



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Análise qualitativa de filmes retratando transtorno depressivo maior: o cinema como ferramenta na educação médica em psiquiatria**

**Vitor Martins da Silva**

**Salvador (Bahia), 2014**

## UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Da Silva, Vítor Martins

S586 Análise qualitativa de filmes retratando transtorno depressivo maior: o cinema como ferramenta na educação médica em psiquiatria / Vítor Martins da Silva. Salvador: VM, da Silva, 2014.

VII., 42 fls.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Elza Gorender.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Transtorno depressivo maior. 2. Cinema. 3. Educação médica. I. Gorender Miriam Elza. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU: 616.89-008.454



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Análise qualitativa de filmes retratando transtorno depressivo maior: o cinema como ferramenta na educação médica em psiquiatria**

**Vitor Martins da Silva**

Professor orientador: Miriam Elza Gorender

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

**Salvador (Bahia), 2014**

**Monografia:** *Análise qualitativa de filmes retratando transtorno depressivo maior: o cinema como ferramenta na educação médica em psiquiatria* de **Vitor Martins da Silva**.

Professor orientador: **Miriam Elza Gorender**

### **COMISSÃO REVISORA**

• **Miriam Elza Gorender** (Presidente, Professor Orientador), Professora Adjunta II do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

• **Sumaia Boaventura André**, Professora Adjunta IV do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

• **Eduardo Pondé de Sena**, Professor Associado II do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

• **Ana Paula Amaral de Brito**, Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação Patologia Humana e Experimental da Universidade Federal da Bahia

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Para minha mãe, Mena, e  
meus avós Saturnino e  
Waldemar. Vocês vivem em  
mim todos os dias.

**EQUIPE**

- Vitor Martins da Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Endereço para contato: Rua Clara Nunes, 443 Apto 504. Bairro: Pituba/ Lot. Aquarius. Salvador, Bahia, Brasil. Correio-e: martinsvitor92@gmail.com;
- Miriam Elza Gorender, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

## AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha professora orientadora, Doutora Miriam Elza Gorender, pela ideia do projeto, por suas marcantes presença e disponibilidade e, acima de tudo, por sua habilidade em transmitir com sabedoria e simplicidade seus conhecimentos.
- ◆ À Doutora Isabela Giuliano, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela gentileza em compartilhar materiais de grande importância para a construção deste trabalho.
- ◆ Ao Dr. Steven Harley, M.D., da Columbia University, pelas sugestões e por disponibilizar seus materiais.
- ◆ Aos membros da comissão revisora, pelas pertinentes e enriquecedoras sugestões de melhoria ao trabalho.
- ◆ Ao professor Jorge Guedes, pelas valiosas contribuições para melhoria do trabalho e disponibilização de contatos.

# ÍNDICE

<b>I. RESUMO</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>2</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>3</b>
III.1. O transtorno depressivo maior: características clínicas, critérios diagnósticos e perspectiva histórica	3
III.2. O uso do cinema no ensino de psiquiatria	12
III.2.1 O transtorno depressivo maior no cinema	14
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>16</b>
V.1. “Um grande garoto”	16
V.2. “Geração Prozac”	22
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>34</b>
<b>VII. CONCLUSÕES</b>	<b>38</b>
<b>VIII. SUMMARY</b>	<b>39</b>
<b>IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>40</b>

## RESUMO

### ANÁLISE QUALITATIVA DE FILMES RETRATANDO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: O CINEMA COMO FERRAMENTA NA EDUCAÇÃO MÉDICA EM PSIQUIATRIA

O uso do cinema na educação médica tem tido bons resultados e, na maior parte das vezes, a representação de transtornos mentais em obras cinematográficas é bastante fidedigna. **Objetivo:** avaliar a acurácia do retrato do transtorno depressivo maior em produções cinematográficas e sua aplicabilidade no ensino de psiquiatria. **Metodologia:** a busca por filmes foi feita com consulta a profissionais de saúde mental e literatura especializada em saúde mental e cinema. As características encontradas em cada filme foram comparadas aos critérios diagnósticos aceitos atualmente. **Resultados:** “Um grande garoto” mostra a história de Fiona, uma mãe solteira que apresenta um quadro de episódio depressivo marcado por facilidade para o choro, expressão facial apática, anedonia e uma tentativa de suicídio. “Geração Prozac” é baseado na autobiografia de Elizabeth Wurtzel, estudante de jornalismo que sofre de transtorno depressivo recorrente, caracterizado por abuso de álcool e outras drogas, duas tentativas de suicídio e melhora com terapia antidepressiva. **Discussão:** Os filmes escolhidos foram muito fidedignos quanto à representação dos sintomas e ambos evidenciaram corretamente a longitudinalidade dos sintomas de transtornos psiquiátricos, mas é fundamental o papel do professor quando da exibição dos mesmos para coordenar os debates entre estudantes. **Conclusões:** os filmes são uma ferramenta eficaz, interessante e abrangente no ensino de psiquiatria e sua aplicação deve ser associada a debates intermediados pelo professor para maximização de sua eficácia.

**Palavras-chaves:** 1. transtorno depressivo maior; 2. cinema; 3. educação médica.

## **OBJETIVOS**

### PRINCIPAL

Avaliar a acurácia do retrato de transtorno depressivo maior em produções cinematográficas e sua aplicabilidade ao ensino de psiquiatria.

### SECUNDÁRIOS

1. Propor as melhores formas de usar o cinema para o ensino da psiquiatria.
2. Sinalizar limitações do uso do cinema para o ensino da psiquiatria.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### III.1- O transtorno depressivo maior: características clínicas, critérios diagnósticos e perspectiva histórica

O transtorno depressivo maior é uma doença de grande importância e sua prevalência em 12 meses é de cerca de 7% nos Estados Unidos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). A prevalência de depressão no Brasil é variável, de 3% em cidades como São Paulo e Brasília até 10% em Porto Alegre (ALMEIDA-FILHO et al., 1997). Foi a quarta causa de incapacitação ajustada para anos de vida de todo o mundo no ano 2000 (ÜSTÜN et al., 2004). Possui grandes impactos tanto na capacidade individual quanto em redes familiares e sociais (LIMA, 1999) e seu custo estimado na Europa em 2004 foi de 118 bilhões de euros (SOBOCKI et al., 2006). Apesar de sua prevalência e dos seus impactos, os transtornos depressivos são subdiagnosticados e subtratados pelo clínico não-psiquiatra, sendo apenas metade dos quadros diagnosticada em centros de atenção primária e hospitais gerais (DEL PORTO, 2003).

A faixa etária de maior incidência são adultos jovens, geralmente entre 20 e 40 anos, e mulheres são acometidas em uma proporção de duas para cada homem (LIMA, 1999). Outros fatores de risco envolvidos são: baixas escolaridade e renda, divórcio, viuvez recente, morar sozinho, estresse crônico e residência em comunidades urbanas (LIMA, 1999).

Os transtornos depressivos são divididos na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10) em: episódio depressivo (F32) e transtorno depressivo recorrente (F33) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Os critérios diagnósticos para episódio depressivo (F32) são os que seguem:

“Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui episódios isolados de um (a): depressão psicogênica ou reativa; reação depressiva. Exclui: quando associados com transtorno de conduta em F91; transtorno de adaptação (F43.2); transtorno depressivo recorrente (F33).

F32.0 Episódio depressivo leve: Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado: Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos: Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e

os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Depressão episódio único sem sintomas psicóticos: agitada, maior ou vital.

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos”  
(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Esta é a classificação de transtorno depressivo recorrente:

“Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade(hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui: episódios recorrentes de depressão psicogênica ou reativa e de reação depressiva; transtorno depressivo sazonal. Exclui episódios depressivos recorrentes breves (F38.1).

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve: Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o

episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado: Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos: Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão sem sintomas psicóticos: endógena, maior recorrente ou vital recorrente.

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos: Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos: Episódio recorrente grave de depressão maior com sintomas psicóticos, psicótica, psicogênica ou reativa ou psicose depressiva.

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão: O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0-F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação: Depressão unipolar SOE” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A edição de 2013 do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) coloca como critérios diagnósticos de transtorno depressivo maior:

“Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao

funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer:

**Nota:** Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por terceiros (p. ex., parece choroso).

**Nota:** em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado).

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por terceiros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuir para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

A. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

B. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

**Nota:** os critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

**Nota:** respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

C. A ocorrência do episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtornos do espectro da esquizofrenia com outra especificação e não especificados e outros transtornos psicóticos.

D. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

**Nota:** Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O transtorno depressivo recorrente é mais comum que o episódio depressivo: como sinalizam Fleck et al. (2001), “aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas, sendo 4 a mediana de episódios” (FLECK et al., 2001).

Landeira-Fernandez & Cheniaux (2010) resumem a perspectiva histórica dos transtornos mentais:

“a forma como compreendemos os transtornos mentais atualmente é consequência de uma longa série de eventos históricos. Nossa perspectiva acerca do adoecimento mental mudou bastante ao longo do tempo, abrangendo desde explicações religiosas e sobrenaturais até teorias mais racionais, que culminaram, hoje em dia, em modelos teóricos muito elaborados, que propõem uma relação dinâmica entre genes, cérebro e ambiente” (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010).

Não é fácil precisar quando exatamente os transtornos depressivos começaram a ser reconhecidos na História, porém se admite que tenham sido oficialmente descritos pela primeira vez por Hipócrates (c. 460 a.C. – 370 a.C.), que nomeou a melancolia, a mania e a paranoia (CORDÁS, 2002). Segundo a teoria hipocrática, havia quatro fluidos essenciais – a bile, o fleugma, o sangue e a bile negra -, estando a melancolia relacionada a uma intoxicação cerebral pela última (*melan*, negro, e *cholis*, bile) (CORDÁS, 2002). Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.) é o primeiro a sinalizar a relação entre o grande estado de abatimento descrito por Hipócrates e o risco de suicídio e abuso de álcool (CORDÁS, 2002).

Na primeira metade da Idade Média, há menor influência dos pensamentos greco-romanos e maior da fé cristã, o que levou a um esquecimento do pensamento médico-científico em psiquiatria e a nosologia passa a se basear no demônio e no pecado (CORDÁS, 2002). Os valores gregos são retomados no Renascimento e a eles se associam uma nova perspectiva filosófica e psicológica sobre quadros psiquiátricos, embora ainda com idéias relacionadas a bruxas, demônios e possessões (CORDÁS, 2002). O movimento da Inquisição, no século XII, condenou muitos indivíduos portadores de doenças mentais sob a justificativa de que esses indivíduos se

encontravam sob influência de forças malignas (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010).

No período conhecido como Iluminismo, que se inicia no século XVIII, há a ascensão do racionalismo e o pensamento em psiquiatria é muito influenciado pela filosofia de Locke (1632-1704), que afirma que o cérebro é uma tábula rasa e que os fenômenos psicológicos se devem a experiências ambientais, e não a características inatas (CORDÁS, 2002). As idéias de Locke influenciam grandemente William Cullen (1710-1790), mais influente pensador do século XVIII para a medicina, para quem a melancolia decorria de alterações da função nervosa, e não de humores (CORDÁS, 2002).

No início do século XIX, Johann Heinroth (1773-1842) se torna o primeiro professor de “medicina psíquica” de que se tem notícia, na Universidade de Leipzig, Alemanha, onde se abrigam pacientes psiquiátricos, embora ainda sem finalidades terapêuticas, mas sim de isolamento do doente mental da sociedade (CORDÁS, 2002). Testava métodos como restrição física e cura pela água em seus pacientes, este último método se difundindo muito na Europa ao longo do século XIX (CORDÁS, 2002). Durante esse período, na França, surgiram vários expoentes em Psiquiatria, como Philippe Pinel (1745-1826), que é considerado o maior responsável pela humanização do tratamento dos doentes mentais e investigava as doenças independentemente de dogmas ou doutrinas, e seu sucessor, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), que introduziu a idéia da psiquiatria enquanto um saber clínico e, portanto, embasado no entendimento da anatomia cerebral, em vez da filosofia ou da moral (CORDÁS, 2002). O pioneirismo da França no que diz respeito à humanização do tratamento dos pacientes psiquiátricos pode ser em grande parte explicado pela Revolução Francesa, que trouxe importantes conceitos de direitos humanos (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010).

No final do século XIX, surgem as ideias de Emil Kraepelin (1856-1926), que escreveu tratados de psiquiatria contendo critérios diagnósticos que punham por terra o raciocínio nosológico antigo e enfatizavam fatores genéticos e biológicos no desenvolvimento da doença psiquiátrica, sendo considerado o pai da psiquiatria moderna (CORDÁS, 2002). Contudo, nas teorias de Kraepelin, todos os transtornos de humor eram classificados em uma única categoria denominada loucura maníaco-depressiva, só havendo a atual divisão entre depressão unipolar e depressão bipolar nas décadas de 1950 e 1960, divisão esta baseada principalmente nos trabalhos de Jules Angst e Perris (CORDÁS, 2002). Perris sugere que a depressão unipolar e a bipolar não se tratam de uma mesma entidade nosológica com cursos clínicos diferentes, mas sim de duas doenças independentes, com idade de aparecimento, fatores genéticos e prognósticos diferentes (PERRIS, 1966).

A chamada revolução psicofarmacológica se iniciou em meados do século XX, sendo a droga pioneira a clopromazina, antipsicótico descoberto em 1951 (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010). Os primeiros antidepressivos a surgir foram iproniazida e imipramina, o primeiro pertencente à classe dos inibidores da monoaminoxidase, em 1957, e o segundo dos tricíclicos, sendo seguidos por outras drogas (BAN, 2001). A descoberta da iproniazida foi ocasional, quando pesquisadores estudando seu efeito no tratamento de tuberculose notaram melhora no humor e na energia (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010). Dada a maior gama de efeitos colaterais dessas duas classes, houve a ascensão posteriormente dos inibidores seletivos da receptação de serotonina e mais recentemente por diversas outras drogas com a função de estimular os receptores 5HT<sub>2A</sub> de serotonina e outros (BAN, 2001). “A revolução psicofarmacológica alterou profundamente a abordagem terapêutica dos doentes mentais, permitindo que as internações psiquiátricas se tornassem mais curtas,

menos frequentes e, muitas vezes, desnecessárias” (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010). Apesar da comprovação científica da eficácia de fármacos antidepressivos, ainda existem conceitos errôneos na sociedade a seu respeito (CORDÁS, 2002) e, no Reino Unido, um em cada três pacientes com uma prescrição de antidepressivo não conclui o tratamento (MALPASS et al., 2009).

O maior precursor do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) foi Ugo Cerletti (1877-1963) e, após suas publicações, a técnica ganhou grande importância (ENDLER, 1988). Atualmente, como sinaliza Cordás (2002), “apesar de todas as polêmicas e preconceitos, a ECT permanece (...) como um dos mais eficazes tratamentos em Psiquiatria” (CORDÁS, 2002).

### **III.2- O uso do cinema no ensino de psiquiatria**

A saúde mental é um assunto explorado vastamente nas obras cinematográficas (LANDEIRA-HERNANDEZ & CHENIAUX, 2010). Tanto o cinema quanto a psiquiatria e a psicologia têm seu foco primário no pensamento, comportamento, emoções e motivação (GABBARD & GABBARD, 1999). Um estudo baseado no DSM-III, primeira edição do DSM a se basear em critérios diagnósticos estritamente científicos, mostrou que a representação de transtornos mentais na maior parte dos filmes é bastante fidedigna e pode ser considerada, em muitos deles, protótipo (HYLER, 1988).

As experiências com o uso do cinema como ferramenta pedagógica em escolas médicas têm tido bom resultados, dentre os quais Blasco et al. chamam a atenção:

“criam-se oportunidade e espaço para um diálogo amplo, multitemático, de questões que ocupam e preocupam, de fato, o estudante e que nem sempre encontram espaço formal acadêmico para serem abordadas; o educador surge como um facilitador do diálogo entre os alunos, expondo temas relativos ao ser humano e à vida, geralmente partindo das cenas apresentadas nos filmes,

onde os estudantes, habitualmente, projetam seu mundo pessoal; o diálogo entre os alunos é enriquecedor e meio de crescimento pessoal, quando se aprende a ouvir as opiniões dos outros, existindo realmente uma troca de perspectivas” (BLASCO *et al.*, 2005).

Vantagens do uso de filmes são que eles são bem produzidos, interessantes e vivos, além de não comprometerem a confidencialidade do paciente (BHUGRA, 2003). Nos filmes, os sintomas aparecem no contexto de vida dos personagens, não apenas num único encontro clínico (BHUGRA, 2003). Outra importante vantagem é que filmes retratam não só características dos transtornos psicopatológicos, mas também as dinâmicas pessoais, familiares e sociais (BHUGRA, 2003). Além disso, pode-se aprender também sobre relação médico-paciente, limites terapêuticos, profissionalismo, transferência e contra-transferência (BHUGRA, 2003).

Contudo, há limitações no uso de filmes. Muitos deles são irrealistas e podem terminar perpetuando estigmas acerca do profissional de saúde mental, bem como do paciente (HYLER & MOORE, 1996). Hyler et al. (1991) descrevem seis estereótipos básicos do paciente com transtorno psiquiátrico em filmes: o doente mental enquanto um espírito livre rebelde, o maníaco homicida, o sedutor, o indivíduo iluminado da sociedade, o parasita narcisista e o “espécime de zoológico”. Os estereótipos trazidos em meios de comunicação trazem prejuízos importantes para a vida do paciente com transtorno mental, diminuindo sua auto-estima, provocando medo de perseguir seus sonhos e fazendo-lhe perder oportunidades sociais (CORRIGAN, 1998). Quanto ao profissional de saúde mental, um estudo realizado com filmes vencedores do Prêmio da Academia de 1991 a 2001 encontrou que, de modo geral, o cinema não era antipsiquiátrico, mas retratava o psiquiatra enquanto “alguém fora dos padrões e excepcionalmente talentoso para ser capaz de entender e tratar uma pessoa” (DUBUGRAS et al., 2007).

### **III.2.1- O transtorno depressivo maior no cinema**

Os transtornos depressivos são frequentemente retratados no cinema e exemplos de filmes com personagens apresentando pelo menos um episódio de depressão, sem história de mania, são: *Geração Prozac*, *As horas*, *Sylvia*, *paixão além das palavras*, *Interiores*, *O homem errado*, *Pequena Miss Sunshine* e *Um grande garoto* (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010). Os sintomas mais comuns de transtorno depressivo maior encontrados em filmes são ideação e comportamento suicidas (HYLER & MOORE, 1996).

Já no cinema brasileiro, embora no período da chamada “retomada do cinema nacional”, que compreende o período entre 1994 e 2004, tenham sido produzidos inúmeros filmes retratando transtornos mentais, poucos deles tinham algum personagem com características de transtorno depressivo maior (MAIA et al., 2005).

#### IV. METODOLOGIA

As bases de dados utilizadas para a fundamentação teórica foram PubMed e SciELO, bem como literatura especializada em cinema e saúde mental. Foram selecionados artigos nos idiomas inglês, português e espanhol.

A busca por filmes que retratassem o tema foi realizada com consulta a profissionais de saúde mental e livros especializados em saúde mental e cinema, dando ênfase à literatura adotada na disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia. Os critérios de inclusão para os filmes foram: ser de ficção e conter cenas que retratassem transtorno depressivo maior conforme critérios diagnósticos dispostos nos itens F32 e F33 da décima edição da *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10) e no *Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais- Volume 5* (DSM-V). Foram excluídos filmes do tipo documentário. Foram excluídos filmes que apresentassem ao menos uma cena que sugerisse episódio maníaco ou hipomaníaco.

Dentre os filmes assistidos, aqueles em que o transtorno depressivo maior foi melhor retratado foram escolhidos para análise. Os filmes escolhidos foram analisados qualitativamente com base nos critérios diagnósticos e nas características clínicas do transtorno depressivo maior.

## **V. RESULTADOS**

Dos três filmes assistidos, “Um grande garoto” e “Geração Prozac” foram escolhidos para mais profunda análise. As descrições dos filmes são intercaladas por características inerentes ao transtorno depressivo maior presentes no CID-10, no DSM-V e nos livros-texto adotados na disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia.

### **V.1- “Um grande garoto”**

“Um grande garoto” se passa na cidade de Londres e retrata um caso de transtorno depressivo maior, vivido pela personagem Fiona, interpretada por Toni Collette.

O protagonista, Will Freeman, interpretado por Hugh Grant, é um homem que não trabalha; vive, com muito luxo, dos direitos autorais de uma canção natalina composta por seu falecido pai. É popular entre as mulheres e tem aversão a vínculos afetivos com as mulheres com quem se envolve sexualmente. Ao envolver-se com uma mãe solteira, passa a acreditar que mães solteiras tendem a elogiar mais, porque o comparam a parceiros anteriores, além de terminarem o relacionamento de forma mais amena. Passa, então, a frequentar encontros de pais solteiros, inventando ter um filho.

O outro protagonista, Marcus, interpretado por Nicholas Hoult, é um menino de 12 anos que refere odiar falar em público, sente-se deslocado nos seus círculos sociais escolares e sofre hostilidade por parte dos seus colegas. É filho de Fiona, uma musicoterapeuta. São pobres e vivem somente os dois em um apartamento do subúrbio da cidade. De fato, a depressão unipolar é mais comum em indivíduos divorciados ou separados (KAPLAN et al., 1997) e o risco de desenvolvimento do transtorno em 2 anos pode ser até duas vezes maior em mães solteiras quando comparadas a mulheres casadas (BROWN et al., 1997). Além disso, a pobreza é um importante preditor de depressão em mulheres (BELLE DOUCET, 2003).

Na primeira cena em que aparece, Fiona está levando Marcus a pé para a escola. Possui expressão facial apática ao longo do caminho e enquanto conversa com o garoto. Embora sorria brevemente ao despedir-se do mesmo, logo após volta a não esboçar nenhuma expressão facial. Já nesta cena se evidenciam a perda de interesse e a baixa reatividade aos eventos circundantes típicos da depressão.

Na segunda cena em que aparece, Fiona está na cozinha com a pele aparentemente hipocorada, olheiras acentuadas, edema palpebral e vestindo um robe. Chora copiosamente sem motivo aparente em frente ao filho enquanto prepara o seu café-da-manhã. O narrador, Marcus, fala: “A choradeira começou novamente, mas agora me assusta. Porque agora acontece até de manhã. Ela nunca tinha chorado de manhã antes. Eu não consigo entender. Ninguém morreu. Ela trabalha como musicoterapeuta [...], então há dinheiro suficiente para comida”. Enquanto prepara o café-da-manhã, a personagem, com psicomotricidade nitidamente alentecida, derrama o leite sobre a mesa da cozinha, quando chora ainda mais. A cena termina. As olheiras de Fiona nesta cena sugerem um quadro marcado por insônia, um sintoma comumente associado à depressão, especialmente a do tipo despertar matinal precoce. Os outros critérios presentes na cena são o alentecimento psicomotor e a facilidade para o choro, além da diminuição do interesse e do prazer, que, embora não referidos pela própria, são aparentes na forma como realiza as atividades. É também característica da depressão a piora dos sintomas pela manhã, referida por Marcus, sendo a piora matinal sugestiva da depressão melancólica (DEL PORTO, 1999).

Ao marcar um piquenique com Will, uma das mães solteiras leva Marcus, alegando que sua mãe não estava se sentindo muito bem. No piquenique, Will pergunta à pretendente se ela sempre toma conta de Marcus, ao que ela responde que com alguma frequência, pois a mãe do menino é às vezes “apagada”. Ao ouvir a conversa, Marcus

comenta: “você chama de ‘apagada’. Eu chamo de maluca”, ao que ela retruca: “ela não é maluca, Marcus. Ela só precisa de um fim de semana relaxante. Vamos aproveitar o piquenique e, assim que você chegar em casa, ela estará descansada”. Esta cena chama a atenção para um aparente menosprezo da importância dos sintomas depressivos e uma crença de que sejam autorresolutivos, além de evidenciar total ignorância do indivíduo acerca da sintomatologia e do curso do transtorno depressivo maior.

Na cena seguinte, ao fim do piquenique, todos voltam para a casa de Marcus e, ao entrar, encontram Fiona desacordada, deitada de modo desajeitado no sofá da sala, com os braços para fora do sofá, onde há uma poça de vômito. Sua boca está também recoberta por vômito. Há um vidro de comprimidos e um copo d’água na mesa ao lado de Fiona, que é levada de ambulância para um serviço de emergência e recebe alta no dia seguinte, voltando para casa. Esta cena evidencia a mais crítica consequência da depressão, o suicídio/ tentativa de suicídio, que é tanto critério diagnóstico quanto indicador de maior gravidade. Ao voltar, Marcus diz ter lido uma carta de despedida que ela deixara. Ela aparenta contrariada e diz ter se esquecido disso. Em tom indignado, Marcus pergunta: “Você se esqueceu de uma carta suicida?”. A mãe pergunta se ele lera a parte em que dizia que sempre o amaria. Ainda no mesmo tom, Marcus diz: “é difícil você me amar estando morta, não?”. Fiona responde: “Posso entender por que você está zangado, Marcus. Mas não me sinto mais do jeito como me sentia ontem, se isso ajuda”. Ainda irritado, Marcus pergunta: “Como assim? Foi tudo embora? Tudo aquilo?”, ao que ela responde, titubeante: “Não, mas... No momento... Sinto-me melhor”. Esta atitude de Fiona pode evidenciar um fato conhecido: após uma tentativa de suicídio, o indivíduo tenta ao máximo minimizar sua expressão de sintomas depressivos, devido ao estigma social em torno do suicídio e das repercussões que ele tem sobre as pessoas em torno do deprimido. Marcus responde: “No momento não é o suficiente para mim. Eu

estou vendo que você está melhor no momento. Você colocou a chaleira para ferver. Mas o que acontecerá quando você terminar o chá? O que acontecerá quando eu voltar para a escola? Eu não tenho como ficar aqui tomando conta de você todo o tempo”. Ela responde: “Querido, eu sei. Teremos de tomar conta um do outro. Nós dois”.

Então, Marcus, enquanto narrador, diz ter se dado conta de que duas pessoas não eram o suficiente. Liga para Will e marca um encontro entre os dois e Fiona. Fiona aparece para o encontro vestindo roupas excêntricas e aparentemente sem sintomas depressivos típicos. O personagem Will deixa sua impressão enquanto narrador: “O menino parecia pensar que aquilo era um encontro amoroso. Quanto à mãe, era nitidamente insana e parecia estar usando algum tipo de fantasia de ieti. Era melhor que aquilo fosse rápido”.

Após o encontro, Marcus passa a seguir Will e um dia bate à sua porta, afirmando ter descoberto que Will não tinha um filho. Propõe, então, que não contaria a ninguém sobre o fato de Will ter mentido sobre a existência de um filho caso aceitasse começar a sair com sua mãe. Ao ser perguntado por que ele queria isso, Marcus responde: “ela está triste. Acho que ela gostaria de um namorado”. Will não aceita o acordo e Marcus vai embora. Depois disso, Marcus insiste em tocar à porta de Will, que cede e passa a deixar o menino visitá-lo e assistir televisão com ele diariamente. Em uma das visitas, Will pergunta a Marcus: “E então, como vão as coisas em casa?”. Marcus responde: “Você quer dizer, minha mãe? Ela vai bem, obrigado”. Após um momento de silêncio, Will pergunta, nitidamente desconcertado: “Quero dizer... Você sabe... Ela...” e Marcus diz: “Sim, eu sei. Não, nada como aquilo”. Mais um momento de silêncio se faz e Will pergunta: “Mas isso ainda te perturba, certo?”. À sugestão da pergunta, Marcus se lembra novamente do momento em que chegara em casa e vira a mãe após a tentativa de suicídio e pensa consigo: “todos os dias. É por isso que venho aqui em vez de ir para

casa”, mas responde: “um pouco. Quando paro para pensar nisso”. Will solta uma interjeição e o assunto termina.

Ao descobrir que Will mantinha amizade com Marcus, Fiona fica preocupada e vai ao encontro de Will, quando o confronta no restaurante onde ele jantava. Durante a discussão, Fiona chama Will de melodramático e ele diz: “não acredito que estou sendo chamado de melodramático por uma mulher que tentou...”. Will não termina a frase por ser interrompido por Marcus, mas fica evidente que se referiria à tentativa de suicídio da personagem. Por fim, fazem as pazes e Marcus pergunta a Will se ele gostaria de passar o Natal com eles. A cena termina e Will pensa: “não, Marcus, não quero passar o Natal com vocês. Não quero passar o Natal com a Senhorita Granola Suicídio e sua prole”. Termina, no entanto, passando o Natal com a família de Marcus, quando sua mãe lhe dá um pandeiro de presente e diz “quando você canta, traz luz e felicidade para o meu coração”. Neste dia, Fiona está bem humorada, ri muito e não apresenta nenhum sintoma depressivo.

Passado algum tempo, ao voltar para casa, Marcus encontra mais uma vez sua mãe chorando sentada no sofá, sem motivo aparente. Ele tenta falar com ela, que apenas olha para ele, ainda chorando, e não dá nenhuma resposta.. Vai à casa de Will e chega dizendo: “minha mãe está naquelas de novo”. Will não entende e Marcus explica: “A choradeira. Ela fica sentada em casa chorando o dia inteiro. Ela chora pelas manhãs, também. Está tão ruim agora quanto antes do dia do piquenique”. Marcus então pede que Will converse com ela, mas ele se recusa e pede que Marcus se retire.

Em outra cena, pensando em agradar sua mãe, Marcus decide inscrever-se num concurso de canto na escola. Mostra a Fiona sua inscrição e ela esboça um sorriso, mas ainda aparenta muito prostrada e apática. Nestas cenas, vê-se marcadamente uma importante característica do transtorno depressivo maior, que é a ausência ou

diminuição de resposta emocional a estímulos e a incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. Esta característica é também importante para diferenciar o episódio depressivo maior do luto, pois é uma característica mais acentuada no primeiro.

Após algum tempo, Will decide encontrar Fiona, que estava em uma reunião de pais solteiros, e pede a ela que não tente cometer suicídio novamente. Em seguida, encontram-se em privado e ela se queixa: “não acredito que você disse aquilo. Foi uma experiência pessoal minha”. Will replica: “não é. Marcus está preocupado com isso e eu estou preocupado com Marcus porque ele está preocupado com você”. Fiona diz: “Will, não tenho planos de cometer suicídio. Não por ora”. Will a abraça e ela diz não ter interesse físico nele, que fica surpreso e pergunta: “você é louca?”. Ambos se entreolham e ele se retrata: “certo, palavra completamente errada. Mas é algo sobre o que precisamos conversar um pouco, essa coisa de chorar de manhã. Essa depressão. Vamos resolvê-la”. Fiona responde: “é o que os homens pensam, não é? Que a menos que se tenha uma resposta, a menos que se possa dizer ‘oh, eu conheço um certo sujeito na Essex Road que vai saber consertar isso’, não tem por que se preocupar”. Will responde: “eu adoraria conhecer esse tal sujeito, porque sinto que eu seria inútil...”, ao que Fiona lhe interrompe: “você não é inútil. Você está aqui. E isso importa”.

Na cena seguinte, ambos vão para a apresentação de canto de Marcus na escola. A caminho da apresentação, Will diz a Fiona que Marcus será ridicularizado pelos colegas e que ele não estava se expressando, mas sim a Fiona. Ela começa, então, a chorar e pergunta: “Will, sou uma má mãe?”. Will nega. Em prantos, Fiona diz: “eu sou uma má mãe. Eu deixei as coisas saírem de controle e não notei. Ele é um menino muito especial e tem uma alma especial, que eu machuquei”. Will diz: “por favor, cale a boca. Você está machucando a *minha* alma”. Nesta cena, mais um sintoma depressivo é evidenciado, o sentimento de culpa excessiva.

Antes da apresentação de Marcus, Will tenta persuadí-lo a não subir ao palco. Marcus diz que precisa fazer isso, pois sua mãe quer que ele cante e isso a fará feliz. Will responde: “Veja, Marcus, não há nada que você possa fazer para fazer sua mãe feliz. Não a longo prazo. Ela deve fazer isso por si própria”. Ainda assim, Marcus decide cantar, mas antes de iniciar a canção, diz que a dedicará à sua mãe. Todos os colegas riem. Will decide unir-se a Marcus no palco e Fiona se emociona com a apresentação. O público se desagrada e uma maçã é lançada em sua cabeça. Ao fim, Fiona agradece a Marcus pelo que fez por ela e elogia-o. Pergunta se ele gostaria de ir a uma lanchonete, mas ele diz que não está com fome. Fiona responde: “OK, outra vez. Qualquer hora. Eu ainda estarei por aqui por um bom tempo”.

Após cerca de um ano, Will está com sua namorada, o filho dela, Fiona e Marcus no Natal. Quando o outro menino pergunta a Will se ele se casará com sua mãe, Marcus comenta: “eu já quis que Will se casasse com a minha mãe. Mas isso era quando ela estava deprimida e eu estava desesperado”. Fiona aparece na cena seguinte, com a pele melhor corada e aparentemente bem-humorada, conversando com um amigo de Will.

## **V.2- “Geração Prozac”**

“Geração Prozac”, baseado na autobiografia homônima de Elizabeth Wurtzel, se passa em meados da década de 1980, em sua maior parte no campus da Universidade de Harvard, em Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos da América.

Elizabeth, interpretada por Christina Ricci, é uma adolescente que fora abandonada aos 2 anos pelo pai, que raramente participa da vida da jovem. Passa a viver com sua mãe, que coloca sempre grandes expectativas no talento de Elizabeth enquanto escritora. Elizabeth encontra na escrita um grande prazer e é exímia na tarefa. Em uma das primeiras cenas do filme, é mostrada, ainda em sua pré-adolescência, cortando a perna com uma lâmina no vestiário da escola. O primeiro episódio do transtorno

depressivo recorrente pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, e, embora faltem outros comensurativos para um diagnóstico preciso, tal cena aponta para a possibilidade de um episódio depressivo já nesta idade.

Quando Elizabeth consegue uma bolsa de estudos em jornalismo na Universidade de Harvard, sua mãe fica muito eufórica, mas Elizabeth parece apática ao acontecimento. Quando sua mãe fala ao telefone que Elizabeth está muito empolgada, ela comenta sarcasticamente, sem grande expressividade em seu tom de voz: “que pena, queria parecer psicótica”. Já nestas primeiras cenas, parece fisicamente abatida, demonstrando pouca ou nenhuma expressão aos eventos que a cercam e muito contrariada quando sua mãe lhe dá algum conselho. Evidenciam-se aqui sintomas típicos do humor deprimido, caracterizado, dentre outros, pela perda de interesse e/ou prazer. À mínima sugestão de que não fosse realmente se matricular, sua mãe parece extremamente abalada e comenta “Dr. Isaacs havia me advertido...”, fazendo menção a algum terapeuta passado de Elizabeth. “Ele disse que você se isolaria, que ficaria no quarto o dia inteiro”, ao que Elizabeth retruca: “não estou me isolando. Quero que as coisas mudem”. Esta passagem sinaliza para Elizabeth provavelmente sofrer de um transtorno depressivo recorrente. Isto chama a atenção para o fato de o transtorno depressivo recorrente ser muito mais comum do que um episódio depressivo isolado, tendendo a doença a ser crônica, com recaídas, e, “à medida que o paciente experimenta mais e mais episódios depressivos, o intervalo entre eles diminui, e a gravidade de cada episódio aumenta” (KAPLAN et al., 1997).

Logo ao chegar no campus da universidade, Elizabeth fala: “desde que sou criança, só saio com minha mãe. Não conseguia me enturmar com as outras crianças na escola. Elas me achavam estranha, então faziam sentir-me uma estranha. Minha mãe se aproveitou disso desde cedo, levando-me a peças, competições ortográficas, fazendo-me

estudar, escrever, ir a museus e shows e me fazendo escrever ainda mais. Ela achava que isso me levaria ao Santo Graal, Harvard, um lugar onde eu estaria cercada de pessoas que tinham algo em comum comigo. Não vou exigir muito. Eles não precisam ser fãs do Springsteen”. Logo ao chegar, conhece sua colega de quarto, Ruby, e rapidamente se tornam amigas. Elizabeth passa então a agir com grande apelo sexual em sua vida social na faculdade e participa de inúmeras festas no campus, sempre ingerindo grandes quantidades de álcool. Em uma das festas, conhece um rapaz que lhe oferece uma pílula de ecstasy e não hesita em usar. É muito comum o transtorno depressivo maior estar relacionado comorbidamente a abuso e dependência de substâncias e a taxa de comorbidades psiquiátricas, inclusive transtorno depressivo maior, é maior quanto mais potente e perigosa é a droga (KAPLAN et al. 1997). Os estudos indicam também que a dependência de álcool está mais fortemente associada à depressão no sexo feminino do que no masculino (KAPLAN et al., 1997).

Quando perde a virgindade com um garoto que conheceu no mesmo dia, Elizabeth decide fazer uma festa para celebrar sua iniciação sexual, dia em que fica muito embriagada e relaciona-se sexualmente com outro desconhecido. Muitos estudos apontam para comportamentos sexuais de risco e aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis em indivíduos com humor deprimido (BROWN A et al., 2006; BROWN LK et al., 2006; ROGERS et al., 2003). Nessa época, Elizabeth escreve uma crítica musical sobre Lou Reed e é convidada pela revista Rolling Stone para ser colunista desta, além de receber o prêmio de 1985 de jornalismo da Universidade de Harvard. Ao recebê-lo, Elizabeth narra: “quero me esquecer de tudo que aconteceu comigo antes. Quero congelar este momento para sempre”.

Enquanto se empenha para escrever um artigo para a Rolling Stone, Elizabeth começa a notar que tem dificuldades para se concentrar e não consegue escrever. Fica

sem dormir por vários dias e aparenta fatigada, com olheiras acentuadas e pouco responsiva ao que lhe é dito. Nesta passagem, evidenciam-se os sintomas de insônia, fadiga e capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, além de um provável comprometimento cognitivo. Quando Ruby diz ter notado que ela não estava bem, Elizabeth pensa: “estava perfeito até então. Sei que posso conseguir que volte a ser assim”. Continua tendo muita dificuldade para escrever o artigo e um dia, enquanto está escrevendo em meio a um grupo de amigos, um deles comenta que ela está cheirando mal, sendo ignorado por ela. Ao puxar a folha em que ela escrevia da sua mão, nota que se tratava de não mais que rabiscos. Quando diz isso a Elizabeth, ela se enfurece, entra em um estado de grande agitação e irritação e começa a bater no amigo, que a tranca no quarto. Ele comenta: “ela virou a mendiga de Harvard”. Esta cena evidencia mais uma característica associada à depressão, o comprometimento do autocuidado do indivíduo. O namorado de Ruby comenta: “ela precisa de algo. Algum tipo de ajuda médica”.

Na cena seguinte, Elizabeth, Ruby e o namorado desta estão na sala de espera do serviço médico da faculdade. Elizabeth ainda está extremamente agitada e folheia suas anotações compulsivamente. O namorado de Ruby comenta: “Elizabeth, você precisa se acalmar” e ela responde: “não foi isso que você disse quando estava com o pênis na minha boca”. Todos ficam em silêncio. Nas duas últimas cenas, ainda mais evidentemente que em outras do filme, está presente a disforia, que, embora não seja um critério diagnóstico, é considerada uma característica associada que apóia o diagnóstico. No consultório médico, quando perguntada se usara algum tipo de droga nas 24 horas anteriores, Elizabeth responde: “acho que cheirei cocaína e fumei um pouco de maconha, mas era só para fazer o efeito do ecstasy durar mais”. A médica pergunta se ela considera a possibilidade de ter um problema de abuso de substâncias e Elizabeth responde, em tom desafiador: “a única substância que me vem em mente agora é que

preciso que você me dê uns tranquilizantes para eu diminuir o efeito da cocaína”. A médica pergunta: “e o que acontece depois?” e Elizabeth se lembra de uma consulta com terapeuta no passado, levantando-se e dizendo: “se você for indicar terapia, não indique. Sou a prova viva de que não funciona. Você vai me dar alguma coisa ou não?”. A médica diz que não e Elizabeth se retira do consultório, contrariada. No caminho para casa, pensa: “estou caindo. Não consigo nem terminar meu artigo. Talvez ele estivesse certo, é tudo rabisco. Não tenho nada original para dizer. Escrever não poderá me salvar. Nem Harvard pode me salvar. Como posso escapar dos demônios na minha cabeça?”. É uma característica da depressão a sensação de desespero e inexistência de salvação, sendo inclusive muitas vezes difícil convencer o paciente depressivo de que possa melhorar (KAPLAN et al., 1997). Enquanto Ruby briga com ela por conta do acontecimento com seu namorado, Elizabeth se perde em pensamentos, deixa de prestar atenção ao que ela dizia e pensa: “Hemingway tem um momento clássico em ‘O Sol também se Levanta’. Quando perguntam para Mike Campbell como ele faliu, tudo que ele consegue dizer é: ‘gradualmente, depois rapidamente’. É assim que a depressão atinge. Você acorda numa manhã com medo de viver”.

Na cena seguinte, Elizabeth está prostrada, deitada na cama, no que aparenta ser à tarde ou fim da manhã. Está com sua mãe, a cujas perguntas responde em tom de voz monótono e de maneira muito alentecida. Enquanto fala, Elizabeth mantém seu olhar fixado em um único ponto, distante. O fato de Elizabeth passar grande parte do dia na cama sugere, bem como outras passagens, o sintoma de anergia. Outro sintoma bastante marcado nesta cena é o retardo psicomotor. Quando sua mãe abre uma das cortinas, Elizabeth aparenta muito contrariada. Sua mãe diz: “não acredito que você fez isso de novo”, ao que ela replica: “acha que eu quero ficar assim?”. Sua mãe responde: “eu não sei. Não sei, Lizzie. Achei que tudo fosse ficar bem. Estava tão orgulhosa de você em

Harvard. É porque não tenho vindo te visitar?”. Elizabeth nega e ela continua: “achei que tudo isso estivesse no passado, e então recebo um telefonema”. Elizabeth a interrompe: “mãe, isso não tem nada a ver com você. Quero dizer, não é nada que você tenha feito”. Sua mãe pergunta: “por que você está aqui?” e ela responde: “eu pedi um quarto só para mim. Por razões de instabilidade mental. Disse que não conseguia viver com outras pessoas. Sinto muito, mãe”. Sua mãe se irrita e diz: “não sou capaz de enfrentar isto! É demais! É muita loucura. Não vou mais fazer isso!”. Elizabeth se perde em seus pensamentos, pára de prestar atenção ao que a mãe diz e vira de lado na cama. Aqui, evidencia-se novamente o sintoma de dificuldade de concentração. Sua mãe pergunta: “o que há de errado com você? Você está grávida?” e ela responde que não e diz: “não tenho uma solução simples, está bem?”. Pela primeira vez, levanta-se da cama. Sua mãe diz: “não sei o que fazer. Tirei alguns dias de folga do trabalho... Eu quero ajudar! Não tenho dinheiro, mas...”, quando Elizabeth a interrompe: “fico muito melhor sozinha, está bem? Eu tenho de estudar. Tenho trabalhado muito e... Estou numa fase difícil, mas só preciso de alguns dias. Eu prometo que vou me cuidar. E vou visitá-la. Passaremos um tempo juntas em Nova York. Por favor, eu prometo. É que tenho todo esse trabalho para terminar”. Ambas acertam de passar o aniversário de Elizabeth juntas e sua mãe volta para Nova York e deixa-a sozinha.

Um dia, Elizabeth decide ir a uma festa no quarto de um amigo, que, ao abrir a porta, parece apreensivo e diz que só deixará que ela entre na festa se prometer não beber nem usar drogas. Ela responde: “não tenho motivos para ficar no seu quarto se estiver sóbria” e vai embora. Pensa: “quero explicar a ele o quão exausta estou. Mesmo nos meus sonhos. Como eu acordo cansada e como estou sendo afogada por alguma onda negra. Mas não consigo escrever. E ele nem quer saber mesmo”. Mais uma vez, há referência ao sintoma de anergia.

Na cena seguinte, Elizabeth encontra Ruby na lanchonete e pede que conversem. Ruby pergunta por que Elizabeth fez o que fez e ela responde: “eu estou toda ferrada. Sou como um modelo com defeito e não há como saber disso até que se tenha passado um tempo comigo. Alguns dias eu acordo e sinto-me tão vazia, tão ferrada, que faria qualquer coisa para me sentir diferente”. Ruby retruca: “Lizzie, quando estávamos juntas, você estava bem... Você era divertida...” e Elizabeth responde: “eu estava fingindo”. Ruby diz: “ouça, todos nós temos dias ruins”. Elizabeth pensa: “isto é o que as pessoas dizem quando não sabem o que dizer. Droga! Também não sei o que sugerir. Só o que quero é que alguém entenda, mas ninguém entende. E isso torna mais difícil a tolerância ao trivial”. Ruby diz: “eu quero ajudá-la, mas não sei o que fazer”. Elizabeth se irrita e diz: “não preciso dessa conversa de companheira agora, está bem?”. Pensa: “só o que vejo é o lado escuro de tudo. Pobre Ruby, acabei com a alegria dela. Olhe para o rosto triste e desanimado dela”. Esta fala evidencia os sentimentos de culpa excessiva da depressão.

Elizabeth passa a ser acompanhada por uma terapeuta. Na primeira consulta, diz: “não sei por que estou aqui”. Ao ser perguntada por que acha que está ali, diz: “não consigo mais escrever. Escrevo desde sempre, eu preciso escrever. Mas não escrevo há cerca de um mês. Sinto-me tão idiota fazendo terapia. Muitas pessoas tiveram infâncias piores do que a minha” e pensa: “eu sou o problema. Eu me preocupo por estar fazendo terapia. Eu me preocupo se não estiver fazendo terapia. Até me preocupo se não estou agradando a Dra. Sterling”. Diz: “fico pensando... Se eu pudesse ser normal, se eu pudesse me levantar da cama de manhã e tudo estivesse bem...”. Dra. Sterling pergunta o que Elizabeth considera normal e ela diz: “a maioria das pessoas. Elas se cortam, colocam um band-aid e continuam em frente. Eu continuo sangrando”. A sessão termina.

Elizabeth viaja para Nova York para seu aniversário. Enquanto sua mãe e seus avós estão na sala, Elizabeth se fecha em seu quarto, bebendo uma bebida alcoólica diretamente da garrafa. Pensa: “preciso de alguém para desligar o meu cérebro e ligar o meu coração”. Liga para Rafe, rapaz que conhecera num banheiro em uma festa, que diz: “oh, sim. Você é a deusa do ecstasy. Vamos nos encontrar quando você voltar para cá”. Desligam o telefone e ela pensa: “Parece que Rafe não percebeu, mas ele acaba de ser escolhido para salvar minha vida”.

Durante o jantar familiar, Elizabeth bebe compulsivamente. Quando sua mãe comenta com os avós que ela estava escrevendo para a Rolling Stone, Elizabeth diz que não escrevia havia meses. Levanta-se e, com marcha atáxica e nitidamente embriagada, diz: “você fala como se já tivesse lido algo”. Todos à mesa ficam desconcertados e sua mãe a repreende, dizendo que não aprova sua conduta. Elizabeth acende um cigarro e sai do recinto, enquanto seus avós discutem sobre se Elizabeth estava se drogando. A avó comenta: “as pessoas não se comportam assim a menos que estejam drogadas”. Sobre essa noite, Elizabeth diz, enquanto narradora: “sonhei com todas as coisas que queria ter dito. O contrário do que saiu da minha boca. Queria ter dito: ‘mãe, por favor, me perdoe. Por favor, me ajude. Sei que não tenho o direito de me comportar assim’”.

Na consulta seguinte, Elizabeth pensa: “isto não está tendo nenhum avanço. Minha mãe paga 100 dólares por hora por isto” e diz à terapeuta: “esta é a mesma porcaria de sempre. Tempo de discernimento. Não preciso ser Freud para saber que tenho medo de rejeição. E sei de onde vem, sei que é por causa do meu pai. Mas isso não muda nada”.

Ao ir para o encontro marcado com Rafe, Elizabeth pensa consigo: “por favor, tente agir como se não fosse louca”. Voltam para o quarto e Elizabeth pensa: “esperar, esperar, esperar. Esperar que ele tome uma atitude. Ele não sabe? Ele tem de ser minha

salvação. É lindo ele ser atencioso, compreensivo e politicamente correto, mas preciso que ele me beije agora mesmo”. Os dois se relacionam sexualmente nessa noite.

Um dia, o pai de Elizabeth vai visitá-la pela primeira vez. Ela pensa: “a Dra. Sterling deve ter ligado para ele. Por que ele viria aqui? Provavelmente para ver o quão terrível está a situação... Para ver se sua garotinha sobreviverá mais um dia bem. Ou finalmente ele sentiu minha falta”. Elizabeth e seu pai brigam posteriormente e ele diz: “tudo isso está me matando. Eu penso em todos os erros que cometi... Eu cometi muitos erros e não posso fazer nada. O que vou fazer?”.

Quando Rafe termina o namoro, Elizabeth piora significativamente seus sintomas depressivos, principalmente a irritabilidade. Na sessão seguinte, sua terapeuta sugere que use Prozac® (fluoxetina) e Elizabeth diz, irritada: “tudo que quero é que Rafe volte para mim, e você vem falar em pílulas?”. A terapeuta responde: “as coisas estão mais difíceis para você agora, acho que poderia ajudar”. Ainda colérica, Elizabeth diz: “você disse que eu estava melhorando” e a Dra. Sterling responde: “às vezes, as coisas doem mais antes de sentir a melhora”. Elizabeth a interrompe: “disse que tudo isso serviria para alguma coisa, toda essa maldita dor! Não acredito que me receita drogas depois de tudo isso”. Contudo, Elizabeth passa a usar a medicação.

Após cerca de duas semanas, a mãe de Elizabeth é assaltada na rua e Elizabeth tem de voltar a Nova York para vê-la. Quando chega, pensa: “é assustador. Pela primeira vez, as lágrimas me faltam. Não sei o que estou fazendo. Vamos encarar os fatos: eu estar aqui para ajudá-la parece uma piada cruel”. Elizabeth sobe até o último andar do prédio e começa a se inclinar em direção ao parapeito. Narra: “nem a altura me assusta mais”. Contudo, desiste de se matar e volta para o quarto de sua mãe, que lhe diz: “sua aparência está bem melhor”, ao que Elizabeth responde: “é o que todos dizem”. Elizabeth passa uma temporada na casa da mãe. Não chora mais, sua fala está

menos lacônica, está menos irritada e tem mais expressões faciais ao longo do discurso. Quando sua mãe diz ter se dado conta de que exigia demais dela e que ela não tinha mais de fazer nada que ela própria não quisesse, Elizabeth sorri e diz: “eu vou ficar bem, mãe. Vou ficar bem”. É documentado que em alguns pacientes o início da farmacoterapia antidepressiva pode aumentar a curto prazo o risco de suicídio (às vezes referido como suicídio paradoxal), já que, de modo geral, essas drogas diminuem os sintomas de falta de energia e fadiga antes de aumentarem os sintomas centrais de tristeza e anedonia, apesar de isso ser mais verdadeiro para os tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase do que para antidepressivos de mais novas gerações, como é o caso da droga usada com Elizabeth. Além disso, esta cena chama a atenção para a importância do assessoramento do risco de suicídio antes do início do uso de antidepressivos, pois estes são letais quando tomados em grandes quantidades e podem ser usados com fins suicidas se a prescrição for muito ampla (KAPLAN et al., 1997).

Ao sair da farmácia para comprar sua medicação, Elizabeth pensa: “vou ficar bem. E por um motivo... eu chamo a farmácia de “boca de crack”, onde venho pegar minha droga. A Dra. Sterling é minha traficante. Parece que todos os médicos estão traficando isso agora. Às vezes, sinto que estamos vivendo numa geração Prozac, os Estados Unidos da Depressão”.

Na consulta seguinte com a Dra. Sterling, Elizabeth aparece com melhor aparência, com discurso melhor organizado, sem choro ou outros sintomas depressivos. Diz: “não sei mais quem eu sou. Eu tenho uma personalidade, que é emocionalmente afetada, mas sou eu. E estou me vendo me tornar esta pessoa, que faz a coisa certa, diz a coisa certa, mas esta não sou eu”. Ao ser perguntada se se sente diferente, diz: “é claro que me sinto diferente. Estou sob efeito de remédio, essa era a intenção, não era?”. A Dra. Sterling diz: “sim, essa era a intenção. Você só não está ainda confortável com essa

nova pessoa”. Elizabeth responde: “mas não posso ser essa pessoa sem tomar remédio. Assim, parece que tudo está sendo mascarado”. Dra. Sterling diz que recomenda que ela continue o tratamento, mas que a escolha deve partir dela própria. Ela se levanta e vai até o banheiro do consultório, onde quebra um copo na pia do banheiro, pega um dos cacos de vidro e começa a tentar cortar seu pulso esquerdo. Neste momento, a Dra. Sterling entra no banheiro e vê a tentativa. Elizabeth fica constrangida e desiste da tentativa.

Elizabeth conclui o filme com sua narrativa: “se minha vida pudesse ser como nos filmes... Queria que um anjo descesse até mim como faz com Jimmy Stewart em ‘It’s a Wonderful Life’ e convença-me a não cometer suicídio. Sempre esperei por esse momento de verdade para me libertar e mudar minha vida para sempre, mas ele não virá. Não é assim que acontece. Todos os remédios, toda a terapia, brigas, raiva, culpa, Rafe, pensamentos suicidas, tudo isso era parte de um processo de recuperação lento. Da mesma forma como desmoronei, eu voltei a me levantar, gradualmente, e depois rapidamente. O remédio não levou à cura, Deus sabe disso. Mas me deu tempo para respirar, o que me permitiu começar a escrever novamente, só que desta vez minha vida não dependia dele”. Esta fala sumariza a importância do uso de antidepressivos no tratamento da depressão, além de evidenciar uma importante informação para pacientes e profissionais, que é o de que o transtorno depressivo maior é uma doença que possui atualmente um tratamento eficaz e, embora não se possa falar em cura, o controle da doença de modo a abolir ou minimizar as consequências biológicas, psíquicas e sociais pode ser muito satisfatório quando o diagnóstico é bem feito e o tratamento alia farmacoterapia e psicoterapia, dentre outras, indicadas corretamente.

O filme se encerra com fatos verídicos: “sete anos depois, ‘Geração Prozac’, de Elizabeth Wurtzel, foi publicado e tornou-se um *best-seller* internacional. Somente nos

Estados Unidos, mais de 300 milhões de receitas são feitas por ano para Prozac® e outros anti-depressivos”.

Como, pela história apresentada no filme, Elizabeth nunca cursou com sintomas maníacos, podemos classificá-la no CID F33- Transtorno depressivo recorrente.

## DISCUSSÃO

Os filmes analisados foram escolhidos por apresentarem quadros de transtorno depressivo maior muito fidedignos quando comparados ao encontrado na literatura médico-psiquiátrica e na prática clínica.

Neste trabalho, entremeamos as descrições das cenas dos filmes com as características clínicas inerentes ao transtorno ali representadas, na medida em que assim se dá a construção do raciocínio diagnóstico do estudante enquanto assiste ao filme.

Os manuais diagnósticos CID-10 e DSM-V foram escolhidos por serem atualmente as mais proeminentes diretrizes neste sentido, embora este mais corriqueiramente usado na pesquisa e aquele, no cotidiano clínico. A literatura escolhida assim o foi em decorrência de ser a adotada na disciplina de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Bahia; embora possa haver divergências quanto à bibliografia adotada nas diferentes escolas médicas, acreditamos que, com essa medida, aproximamo-nos mais de nossa realidade de ensino, ainda assim sem grandes perdas em reprodutibilidade em outras escolas.

Uma importante característica que ficou evidenciada nos filmes assistidos foi a longitudinalidade das manifestações do transtorno mental no indivíduo. Diferentemente da consulta clínica, que é um encontro transversal e que depende da habilidade do profissional em colher em tempo limitado o máximo de dados relevantes ao diagnóstico, nesses filmes os personagens são mostrados em seu dia-a-dia e nas mais diversas situações, além de a observação ser menos dependente do que o paciente diz e mais dos seus comportamentos, emoções e, muitas vezes, pensamentos.

Outra vantagem dos filmes escolhidos foi o fato de serem *hollywoodianos* e, assim, em geral mais palatáveis à maior parte dos estudantes, além de terem um caráter

cronológico linear bastante evidente; cenas do tipo “flashback”, quando presentes, surgem com a utilização de artifícios cinematográficos típicos, com nitidez nos momentos de início e término do “flashback”. Contudo, Bhugra (2003) sinaliza que há diferenças significativas entre os filmes *hollywoodianos* americanos e as produções americanas independentes, na medida em que os primeiros são geralmente mais comerciais e mais frequentemente caem no senso comum (BHUGRA, 2003).

Em “Geração Prozac”, é bastante evidente que se trata de transtorno depressivo recorrente, dadas as diferentes passagens com referências a episódios anteriores. Em contrapartida, “Um grande garoto” não se refere a episódios anteriores e Fiona é vista em um determinado momento de sua vida, não sendo possível diferenciar marcadamente entre episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente, apesar de haver períodos de aparente remissão dos sintomas na personagem.

Ambos os filmes chamam a atenção também para o fato de, ao contrário do que muitas vezes apregoa o senso comum, não depender da vontade do doente depressivo o controle dos seus sintomas. Em “Geração Prozac”, a mãe de Elizabeth frequentemente a culpa por não tentar dar um rumo diferente à sua vida e, de fato, em diversas passagens Elizabeth fala sobre sua vontade de nunca mais sofrer de depressão novamente. Do mesmo modo, em “Um grande garoto”, Fiona é cobrada de seu filho e todos ao seu redor para que mude sua atitude. “Um grande garoto” destaca também de forma contundente o estigma social que a tentativa de suicídio traz para o indivíduo, revelado em várias passagens em que personagens se referem a Fiona sempre a chamando de suicida ou na cena em que Will não admite ser chamado de melodramático por uma mulher que tentou o suicídio. Deve-se observar, no entanto, que “Um grande garoto” passa uma impressão de cura e remissão total da doença, sugerida na cena final. Sabe-se que o transtorno depressivo possui curso na maioria das vezes crônico e que a evitação

de recaídas depende grandemente do uso de antidepressivos de maneira profilática, geralmente por toda a vida. Apesar de a representação dos sintomas de Fiona no filme ser muito fidedigna, “Um grande garoto” não entra em particularidades de como se deu a conduta médica no caso: não há referências a acompanhamento psiquiátrico, a quais estratégias terapêuticas foram empregadas e há até mesmo a impressão de que o quadro de Fiona se reverteu por si só, dependendo apenas do estreitamento de laços afetivos. Isso se deve provavelmente ao fato de todo o filme ser narrado e visto sob a óptica de uma criança, geralmente menos atenta aos aspectos médicos. Já “Geração Prozac” mostra diversas nuances clínicas, que vão desde a eficácia de um tratamento que alie farmacoterapia e psicoterapia até detalhes da relação terapeuta-paciente, destacados na postura quase sempre assertiva da terapeuta de Elizabeth.

Cabe notar que particularmente para o transtorno depressivo maior pode ser difícil o diagnóstico diferencial no cinema, visto que muitas vezes pode não haver no filme quaisquer cenas ou mesmo evidências nos diálogos ou pensamentos de episódios maníacos ou hipomaníacos, o que passaria a classificar um personagem enquanto sofrendo de transtorno bipolar do humor, e não mais de transtorno depressivo maior.

Do ponto de vista pedagógico, um ponto a ser observado é que os tipos de aprendizagem são grandemente variáveis entre os diferentes estudantes e a introdução de diferentes metodologias de ensino (neste caso, o cinema) pode ser ainda mais particularmente valiosa para aqueles menos sensíveis à metodologia tradicional.

Salientamos, no entanto, a fundamental importância do professor enquanto mediador entre as características apresentadas nos filmes e aquelas da realidade, talvez ainda mais do que com a literatura especializada tradicional: apesar de, como mostrado, a representação dos transtornos ser geralmente muito próxima ao realmente encontrado, o compromisso do cinema com a ciência não é tão estreito quanto o da literatura médica

e, portanto, eventuais incongruências devem ser prontamente identificadas pelo professor. Além disso, o professor tem o papel de imprimir sua experiência profissional no sentido de demonstrar a relevância médica das passagens dos filmes, contextualizar os achados com a longitudinalidade do diagnóstico psiquiátrico e coordenar a discussão com os alunos de modo que exponham suas impressões, tanto diagnósticas quanto de todos os outros aspectos que permeiam o universo do paciente psiquiátrico- sociais, laborais, de sua relação com o médico, dentre outros.

O uso de avaliações, questionários e/ou trabalhos associados à exibição dos filmes pode ser uma estratégia de grande valor para captura da atenção dos estudantes, bem como o debate após o filme, não apenas o exibindo e não dando um caráter de discussão à ocasião.

É uma limitação deste estudo o fato de não haverem sido empregados diretamente os filmes com estudantes, o que permitiria avaliar mais adequadamente a eficácia dessa ferramenta. Sugerimos que, em estudos futuros, estudantes possam ser randomizados em grupos em que o cinema seja associado ao ensino da psiquiatria e avaliados concomitantemente a outros em que apenas a metodologia de ensino convencional seja empregada, a fim de objetivamente quantificar os resultados.

## CONCLUSÕES

1. Os filmes se aproximam muito da apresentação usual de pacientes com transtorno depressivo maior e o seu emprego na educação médica em psiquiatria pode ser altamente eficaz.
2. O cinema é uma ferramenta não só eficaz, mas também mais interessante e que preserva a confidencialidade do paciente, além de evidenciar mais facilmente a longitudinalidade do diagnóstico psiquiátrico.
3. O doente mental é visto no seu cotidiano e no seu contexto de vida, o que facilita o debate e permite ao estudante refletir sobre outras nuances acerca da vida do doente mental, não apenas o seu diagnóstico em si.
4. Para a devida eficácia, é fundamental o papel do professor enquanto intermediador entre as informações apresentadas ao longo do filme e os critérios diagnósticos e características associadas aceitos atualmente.
5. Embora a literatura já demonstre bons resultados no uso do cinema para ensino da psiquiatria, são necessários mais estudos, especialmente com mais transtornos mentais, para que melhor se avaliem a ideal metodologia a ser utilizada e os filmes mais adequados a cada transtorno.

## SUMMARY

The use of cinema in medical education has been having good results and usually the depict of mental disorders in movies is very accurate. **Goals:** to evaluate the accuracy of the portray of major depressive disorder in movies and its applicability in teaching psychiatry. **Methodology:** the search for movies was made by consulting mental health professionals and specialized literature about mental health and cinema. The features found in each movie were compared to the diagnostic criteria currently used. **Results:** “About a boy” tells the story of Fiona, a single mother who presents with a major depressive episode marked by easiness for crying, apathic facial expression, anedonia and an attempt of suicide. “Prozac Nation” is based on Elizabeth Wurtzel’s autobiography, a Journalism student who suffers from recurrent depressive disorder, marked by abuse of alcohol and other drugs, two attempts of suicide and good results with antidepressive therapy. **Discussion:** The movies picked were very accurate regarding the portray of the symptoms and both of them showed correctly the longitudinality of psychiatric disorders, but the role of the professor while exhibiting the movies is fundamental to coordenate the debate among students. **Conclusions:** movies are a very effective, interesting and in-depth tool in teaching psychiatry and its use must be associated with debates intemediated by the professor in order to maximize its effectiveness.

**Keywords:** 1. major depressive disorder; 2. cinema; 3. medical education.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES J, ANDREOLLI SB, BUSNELLO ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimations. *BJ Psych* 1997; 171: 524-9.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina [homepage na internet]. Projeto Diretrizes: Diagnóstico e Tratamento da Depressão [acesso em 26 mai 2014]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br>
4. BAN TA. Pharmacotherapy of depression: a historical analysis. *J Neural Transm* 2001 Jun; 108: 707-16
5. BLASCO PG, GALLIAN DMC, RONCOLETTA AFT, MORETO G. Cinema para o Estudante de Medicina: um Recurso Afetivo/ Efetivo na Educação Humanística. *Rev Brasil Educ Med* 2005 Mai-Ago; 29 (2): 119-28
6. BHUGRA D. Teaching psychiatry through cinema. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2003; 27: 429-30.
7. CORDÁS TA. Depressão: da bile negra aos neurotransmissores, uma introdução histórica. São Paulo: Lemos; 2002.
8. DEL PORTO JA. Depressão. [S.I.]: EPM; 2003.
9. DUBUGRAS MTB, MARI JJ, DOS SANTOS JFQQ. A imagem do psiquiatra em filmes ganhadores do Prêmio da Academia entre 1991 e 2001. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2007 Jan-Abr; 29: 100-9.
10. ENDLER NS. The origins of electroconvulsive therapy. *Convuls Ther* 1988; 4: 5-23.

11. GABBARD GO, GABBARD K. *Psychiatry and the cinema*. 2. ed. Chicago, IL: American Psychiatric Press; 1999.
12. *Geração Prozac* [filme]. Direção: Erik Skjoldbjaerg. Los Angeles: Flashstar; 2001.
13. HYLER SE. DSM-III at the cinema: madness in the movies. *Compr Psychiatry* 1998; 29 (2): 195-206.
14. HYLER SE, GABBARD GO, SCHNEIDER I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42 (10): 1044-49.
15. HYLER SE, MOORE J. Teaching Psychiatry? Let Hollywood Help! *Acad Psychiatry* 1996 Dec; 20 (4): 212-9.
16. LANDEIRA-FERNANDEZ J, CHENIAUX E. *Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes*. São Paulo: Artmed; 2010.
17. MAIA JMC, CASTILHO SM, MAIA MC, LOTUFO NETO F. Psicopatologia no cinema brasileiro: um estudo introdutório. *Ver. Psiq. Clín.* 2005; 32 (6): 319-23.
18. MALPASS A, SHAW A, SHARP D, WALTER F, FEDER G, RIDD M, KESSLER D. “Medication career” or “moral career”? The two sides of managing antidepressants: a meta-ethnography of patients’ experiences of antidepressants. *Soc Sci Med* 2009 Jan; 68: 154-68.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. 10ª revisão, 2008.
20. PERRIS C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1966 Dec; 41: 184-9.

21. SOBOCKI P, JÖNSSON B, ANGST J, REHNBERG C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 87-98.
22. Um grande garoto [filme]. Direção: Chris and Paul Weitz. Los Angeles: Universal; 2003.
23. ÜSTÜN TB, AYUSO-MATEOS JL, CHATTERJI S, MURRAY CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *BJ Psych* 2004; 184: 386-92.