifica nesse processo uma forma de expropriação da saúde, em que o sujeito perde a

capacidade de lidar com o sofrimento e a finitude, delegando à técnica médica a função de gerir o mal-estar.

Desde a segunda metade do século XX, o desenvolvimento de psicotrópicos, especialmente os ansiolíticos e antidepressivos, modificou radicalmente a psiquiatria. Se, por um lado, tais fármacos contribuíram para o declínio dos manicômios ao permitir o tratamento extramuros de pessoas com sofrimento psíquico, por outro, inauguraram uma nova forma de institucionalização, mais difusa, mas igualmente reguladora, baseada no consumo de medicamentos e na dependência de diagnósticos. Essa “nova razão diagnóstica”, como aponta Dunker (2015), substitui os antigos dispositivos asilares por “condomínios discursivos e farmacológicos”, em que a gestão do sofrimento é mediada por protocolos, classificações e prescrições.

No campo dos diagnósticos, a expansão das categorias do *DSM* e da *CID* reforçou o entrelaçamento entre medicalização e patologização. Como observa Foucault (1978), o saber médico assume uma função normativa, definindo fronteiras entre o normal e o patológico e exercendo, assim, um poder disciplinar sobre os corpos e as condutas. Dunker (2011, 2015) amplia essa análise ao descrever a emergência de uma “racionalidade diagnóstica”, pela qual o sofrimento é traduzido em categorias formais e administrado por meio de políticas públicas, práticas clínicas e dispositivos de controle. Nesse contexto, “não há medicalização sem diagnóstico”, pois o diagnóstico torna-se a condição simbólica e institucional que legitima a intervenção medicamentosa.

A psiquiatria contemporânea, conforme Dias (2023) e Zorzanelli, Bezerra Jr. e Costa (2014), atribui algum grau de anormalidade a eventos comuns da vida, diluindo as fronteiras entre saúde e enfermidade. Tal movimento produz uma “anormalidade generalizada”, em que qualquer sujeito é potencialmente um paciente em risco, consolidando a medicalização como prática de gestão biopolítica da existência.

Na contemporaneidade, a medicalização constitui um dos fenômenos centrais na relação entre ciência, subjetividade e poder. Ela se define pelo processo por meio do qual aspectos da experiência humana como: tristeza, inquietação, ansiedade ou desatenção, passam a ser reinterpretados como sintomas de doenças, demandando tratamento médico e farmacológico. Esse deslocamento, de caráter tanto epistemológico quanto político, expressa a expansão do discurso médico-científico sobre a vida cotidiana, transformando o sofrimento em objeto de gestão e controle social. (Dunker, 2015)

As implicações éticas e políticas desse processo são amplas. A medicalização da vida cotidiana desloca o foco do sofrimento das condições sociais e históricas para o corpo individual, apagando a singularidade do sujeito e sua relação com o desejo. Essa operação reduz o mal-estar a uma questão de ajuste químico, subordinando o cuidado à lógica de mercado e à indústria farmacêutica, fenômeno já descrito por Illich (1975) como a “expropriação da saúde”.

Nesse cenário, a medicalização se alia às dinâmicas neoliberais de produtividade e desempenho (Dardot e Laval, 2016; Ehrenberg, 2010). O sujeito é convocado a manter-se funcional e adaptado, sendo o medicamento um instrumento de regulação da performance e da estabilidade emocional. Em consequência, a clínica tende a se afastar de sua função ética e interpretativa, transformando-se em um espaço de administração de sintomas.

Em síntese, a medicalização na contemporaneidade revela a substituição das antigas formas de enclausuramento por dispositivos sutis de controle e normalização. O manicômio cede lugar a uma clínica difusa, sustentada por diagnósticos e fármacos, que redefine a experiência do sofrimento e enfraquece o lugar do sujeito. O desafio ético que se impõe, portanto, é o de restituir à clínica e, sua dimensão de escuta, singularidade e crítica, resistindo à captura totalizante do mal-estar pela linguagem da patologia e pela promessa de cura imediata.

8. Considerações finais

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu compreender que o aumento dos diagnósticos de ansiedade na contemporaneidade não pode ser explicado unicamente por uma maior incidência de casos, mas deve ser situado no contexto mais amplo das transformações históricas e discursivas que caracterizam o campo da saúde mental. O estudo evidenciou que a consolidação do paradigma biomédico e a expansão dos manuais classificatórios, como o *DSM* e a *CID*, favoreceram um processo de patologização e medicalização da vida cotidiana, no qual experiências humanas comuns passaram a ser recortadas, nomeadas e tratadas como transtornos. Esse movimento, sustentado pela lógica da padronização e pela busca de objetividade diagnóstica, contribuiu para reduzir a complexidade subjetiva a critérios operacionais, deslocando o foco do sujeito para o sintoma.

A partir de uma reflexão teórica, foi possível situar historicamente a emergência da clínica psiquiátrica e o papel do “olhar médico” na constituição de um regime de saber e poder sobre o corpo e o comportamento. Essa racionalidade, fundada na observação e na classificação, estabeleceu as bases para a legitimação da psiquiatria como saber científico e para a medicalização do sofrimento psíquico. O avanço da farmacologia e a inserção da indústria farmacêutica nesse campo reforçaram essa lógica, transformando o medicamento em instrumento de regulação social e em resposta imediata ao mal-estar. Assim, o diagnóstico e o fármaco tornaram-se elementos centrais de um mesmo dispositivo de gestão da subjetividade.

A psicanálise, por sua vez, oferece uma leitura crítica e alternativa a esse modelo. Ao compreender o sofrimento não como anomalia, mas como expressão do inconsciente, ela propõe uma visão centrada na escuta, na singularidade e na historicidade do sujeito. A ansiedade, nesse contexto, deixa de ser tratada como distúrbio a ser eliminado e passa a ser reconhecida como afeto estruturante, que revela o modo particular como o sujeito se relaciona com o desejo e com a falta.

O estudo também mostrou que, na sociedade neoliberal contemporânea, marcada pela lógica da produtividade e do desempenho, a ansiedade assume o estatuto de sintoma social. A pressão por eficiência, o ideal de autossuficiência e a responsabilização individual pelo sofrimento contribuem para a ampliação das categorias diagnósticas e para o consumo crescente de psicofármacos. Essa dinâmica evidencia a forma como o sofrimento é capturado e administrado pelo discurso técnico-científico, transformando-se em mercadoria e apagando sua dimensão simbólica e relacional.

Conclui-se, assim, que uma reflexão crítica sobre o aumento dos diagnósticos de ansiedade exige o deslocamento do olhar clínico da padronização para a escuta. Mais do que uma questão médica, trata-se de um fenômeno ético e político, que envolve modos de subjetivação e formas de lidar com o mal-estar na cultura. A psicanálise, ao insistir na irreduzibilidade do sujeito e na função estruturante da angústia, reafirma a necessidade de uma clínica que resista à normalização e à homogeneização do sofrimento, abrindo espaço para a palavra, o desejo e a singularidade.

Referências

- AMBRA, Pedro. Não há “não normal”: a clínica psicanalítica e as novas formas de sofrimento. *Revista Ide*, São Paulo, v. 38, n. 61, p. 49–65, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, Â. J. P. et al. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos nas capitais brasileiras: estudo de utilização de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1247–1256, 2016.
- BORGES, S. Capitalismo e angústia. *Revista Subjetividades*, v. 15, n. 3, p. 460–472, 2015.
- CAMARGO, M. T. V.; SANTOS, S. R. A. Diagnóstico e clínica psicanalítica: uma leitura a partir de Freud e Lacan. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 15, n. 2, p. 322–334, 2012.
- CAMPOS, F. C. B. *História da psiquiatria: saber, poder e medicalização da loucura*. São Paulo: Cortez, 2016.
- CAMPOS, Ricardo Henrique de Oliveira. *História da psiquiatria no Brasil: um corte epistemológico*. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2016.
- CARVALHO, A. R. S. et al. Tendências do consumo de benzodiazepínicos e Z-drugs no Brasil: 2014–2021. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 5, e00231723, 2024.
- CARVALHO, F. et al. Dispensing of zolpidem and benzodiazepines in Brazilian private pharmacies: a retrospective cohort study from 2014 to 2021. *Frontiers in Pharmacology*, 2024.
- CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 43–52, 2010.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DIAS, Marcelo Kimati (org.). *Medicalização e políticas públicas de saúde mental no país*. Curitiba: Appris, 2023.
- DIAS, Renato Mezan. Políticas de saúde mental e os destinos do sofrimento contemporâneo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 57, n. 2, p. 123–145, 2023.
- DOHR, Joachim. *A estrutura e a clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.
- DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 17, n. 2, p. 281–297, 2014.

DUNKER, C. I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.

EHRENBERG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. São Paulo: Ideias & Letras, 2010.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. Psicanálise e saúde mental: uma leitura crítica do DSM. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 1, p. 125–138, 2007.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREITAS, Fátima; AMARANTE, Paulo. A medicalização da vida e a saúde mental: desafios para a política pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 147–165, 2015.

FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos* (1900). In: *Obras completas*, v. 4. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. *Inibição, sintoma e angústia* (1926). In: *Obras completas*, v. 17. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, Sigmund. *Notas sobre um caso de paranoia* (1911); *A dissolução do complexo de Édipo* (1924). In: *Obras completas*, v. 9 e 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2017.

ILLICH, I. *Nêmesis médica: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 3: As psicoses* (1955–1956). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (1957–1958). Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 10: A angústia* (1962–1963). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 22: RSI* (1974–1975). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LEITE, Miriam Debieux Rosa. *Angústia e clínica psicanalítica hoje*. São Paulo: Escuta, 2017.

LOWENKRON, Tânia Coelho dos Santos. Considerações sobre o diagnóstico em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 37–48, 1999.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA. Transtornos de ansiedade e depressão: um chamado à ação na saúde mental no Brasil. *Blog Observatório da Atenção Primária à Saúde*, 12 jan. 2024. Disponível em:

<https://biblioteca.observatoriosaudepublica.com.br/blog/transtornos-de-ansiedade-e-depressao-um-chamado-a-acao-na-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 7 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Transtornos de ansiedade*. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>. Acesso em: 7 out. 2025.

RIBEIRO, Juliana C.; GOMES, Ana C. O diagnóstico em psicanálise: do discurso ao sujeito. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 46355–46365, 2021.

SILVA, L. M.; CANAVEZ, F. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 522–534, 2017.

SILVA, M. R.; MACEDO, J. P.; MACHADO, A. M. A patologização da vida: um estudo sobre o diagnóstico e a medicalização na contemporaneidade. *Revista Psicologia e Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 314–324, 2015.

UNIFOR. Pesquisa aponta ansiedade como palavra do ano de 2024 no Brasil. *Universidade de Fortaleza*, Fortaleza, 8 jan. 2024. Disponível em: <https://unifor.br/-/pesquisa-aponta-ansiedade-como-palavra-do-ano-de-2024-no-brasil>. Acesso em: 7 out. 2025.

VON SOHSTEN, P.; MEDEIROS, C. P. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 63–74, 2016.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ZORZANELLI, R. T.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. *A construção da categoria de transtorno mental e a expansão da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.