



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Gessyelle Catarine da Silva

**CAMPINA GRANDE- PB
2021**

GESSYELLE CATARINE DA SILVA

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS da Universidade Federal de Campina Grande UFCG), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Linha de Pesquisa: Cultura e Identidade

Orientador: Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva

CAMPINA GRANDE-PB

2021

S586c Silva, Gessyelle Catarine da.
A construção social da depressão na contemporaneidade / Gessyelle
Catarine da. - Campina Grande, 2022.
110 f. : il. Color

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de
Campina Grande, Centro de Humanidades, 2021.
"Orientação: Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva".
Referências.

1. Depressão. 2. Depressão - Sintomas. 3. Contemporaneidade. 4.
Sofrimento. 5. Mal Estar. 6. Sociologia. I. Silva, Vanderlan Francisco
da. II. Título.

CDU 616.89-008.454(043)

GESSYELLE CATARINE DA SILVA

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS da Universidade Federal de Campina Grande UFCG), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Linha de Pesquisa: Cultura e Identidade

Orientador: Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva

Data da aprovação: 30 de agosto de 2021

BANCA EXAMINADORA

Dr. Vanderlan Francisco da Silva (PPGCS/UFCG. Orientador)

Dr. José Ferreira Júnior (PÓS-DOC/ PPGCS/UFCG. Exº. Interno)

Dr^a. Myrna Agra Maracajá (FIP. Ex^a Externa)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
POS-GRADUACAO EM CIENCIAS SOCIAIS
Rua Aprígio Veloso, 882, - Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900

REGISTRO DE PRESENÇA E ASSINATURAS

ATA DA DEFESA PARA CONCESSÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS SOCIAIS, REALIZADA EM
30 DE AGOSTO DE 2021

CANDIDATA: **Gessyelle Catarine da Silva**. COMISSÃO EXAMINADORA: Vanderlan Francisco da Silva, Doutor, PPGCS/UFPG, Presidente da Comissão e Orientador; José Ferreira Júnior, Doutor, PÓS-DOC/PPGCS/UFPG, Examinador Interno; Myrna Agra Maracajá, Doutora, FIP, Examinadora Externa. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "*A Construção Social da Depressão na Contemporaneidade*". ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Sociologia. HORA DE INÍCIO: 08h00 – LOCAL: Sala Virtual (Google Meet), em virtude da suspensão de atividades na UFPG decorrente do corona vírus. Em sessão pública, após exposição de cerca de 45 minutos, a candidata foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo demonstrado suficiência de conhecimento e capacidade de sistematização no tema de sua dissertação, obtendo conceito APROVADA. Face à aprovação, declara o presidente da Comissão achar-se a examinada legalmente habilitada a receber o Grau de Mestre em Ciências Sociais, cabendo a Universidade Federal de Campina Grande, como de direito, providenciar a expedição do Diploma, a que a mesma faz jus. Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata, que é assinada por mim, RINALDO RODRIGUES DA SILVA, e os membros da Comissão Examinadora. Campina Grande, 30 de Agosto de 2021.

Recomendações:

RINALDO RODRIGUES DA SILVA
Secretário

VANDERLAN FRANCISCO DA SILVA, Doutor, PPGCS/UFPG
Presidente da Comissão e Orientador

JOSÉ FERREIRA JÚNIOR, Doutor, PÓS-DOC/PPGCS/UFPG
Examinador Interno

MYRNA AGRA MARACAJÁ, Doutora, FIP
Examinadora Externa

GESSYELLE CATARINE DA SILVA

Candidata

2 - APROVAÇÃO

2.1. Segue a presente Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata **GESSYELLE CATARINE DA SILVA**, assinada eletronicamente pela Comissão Examinadora acima identificada.

2.2. No caso de examinadores externos que não possuam credenciamento de usuário externo ativo no SEI, para igual assinatura eletrônica, os examinadores internos signatários certificam que os examinadores externos acima identificados participaram da defesa da dissertação e tomaram conhecimento do teor deste documento.



Documento assinado eletronicamente por **VANDERLAN FRANCISCO DA SILVA, PROFESSOR 3 GRAU**, em 30/08/2021, às 10:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gessyelle Catarine da Silva, Usuário Externo**, em 30/08/2021, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOSÉ FERREIRA JÚNIOR, Usuário Externo**, em 30/08/2021, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **RINALDO RODRIGUES DA SILVA, SECRETARIO**, em 30/08/2021, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **1734568** e o código CRC **8F6C004D**.

Dedico este trabalho àqueles que diariamente convivem com a depressão.

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria, leveza e gratidão que faço os meus agradecimentos a todas as pessoas que estiveram comigo ao longo dos dois anos do mestrado e aos outros que conheci durante o processo de escrita da dissertação. O carinho, apoio e a contribuição, mesmo que indiretamente, de todos vocês, tornaram os dias mais leves e esse trabalho possível.

Foram momentos desafiadores, pois o processo de escrita de uma dissertação está envolta de desafios, dificuldades e solidão, por isso, sou grata por todos os caminhos que permitiram a finalização desse trabalho. Mas também, em meio a todo esse processo vivenciado, encontrei bons amigos e pessoas queridas ao meu lado.

À minha mãe Leoneide Francisca, que sempre foi meu porto seguro. Sou grata pelos incentivos, pelo acolhimento, pelas palavras de afeto, por acreditar em mim e ser tão presente na minha vida. Gratidão ao meu pai José João pelo incentivo, pela contribuição, mesmo que de forma indireta e pelas risadas que possibilitaram a vida ser ainda mais leve e divertida. Amo vocês.

Às minhas irmãs, Regineide Dahyane e Leonara Nahyane, pela amizade, conversas, risadas, incentivos e companheirismo de sempre, sou muito feliz por tê-las em minha vida. Obrigada pela paciência durante o processo de escrita e pelo apoio. Amo vocês.

Aos meus queridos sobrinhos, Francisco Gabriel e Heitor Miguel que me ensinam diariamente como a vida pode ser boa, leve e divertida. Lalá/Teté, como carinhosamente me chamam, ama muito vocês.

Às minhas avós Gessy Severina e Gercina Cabral. Às minhas tias Maria José, Maria Aparecida e Ladvane Francisca, que mesmo com toda a distância continuam sempre presentes na minha vida, obrigada pelo carinho.

Ao meu companheiro Gilson Gabriel pela paciência, acolhimento, incentivo, apoio e palavras de conforto de todos os dias. Ami nta amau.

Ao professor e orientador Vanderlan Silva por aceitar mais esse desafio. Obrigada pelo auxílio e contribuições para que esse trabalho fosse possível. Gratidão pelos ensinamentos e toda ajuda. És referência de profissional e ser humano de luz.

À minha amiga Ariane Alves pela amizade recíproca e verdadeira. Obrigada por todo carinho, conversas, risadas e angústias compartilhadas.

Ao meu amigo Marcus Whinter pela caminhada lado a lado desde a graduação. Obrigada pelas risadas, pela amizade e por toda contribuição.

Ao meu amigo Muryel Moura, pelo apoio e disponibilidade de sempre. Sou muito grata por nossa amizade, pelas contribuições e incentivos.

Ao meu amigo Anderson Procópio pela amizade recíproca. Gratidão.

À Erick, Letícia, Almir Rogério, Milenna Jordana, Natália Marinho, Antonio Naéilton, Paulo Romário, Pedro Netho e Susana Rolim, meu muito obrigada.

À Lourdes Teixeira e a Natalice Margareth pelas palavras de carinho e preocupação. Gratidão.

Ao grupo de estudo Vivências Negras pelo aquilombamento, afeto e diálogos compartilhados.

Obrigada Daguia, Ana Paula, Auxiliadora Gomes e Maiany Carly.

Ao grupo de pesquisa SOCIATOS e ao PET Antropologia pelas contribuições.

Aos colegas de trabalho que formam a Equipe de Acompanhamento ao Migrante Refugiado Warao de Campina Grande, nas pessoas de Thaís Lima, Samara Almeida, Niedja Lopes e Raif Nóbrega. Gratidão pelo aprendizado de todos os dias e pela luta incansável para a garantia de direitos e bem-viver do povo Warao que estão na cidade.

À professora Myrna Maracajá e ao professor Ferreira Júnior que aceitaram o convite para participar da banca de defesa da presente dissertação. Obrigada pelas contribuições valiosas.

Às mulheres afetadas pela depressão que de forma voluntária participaram da nossa pesquisa.

Muito obrigada.

À CAPES, por ter possibilitado durante dois anos a bolsa de estudos, tornando possível a minha permanência na Universidade e a conclusão desse trabalho.

RESUMO

A depressão é um fenômeno polissêmico que, combinando fatores psicológicos, biológicos e sociais, apresenta causas variadas. Estima-se que, ao redor do mundo, cerca de 350 milhões de pessoas são acometidas por esse fenômeno todos os anos. Desse modo, a depressão tem sido considerada, diante de muitos, um grande “mal-estar” do século XXI, sendo também elevada a uma epidemia, tendo em vista a proporção que tem tomado na contemporaneidade. À vista disso, o presente estudo tem como objetivo analisar como a experiência da depressão é socialmente construída, por isso buscou-se compreender quais circunstâncias sociais levam os indivíduos a serem afetados pela depressão, como tem sido realizado o diagnóstico da depressão, como a pandemia do covid-19 maximizou o sofrimento dos sujeitos acometidos por esse fenômeno e quais estratégias são utilizadas pelos indivíduos para o enfrentamento da sua afetação. No que se refere à metodologia, nossa pesquisa apresenta-se como qualitativa e utilizamos entrevistas com roteiro semiestruturado para a coleta dos dados, assim como a técnica bola de neve para o recrutamento dos sujeitos. Baseamo-nos nas contribuições de Bauman (2001), Dunker (2021), Lipovetsky (2005), Han (2017), Ehrenberg (2010) e Kehl (2009). Sendo assim, constatamos que os sujeitos acometidos pela depressão se apropriam de um vocabulário médico e de sintomas para expressar o seu sofrimento, uma vez que as respostas das entrevistadas estão envoltas de sofrimento, sintomas e mal-estar.

Palavras-Chave: Depressão; Contemporaneidade; Sofrimento; Mal-estar.

ABSTRACT

Depression is a polysemic phenomenon that, when combined with psychological, biological, and social factors, can present different causes. It is estimated that about 350 million people worldwide are affected by this phenomenon every year. Thus, depression has been considered by many as a great "malaise" of the 21st century, which has increased to a level of an epidemic, due to the proportion it has taken in the contemporary world. Considering this, the present study aims to analyze how the experience of depression is socially constructed. To do so, we sought to comprehend which social circumstances lead individuals to be affected by depression, how the diagnosis of the disease has been carried out, how the covid-19 pandemic maximized the suffering of those affected by depression, and which strategies are used by individuals to deal with this condition. In regards to the methodology followed, our research is qualitative, and we used interviews with a semi-structured script to generate data, as well as the snowball sampling technique for recruiting individuals. We draw on the contributions of Bauman (2001), Dunker (2021), Lipovetsky (2005), Han (2017), Ehrenberg (2010) and Kehl (2009). Thus, we found that the individuals affected by depression make use of symptoms and medical vocabulary to express their feelings since their answers are shrouded in suffering, symptoms, and malaise.

Keywords: Depression; Contemporaneity; Suffering; Malaise

LISTA DE SIGLAS

- APA-** Associação Americana de Psiquiatria
- AVC-** Acidente Vascular Cerebral
- CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial
- CID-** Classificação Internacional de Doenças
- DSM-** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- PNS-** Pesquisa Nacional de Saúde
- TDDH-** Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor
- TDAH-** Transtorno do déficit de Atenção com Hiperatividade
- TDM-** Transtorno Depressivo Maior
- TDPM-** Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
- TPB-** Transtorno de Personalidade Borderline

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DA TEORIA DO HUMOR À DEPRESSÃO NA ATUALIDADE.....	18
2.1 Contextualização Histórica do antecedente da depressão: Melancolia	18
2.2 Diagnóstico e medicalização da vida: Considerações sobre os manuais de diagnóstico e a indústria farmacêutica	24
2.3 O cenário pós-moderno: entre liquidez, “mal-estar”, liberdade e depressão	33
2.4 A sociedade do hiperconsumo e seus imperativos de satisfação	38
3 SER DEPRESSIVO NA SOCIEDADE DO DESEMPENHO	46
3.1 Da sociedade disciplinar à sociedade do desempenho: os impactos na vida dos sujeitos	46
3.2 Sofrimento e a temporalidade da depressão.....	54
4 DAS CAUSAS E DOS SIGNIFICADOS DA DEPRESSÃO NA VIDA DAS ENTREVISTADAS.....	60
4.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	60
4.4.1 Natureza e tipo de pesquisa	60
4.4.2 Expectativa e realidade: as imposições da pandemia.....	61
4.4.3 O recrutamento dos sujeitos da pesquisa.....	63
4.4.4 O perfil das entrevistadas	67
4.4.5. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE	70
4.4.6 A ÉTICA NO TRABALHO DE CAMPO E A COLETA DOS DADOS	72
4.4.7 As entrevistadas e o processo diagnóstico da depressão	73
4.4.8 “ <i>A depressão é o meu próprio inferno</i> ”: as causas e as estratégias de tratamento para a depressão.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS.....	106
ANEXO 1- TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
ANEXO 2- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO	109
ANEXO 3- IMAGEM ENVIADA POR DJAMILA PELO APLICATIVO DE MENSAGENS WHATSAPP EM 13/07/2020 PARA MOSTRAR O NOME DO MEDICAMENTO QUE ESTAVA UTILIZANDO.....	110

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, há uma maior predominância de indivíduos diagnosticados com alguma psicopatologia e a depressão surge com maior intensidade, sendo, além de tudo, elevada à categoria de “epidemia” e de “mal-estar do século XXI” (SOUZA, 2016). A depressão é um fenômeno polissêmico que apresenta causas múltiplas, seja por fatores psicológicos, biológicos e/ou sociais. E, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse fenômeno atinge cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo.

No Brasil, há um crescimento significativo de pessoas acometidas pela depressão, que segundo dados levantados e divulgados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do IBGE, cerca de 16, 3 milhões de pessoas sofrem com essa afetação e no estado da Paraíba esse número também é expressivo, dos quais mais de 200 mil indivíduos são diagnosticados. Além disso, as informações apresentadas são de que nas regiões urbanas a prevalência de casos da depressão é maior em detrimento das áreas rurais. Ainda, as mulheres, de acordo com esses mesmos dados, são as mais acometidas pela depressão quando comparadas aos homens. Nesse intento, pessoas idosas entre 60 e 65 anos de idade também apresentam números bastante expressivos de adoecimento pela depressão.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece enquanto um dos países da América Latina com maior índice de indivíduos deprimidos e, com a pandemia do Covid 19, a ascensão dos transtornos mentais foi maximizada, além de que com as medidas cautelares do distanciamento social fez com que alguns serviços em saúde mental precisassem interromper os atendimentos, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como consequência que muitos indivíduos ficassem sem acesso à psicoterapia.

No presente trabalho, o fenômeno da depressão é analisado por uma perspectiva sociológica, levando em consideração que compreender esse fenômeno a partir dessa perspectiva não exclui a interdisciplinaridade que a temática requer para sua compreensão. Dessa forma, nossa dissertação justifica-se por algumas razões, a saber: i- devido aos números alarmantes de pessoas diagnosticadas com depressão; ii- por acreditarmos que em meio a uma vasta literatura sobre o tema, a nossa pesquisa pode contribuir com um ponto de vista não médico; e que iii- na minha monografia “*Entre viver e morrer: análise das configurações suicidas na Paraíba*”, estudo no qual procuramos compreender quais motivações levavam os indivíduos a atentarem contra a própria vida, no percurso de recolhimento e análise dos dados,

a depressão foi fortemente mencionada por nossos interlocutores, o que nos direcionou e motivou para aprofundarmos essa temática na dissertação.

Ademais, não podemos nos limitar ao que seria um objeto “mais puro” ou não das Ciências Sociais, assim como nos alerta Lahire (2005, p. 28): “as Ciências Sociais devem mostrar que não existem limites empíricos ao que podem estudar não havendo, portanto, objetos de natureza mais sociológica, antropológica ou histórica do que outros, pois o que importa é o modo científico de tratamento do tema”. Dessa forma, apesar de muitos considerarem a depressão um objeto de estudo da psicologia ou áreas afins, esta constitui-se também enquanto possível objeto de pesquisas e reflexões das Ciências Sociais e demais áreas.

Nesse sentido, partimos da seguinte indagação: O que acontece para que na atualidade o número de pessoas diagnosticadas com depressão apresente-se tão expressivo? Com isso, pressupomos que o cenário contemporâneo com suas infinitas possibilidades e mobilidades contraditoriamente criam condições ideais de isolamento, adoecimento e solidão. Além de que em meio a liquidez das relações, da autonomia, da busca pela realização pessoal, pela autocoação, pela liberdade de escolhas, pela falta de referenciais (ou por seu excesso), entre outros, contribuem para uma pressão psíquica nos sujeitos, levando-os então a um adoecimento por alguma psicopatologia, nesse caso, pela depressão.

Assim, a presente dissertação objetiva analisar como a experiência da depressão é socialmente construída, assim como identificar quais as circunstâncias sociais que levam os indivíduos a serem afetados por esta, tentando compreender também como tem acontecido o diagnóstico da depressão e como a Pandemia de COVID-19 contribuiu para que o sofrimento causado por esse fenômeno fosse maximizado, além de procurar identificar quais as estratégias que são utilizadas pelos indivíduos, nesse caso, por nossas interlocutoras para o enfrentamento da depressão.

A natureza da nossa dissertação é de cunho qualitativo em que utilizamos entrevistas com roteiro semiestruturado, entrevistas essas que aconteceram de maneira virtual pela plataforma de mensagens *WhatsApp*, com oito (8) interlocutoras de diferentes localidades geográficas, recrutadas por meio da técnica bola de neve por mensagens de textos enviadas pelo mesmo aplicativo. Com isso, os critérios para a seleção dos entrevistados consistiam em: i- Ter o diagnóstico formal da depressão e/ou se considerar depressivo, ii- além de ser maior de idade com faixa etária entre 18-60 anos de idade. Não fizemos um recorte por gênero, tendo em vista que entendemos que apesar das mulheres serem mais diagnosticadas pela depressão, os homens também o são, embora em menor número. Porém, com a pandemia da Covid-19 foi necessário

modificar o *locus* da nossa pesquisa e a forma como ele aconteceria, que seria no Município de Campina Grande e de forma presencial, o que não pôde acontecer.

Nossa dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo, **Da teoria do humor à depressão na atualidade**, está subdividido em quatro tópicos e foi construído de modo que podemos apresentar uma contextualização histórica do antecedente da depressão que inicia-se com a teoria humoral desenvolvida por Hipócrates, ainda nos séculos IV e V a. C. Dessa forma, o capítulo também procura apresentar algumas ponderações em torno dos manuais de diagnósticos o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) e a *Classificação Internacional de Doenças* (CID), procurando refletir o desenvolvimento do diagnóstico da depressão, fazendo um resgate histórico quanto à criação e à inserção de novas classificações a esses manuais. Além de procurar enunciar algumas problemáticas envolvendo o (DSM) e a (CID), respectivamente, já que são manuais ateóricos e operacionais, voltados para auxiliar nos diagnósticos. E, de como esses mesmos manuais podem favorecer um processo de medicalização da vida, nesse caso, a depressão se tornou o grande sucesso da psiquiatria. Em continuação procuramos evidenciar e refletir como esse fenômeno aparece de maneira recorrente em nossa sociedade, assim, por meio de categorias desenvolvidas por Bauman (1998) tais como: liquidez, liberdade individual e de escolha, além da sensação de insegurança e a busca por satisfação imediata podem contribuir para a maximização do sofrimento e de sentimento de frustração e/ou decepção.

Já o segundo capítulo, **Ser depressivo na sociedade do desempenho**, apresenta uma compreensão da depressão a partir de algumas considerações a respeito da sociedade do desempenho e de como a autonomia (EHRENBERG, 2010), a autocoção, autocobrança, realização pessoal e a sensação de fracasso são chaves de análise fundamentais para compreender o processo de adoecimento na contemporaneidade. Além disso, o sujeito afetado pela depressão pode apresentar uma outra temporalidade e o seu sofrimento pode ser/é expressado no corpo e sentido de maneiras distintas pelos sujeitos.

Dessa forma, no terceiro e último capítulo, **Das causas e dos significados da depressão na vida das entrevistadas**, inicialmente procuramos tratar sobre **Os Métodos e Técnicas de Pesquisa** e o perfil das nossas interlocutoras, apresentando ainda: i-Natureza e tipo de pesquisa; ii-Expectativa e Realidade às imposições da pandemia; iii- O recrutamento dos sujeitos da pesquisa; iv- O perfil das entrevistadas; v- Métodos e técnicas de análise; vi- Análise dos dados; e, por fim, vii- A ética no trabalho de campo e a coleta dos dados. Em seguida, dedicamo-nos a analisar a depressão a partir dos dados obtidos nas entrevistas com oito (8) mulheres que

aceitaram participar de forma voluntária da nossa pesquisa. Assim, dividimos essa segunda parte em dois pontos, a saber: i- As entrevistas e o processo diagnóstico da depressão, recuperando e analisando as particularidades de cada entrevista e de como as mulheres mesmo sem o diagnóstico formal da depressão nomeiam suas afetações num processo de autodiagnóstico e ii- “*A depressão é o meu próprio inferno*”: As causas e as estratégias de tratamento para a depressão, ponto em que procuramos compreender quais as explicações e as causas que as mulheres entrevistadas mobilizam para falar sobre a afetação pela depressão e quais são as estratégias utilizadas por elas para lidar com esse fenômeno. As respostas que essas mulheres apresentam estão envoltas em sofrimento, centradas em questões como: conflitos familiares, relacionamentos abusivos ou frustrados, violência, morte de pessoas próximas, câncer, desemprego, *bullying*, automutilação, ideações suicidas, entre outros.

Por fim, apresentamos as considerações finais da nossa dissertação.

2 DA TEORIA DO HUMOR À DEPRESSÃO NA ATUALIDADE

A depressão é resultado de um longo processo histórico, cujos primeiros registros remontam a Hipócrates, considerado o pai da medicina. Notadamente, esse fenômeno tão complexo e corriqueiramente questionado, não é uma criação do século XXI, já que tem seu nascimento datado no ano de 1851 (DUNKER, 2021), embora apenas na metade do século XX tenha passado a ser reconhecido e a ganhar maior notoriedade. No Ocidente, há uma enorme confusão quando a depressão é focalizada, cuja indagação consiste em: seriam a depressão e a melancolia a mesma coisa? Além disso, a medicalização da vida se mostra de forma bastante recorrente em nossa sociedade, assim como os manuais de diagnóstico a cada nova versão introduzem novas classificações possibilitando que novos sujeitos sejam diagnosticados com alguma psicopatologia. Dessa forma, por que no mundo contemporâneo a depressão tem assumido tanta notoriedade?

Dito isso, esse capítulo está dividido em quatro partes, a saber: *1.1 Contextualização histórica do antecedente da depressão: Melancolia; 1.2 Diagnóstico e medicalização da vida: Considerações sobre os manuais de diagnóstico e a indústria farmacêutica; 1.3 O cenário Pós-moderno: entre liquidez, “mal-estar”, liberdade e depressão; e 1.4 A sociedade do hiperconsumo e seus imperativos de satisfação.*

2.1 Contextualização Histórica do antecedente da depressão: Melancolia

A melancolia assumiu diferentes formas e explicações ao longo da história, sendo inicialmente estudada por filósofos e médicos da antiguidade. Nos séculos IV e V a.C. foram feitas as primeiras descrições para o entendimento da melancolia. Desse modo, Hipócrates nos oferece teorias para compreendê-la por meio dos quatro humores, a saber: bílis negra (*mellum collis*), fleuma, sangue e bílis amarela. Eles teriam relação, ainda, com quatro qualidades binárias: seco-úmido, quente-frio, água-fogo, ar-terra. Ao sair do seu lugar natural, essas substâncias poderiam ocasionar diversas doenças, como por exemplo, a loucura e a epilepsia. Assim, a constituição de enfermidade passou a ser designada por meio do desequilíbrio desses humores, sendo a saúde o equilíbrio dessas substâncias. Logo, a concentração da bílis negra, ao se acomodar no cérebro, poderia resultar na melancolia (OLIVEIRA, 2015), já que esse não seria o lugar natural dessa substância, pois como foi observado e deduzido pelos médicos da

época, o baço, que em razão de sua coloração escura, correspondia à sede natural desse humor (STAROBINSKI, 2016).

Hipócrates acreditava que a melancolia além de mesclar fatores internos e ambientais (SOLOMON, 2018), seria uma doença essencialmente cerebral. Sendo assim, para reequilibrar os humores, era preciso desde mudanças na dieta, até administração de heléboro ou mandrágora¹. Tal reequilíbrio dava-se a partir de três formas: em primeiro lugar, a própria ação do corpo eliminaria esse excesso de humor; em segundo lugar, seria preciso a intervenção de um médico que auxiliaria na eliminação do humor excessivo; e, por fim, a utilização de substâncias indicadas pelo médico e administradas pelo sujeito constituiria a última forma de reequilibrar os humores (OLIVEIRA, 2015).

A melancolia recaía sobre filósofos, poetas, políticos e heróis, sendo esta considerada por Aristóteles como o “temperamento do artista criativo” (WOLPERT, 2003, p. 23). Ela não era vista como um todo negativo, uma vez que se tinha a concepção de que era a bÍlis negra, a substância que promovia a criatividade, necessária ao gênio. Assim, Aristóteles (1971, p. 953-954) afirmava que “os que possuem um temperamento levemente melancólico são pessoas comuns, mas os que têm em alto grau são bem diferentes da maioria das pessoas, pois se a condição deles é muito completa, eles são muito deprimidos, mas possuem um temperamento misto, são homens de gênio”.

Outra nomenclatura, a *acedia*, surge para se referir à condição de “cansaço ou aflição do coração” (WOLPERT, 2003), que afetava, por exemplo, os monges. Ela não atacava as pessoas aleatoriamente, mas acreditava-se que “escolhia” principalmente aqueles que dedicavam sua vida à reclusão e foi apontada pela Igreja como um pecado capital, pois ao ser relacionada ao pecado da preguiça, implicaria no afastamento de tudo aquilo que era considerado sagrado. Com isso, por volta dos séculos XV e XVI, a *acedia* passou a ser associada à melancolia e, caso alguém fosse acometido por uma melancolia mais severa, era considerado que se tratava de uma possessão demoníaca (SOLOMON, 2018).

Ressaltamos que no século V d. C acreditava-se que o abatimento e a angústia eram atenuados no sujeito, principalmente ao meio-dia, como se pode perceber no Salmo 91 versículos 5-9: “Tu não temerás os temores noturnos, nem a flecha que voa à luz do dia, nem a

¹ São ervas catárticas e eméticas propostas por Hipócrates e utilizadas na eliminação do excesso de bÍlis negra e amarela do organismo. O heléboro, em específico, aparecerá por séculos como sendo o medicamento indicado para o tratamento da bÍlis negra, mesmo após seu desuso no século XIX, este ocupava um lugar importante nas enciclopédias médicas. A raiz da *Helleborus niger*, planta irritante para o organismo, provoca vômitos, fezes pretas e hemorragias, por meio dessa eliminação, acreditava-se que o excesso de bÍlis negras estaria esvaindo do organismo.

peste que se propaga nas trevas, nem o mal que grassa ao meio-dia. Caiam mil homens à tua esquerda e dez mil à tua direita: tu não serás atingido. Porém, verás com teus próprios olhos, contemplarás o castigo dos pecadores, porque o Senhor é teu refúgio” (BÍBLIA SAGRADA, 2002, p. 730). Essa condição que atacava os reclusos não afetaria, porém, da mesma forma o homem laborioso, pois o trabalho negaria o ócio, passando a ocupar todo o tempo do sujeito (STAROBINSKI, 2016).

A partir dos séculos XIV, XV e XVI, a visão religiosa que havia marcado o pensamento da época antecedente foi substituída por uma visão humanista, marcada por compreensões a partir de perspectiva biológica e filosófica. Chegou-se, então, ao Renascimento, o tempo da “idade de ouro da melancolia”, (STAROBINSKI, 2016). Nesse período, destaca-se Ficino (1433-1499), considerado um dos grandes estudiosos da melancolia, que ensinava a como tirar “proveito” desta.

Retomando algumas concepções empregadas por Aristóteles de uma “tristeza divinamente louca” (SOLOMON, 2018, p. 282), Ficino descrevia que a melancolia se constituía como uma característica da alma. Nesse sentido, o artista, por exemplo, precisaria estar mais conectado com sua melancolia do que ao homem comum. Nas palavras de Solomon (2018): “a própria profundidade de sua experiência de melancolia refletirá seu sucesso em elevar sua mente acima das distrações da vida comum” (p. 282). A melancolia “seria” um pré-requisito para a inspiração. Com isso, o próprio Ficino reconhecia que a melancolia era uma doença e, se era considerada uma enfermidade, o melancólico precisaria de um tratamento, que consistia em exercícios, músicas e alimentação adequada.

Outro período que se destaca é o Renascimento Inglês, pois conservou opiniões do período medieval sobre a melancolia. Acreditava-se que a experiência melancólica não seria ausência do amor de Deus e foi justamente nesse ponto que a ideia de doença ganhou maior destaque, à medida que a visão de possessão demoníaca foi caindo em desuso.

Du Laurens (1558-1609), primeiro médico de Henrique IV, publicou em 1599 “*O discurso das doenças do tipo melancólico*”, livro este que teve 10 edições ao longo dos anos 1597 e 1626, contando com traduções em outros idiomas. Para este autor, a mente poderia ser dividida em três partes possíveis, a saber: a razão, a imaginação e a memória. Acreditava-se que a melancolia se constituiria enquanto uma doença da imaginação (SOLOMON, 2018), mas também se tinha a ideia de que o melancólico era alguém amaldiçoado por Deus. Algumas medidas para o “combate” à melancolia eram recomendadas por Du Laurens. Ele indicava que era necessário aromatizar o quarto do melancólico com flores de laranjeira, casca de limão e

outros, a cor do ambiente onde o doente se encontrava deveria ser melhorada, sendo necessário que o melancólico pudesse visualizar cores nas tonalidades, vermelha, branca, verde ou qualquer outra que iluminasse o ambiente. Além disso, para que o melancólico pudesse melhorar do seu estado, precisaria seguir uma alimentação adequada à base de: carnes leves, ovos, sopas e frutas.

No Renascimento, o tratamento para a melancolia passava por três grandes tipos de medicamentos, entre eles: i. os evacuativos, que visavam expulsar o humor que estaria corrompido; ii. os alternativos, que tinham como propósito suavizar os depósitos da bÍlis negra; e iii. os confortativos, que teriam como função principal devolver a alegria dos melancólicos. Dessa forma, cada tipo de medicamento possuía uma grande diversidade de técnicas e receitas.

Chegou-se então, ao final do século XVI e ao longo do século XVII, período no qual a melancolia se tornou “coisa comum” e, ao mesmo tempo, algo anormal, podendo ser tanto prazerosa quanto “desprazerosa” (SOLOMON, 2018). Por meio das concepções românticas aristotélicas, a melancolia entrou na moda, mas passou a ser considerada como uma doença da aristocracia, visto que mesmo aqueles que não sofriam afetações passaram a fingir determinados sintomas e empreendiam viagens à Itália, local em que se reuniam para falar sobre sua melancolia.

Os aristocratas eram descritos como sendo irritáveis, portadores de olhos sombrios, cheios de sofrimentos. Ser melancólico e não ser pertencente à aristocracia era praticamente um absurdo. Na Idade Média, o que era considerado um pecado para quem admitisse estar afetado pela melancolia, já não o era nesse novo contexto, pois houve uma glamorização dessa afetação.

Nesse cenário, outro autor do século XVII que transformou a medicina do ponto de vista filosófico foi René Descartes (1596-1650). Este filósofo considerava que a mente tinha uma grande influência sobre o corpo e o corpo teria a mesma influência sobre a mente. Partindo dessa perspectiva, ele escreveu *As paixões da alma*, por meio do qual defende que se faz necessário “examinar a diferença que há entre a alma e o corpo, a fim de saber a qual dos dois se deve atribuir cada uma das funções existentes em nós” (DESCARTES, 1979, p. 227). Nesse ponto, os seguidores de Descartes pensavam a partir de uma divisão entre a mente e o corpo. Sendo assim, a perspectiva cartesiana dominava o pensamento da época, provocando uma reviravolta entre os melancólicos daquele tempo, pois, havia a necessidade constante de separar o que é o corpo e o que é a mente. Assim, a melancolia seria um “desequilíbrio químico” ou uma “fraqueza humana” (SOLOMON, 2018).

No século XVII, Robert Burton (1577-1640) se apresentou como mais uma figura importante ao entendimento da melancolia, visto que dedicou alguns anos de sua vida para o estudo dessa afetação, escrevendo, em 1621, *A anatomia da melancolia*. De acordo com Solomon (2018), Burton apontava seis explicações possíveis para a melancolia, consolidando caminhos para uma teoria entre a mente e a matéria. Para esse estudioso, havia uma separação entre “melancolia da cabeça”, baseada no cérebro e “melancolia do corpo inteiro”, que partia do intestino, do fígado e outros órgãos. Em relação aos tratamentos para tal afetação, Burton os classificava em legais e ilegais, com isso, os tratamentos provenientes de feiticeiros, por exemplo, eram considerados ilegais, ao passo que os tratamentos baseados na tríade médico/paciente/medicação, eram legais, pois eram tidos como vindos de Deus. Nas palavras de Dunker (2021), “no fundo Burton descreve uma face decisiva do indivíduo moderno: sua tendência à dissolução, sua propensão ao excesso e sua crise de autorrepresentação, sempre insuficiente diante da utopia que ele cria para si” (p.20).

A partir do século XVIII novos conceitos foram apresentados. O século das Luzes trouxe à tona algumas concepções sobre o sistema nervoso, sendo este considerado “uma rede sensível pela qual o homem percebe a si mesmo, toma conhecimento do mundo e reage às impressões que lhe são comunicadas. São os nervos e o cérebro que comandam o comportamento intelectual e físico do indivíduo”, (STAROBINSKI, 2016, p. 65). Por meio dessas novas concepções, acreditava-se que a melancolia “nasce” no próprio sistema nervoso, embora a antiga teoria humoral não tenha desaparecido de vez. Oliveira (2015) afirma que as doenças humorais vão dar lugar às doenças dos nervos e, assim, a melancolia torna-se um problema de nervos. É nesse século que o tratamento basicamente “consistia em internação em hospitais e asilos, banhos surpresa, dietas, sangrias e vômitos, a fim de diminuir a excitação cerebral” (p. 26).

Na Era dita Moderna, alguns importantes nomes surgiram e com eles surgiram também novos movimentos para o entendimento da melancolia. Com a chegada do século XIX, fundam-se importantes movimentos para o entendimento da depressão. Segundo Dunker (2021), foi a partir do ano de 1851 que podemos datar o nascimento dessa nova psicopatologia, sendo o termo depressão empregado *a priori* por Jean- Pierre Falret (1794-1870). E Karl Abraham (1877-1925) declarava que a melancolia seria, por sua vez, um desalento sobre o que já aconteceu. E aquele que era melancólico, mesmo sem intenção, tiraria proveito de sua afetação em detrimento de suas atitudes sádicas e a partir de alguns ensaios manteve-se por alguns anos como referência.

Em 1917, Freud (1856-1939), médico neurologista austríaco, publica *Luto e Melancolia*, obra está que gerou maior impacto para a compreensão da depressão na contemporaneidade. Nas suas palavras, o melancólico se caracterizaria por um desânimo profundo e doloroso, marcado também pela suspensão do interesse pelo mundo, além da perda da capacidade de amar. Freud tenta, por meio deste ensaio, esclarecer a essência da melancolia em comparação com o luto. Com isso, afirma que “o melancólico nos mostra ainda algo que falta no luto: um rebaixamento extraordinário do seu sentimento de autoestima, um enorme empobrecimento do ego. No luto, é o mundo que se tornou pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego”, (p. 311). Logo, havendo ainda um conflito existente nos sintomas melancólicos, entre um ego acusador e um ego acusado, a depressão se apresenta como um colapso do ego (SOLOMON, 2018).

Ainda segundo Solomon (2018), Abraham responde o ensaio de Freud, apontando que a depressão teria, nesse caso, duas fases: a primeira marcada pela perda do objeto amoroso e a segunda pela ressuscitação desse objeto, através da internalização. Assim, “ele descreve a disfunção como resultado de um fator hereditário, uma fixação da libido naquele peito perdido da mãe, um ferimento primordial na autoestima devido a uma rejeição real ou percebida, por parte da mãe” (p.312). O melancólico, nessa concepção, seria alguém ávido por atenção.

Em relação à depressão, foi Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o pai da psicobiologia, quem a descreveu como conhecemos atualmente. Ainda por meio de metáforas e com base em sua própria experiência, Solomon (2018) explicita que a depressão seria a imperfeição no amor, podendo afetar o poder da mente sobre o estado de espírito, crescendo em ritmo constante, mesmo que seja desligada da terra que o alimenta. Dessa forma, seria como uma ferrugem que enfraquece o ferro, de forma lenta e constante, sufocando aqueles que são acometidos.

Nas considerações de Dunker (2021, p. 14), a depressão não constitui uma lenda psiquiátrica, sendo possível que um dia ela deixe de existir como uma entidade clínica e, assim como a melancolia, passe a fazer parte de anais genealógicos. Como termo para designar um transtorno mental, a nomenclatura depressão surgiu no século XIX com data de nascimento em 1851, como mencionado anteriormente. E no final do século em questão, a depressão já era definida em termos médicos, demonstrando os avanços para o entendimento desse fenômeno (WOLPERT, 2003).

À vista do exposto, propomo-nos a contextualizar historicamente o antecedente familiar da depressão: a melancolia. No ponto a seguir, buscaremos discorrer sobre os manuais de

diagnósticos, sobre a medicalização da vida, assim como sobre a indústria farmacêutica, tendo como pergunta norteadora: Por que no mundo contemporâneo a depressão tem assumido tanta notoriedade? Que critérios são utilizados?

2.2 Diagnóstico e medicalização da vida: Considerações sobre os manuais de diagnóstico e a indústria farmacêutica

Mesmo sendo uma “palavra tão pequena para tantas formas e cores” (DUNKER, 2021, p.15), a depressão é corriqueiramente relacionada ao desânimo, à ansiedade, à tristeza profunda, entre outros sentimentos/estados. O sofrimento é imanente a qualquer ser humano e cada época histórica apresentou e apresenta suas mais variadas formas de sofrer. Logo, a depressão é um sofrimento presente na nossa atualidade que tem afetado cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, mostrando que há adversidades em nossa sociedade e que as coisas não estão bem. Por isso, algumas indagações surgem, tais quais: O que de fato é a depressão? Por que há tantas pessoas diagnosticadas com essa psicopatologia? Como se produzem os diagnósticos?

Sabemos que as manifestações do sofrimento não se apresentam de forma única para todos os indivíduos, assim como podem significar coisas diferentes para aqueles que sofrem, como a morte de um ente querido ou afetados por um transtorno psicológico. Tais acontecimentos podem ser sentidos e expressados de maneiras distintas. Questões como sofrimento e saúde mental, vêm aos poucos ganhando espaço no vocabulário das diferentes pessoas, passando a ocupar um lugar central na vida desses indivíduos. Os sujeitos, ao manifestarem seus sofrimentos, acabam, em muitos casos, apropriando-se de vocabulário médico, na medida em que narram suas afetações.

A medicina em toda a sua história sempre esteve preocupada em compreender as doenças e classificá-las. Foi procurando analisar como a experiência médica estabeleceu sua forma de olhar para o doente e para a doença que Foucault (1963) escreveu *O Nascimento da Clínica*. Para este importante filósofo, o corpo humano seria o espaço de origem e repartição da doença e é justamente nesse espaço que as doenças sofrem metástases e metamorfoses. Desse modo, os diagnósticos eram realizados com base em um sistema classificatório, retirado da botânica, uma vez que, entre os séculos XVIII e XIX, a medicina moderna foi constituída, sendo “o conhecimento das doenças a bússola do médico” (p.7).

A clínica, portanto, seria o lugar de acumulação da experiência, pois o médico poderia ter um olhar constante para o doente. O próprio Foucault (1963) chamava atenção para o que as pessoas falavam e o que sentiam, a partir de um modelo médico explicativo. Com isso, os

diagnósticos, que antes eram vistos como possibilidades de inclusão hospitalar, na atualidade “parecem ter se tornado um poderoso e disseminado meio de determinação e de reconhecimento, quando não de destituição da responsabilidade de um sujeito” (DUNKER, 2015).

De acordo com Quinet (2010), ao que tudo indica, os manuais de diagnósticos são tomados pela preocupação em constituir uma língua comum, para sanar possíveis maus entendidos, pois uma só pessoa, ao ser diagnosticada, poderia receber várias descrições, o que resultaria em múltiplos diagnósticos. Assim, para esse autor, a *Classificação Internacional de Doenças* e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, doravante CID e DSM, são manuais que servem para auxiliar nos diagnósticos, pois voltam-se “para uma descrição que seja partilhada pela maioria dos psiquiatras do mundo” (QUINET, 2010, p. 08). Sendo assim, como se dá a construção dos diagnósticos na psiquiatria?

É com base no exposto que elencamos as contribuições de Philippe Pinel (1745-1826), médico francês, que não só tentou descrever e classificar algumas perturbações mentais, fornecendo “um conjunto do *corpus* teórico da ciência alienista, como também foi o primeiro a categorizar o conjunto dessa prática hospitalar” (FIGUEIREDO, 2019, p. 15). Por volta do século XVIII, ele publicou ainda o *Tratado médico-filosófico da alienação mental ou mania*, oferecendo um quadro de classificações para o entendimento da loucura. Para esse médico, esta era compreendida enquanto expressão das paixões, mas no final do século XVIII a loucura passou a ser objeto de uma dupla percepção contraditória (CASTEL, 1978).

Podemos ainda destacar importantes nomes como os especialistas formados a partir da teoria de Pinel sobre “alienação mental”, dentre eles o psiquiatra francês Esquirol (1772-1840), o também psiquiatra francês Jean-Pierre Falret (1794-1870), o pioneiro na psiquiatria forense Georget (1795-1828) que se pronunciava contrário a Pinel e Esquirol, pois destacava que a psiquiatria deveria ser um braço da medicina, uma vez que buscava as causas da “alienação mental” no corpo (FIGUEIREDO, 2019), e também Leuret (1826-1846), psiquiatra e adepto das abordagens de Pinel e Esquirol, dentre outros.

Já na Alemanha o psiquiatra Kraepelin (1856-1926), considerado também o fundador da psiquiatria moderna, atuava na construção de um movimento paradigmático, pois ele estabeleceu que as ditas doenças mentais possuíam uma base bioquímica. Kraepelin escreveu ainda no ano de 1907 a obra *Psiquiatria Clínica*. Dentre suas contribuições, o psiquiatra propôs um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas, com interesse principal em aprofundar os estudos de patologia cerebral e foi influenciado também pela teoria da degenerescência,

empregada por Morel (1809-1873), estudioso que tentou construir também classificações nosológicas das doenças mentais e suas teorias foram tanto abraçadas por alienistas quanto por higienistas. Além dos já mencionados, muitos outros médicos também se dedicaram aos estudos sobre patologias psiquiátricas, mas não serão discutidos neste trabalho.

Ademais, Sigmund Freud (1856-1939) produziu estudos sobre a histeria, considerando que esta era um fenômeno predominantemente feminino “e sua etiologia estava vinculada aos fenômenos sociais, culturais e morais, característicos da sociedade industrial do começo do século XX” (FIGUEIREDO, 2019, p. 20). A sua obra *Estudos sobre a histeria* foi considerada fundadora da psicanálise, apresentando relação entre pulsões e o complexo de Édipo.

Contudo, foi somente no século XX que se pode observar mais ferramentas para a consolidação da psiquiatria. Neste século, os “avanços e descobertas em psicopatologia, farmacologia, neurologia e genética, possibilitaram que a psiquiatria adquirisse mais fundamentação científica” (OLIVEIRA, 2015, p. 29). Sendo assim, faz-se possível observar que o processo de construção de diagnósticos na psiquiatria perpassou por diferentes saberes entre os séculos XVIII e XX, contribuindo, inclusive para a produção do CID e do DSM que sofreram várias alterações até anos mais recentes.

Nos primeiros anos do século XX, percebeu-se uma quantidade exuberante de textos sobre o diagnóstico da depressão e inúmeras discussões quanto às classificações dos mais variados tipos. Por isso, segundo Eva Illouz (2011), o DSM nasce com a finalidade de estabelecer, ou melhor, de estreitar a relação entre o diagnóstico e o tratamento, “a fim de que as companhias de seguros ou outros pagadores pudessem processar as reclamações com mais eficiência” (p. 87). De acordo com a autora, a criação do DSM favoreceu os interesses não apenas de vários profissionais e das companhias de seguros, mas também da indústria farmacêutica, com o intuito de explorar o campo/mercado das doenças mentais, contribuindo também para a regulação dos corpos (OLIVEIRA, 2015).

No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), publicou a primeira edição do DSM-1, assim como em 1893 foi aprovado a primeira (CID), que tem sido estruturado há mais de um século e procurava, inicialmente, compreender as causas das mortes (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). A partir da publicação desses manuais, ora a depressão era entendida sob a classe de transtornos de humor (DSM-IV), ora como transtornos afetivos (CID-10).

Nessa primeira versão do DSM em 1952, contavam-se 106 diagnósticos, para desordens mentais. Já a segunda versão, o DSM-II, publicado no ano de 1968, apresentava 180 desordens

distribuídas ao longo do manual. A partir do ano de 1980, houve o lançamento do DSM-III, que teve sua escrita iniciada ainda no ano de 1973, mas foi publicada a sua revisão em 1987, com 494 páginas e cerca de 265 transtornos mentais, e o DSM-IV, do ano de 1994, já continha 297 transtornos, escritos em quase mil páginas (DUNKER, 2021; OLIVEIRA, 2015).

Segundo Oliveira (2015), no ocidente o diagnóstico da depressão é realizado com base na (CID) e no (DSM). A versão mais recente do DSM, publicada em 2013, apresenta mais de 300 transtornos catalogados. Em pouco mais de 26 anos o DSM categorizou 115 novos transtornos mentais, “tudo isso sem a invenção de nenhum método novo, nenhum marcador biológico, apenas a lógica de que, se algo não funciona, deve existir uma doença equivalente a curar” (DUNKER, 2021, p.94). Nesse sentido, Dunker (2021) chama atenção para o fato dessa última edição do DSM ter prometido uma renovação na psiquiatria, mas a promessa não foi cumprida, visto que no manual há apenas uma categorização excessiva e ampliada de psicopatologias. Na data de 18 de junho de 2018, a Organização Mundial de Saúde lançou o CID-11, com o marco de três décadas separando a 10ª da 11ª versão.

A partir da Segunda Guerra Mundial, foi realizado um esforço por parte do exército americano para o desenvolvimento de nomenclaturas sobre as desordens mentais, na intenção de descobrir um possível tratamento para os veteranos de guerra, o que acabou contribuindo para a primeira versão do DSM. Não obstante, as primeiras tentativas foram realizadas em 1840 e na primeira versão aparecem sete categorias: Mania, Melancolia, Monomania, Paralisia, Demência e Alcoolismo. Esse modelo seguido pelos psiquiatras foi influenciado pelas ideias de Meyer (1866-1950) (DERBLI, 2011; DUNKER e NETO, 2011).

No DSM-II, a depressão estava localizada entre os transtornos de humor e de personalidade, nessa versão, amplia-se o sistema de classificação e novas divisões, subdivisões e categorias são introduzidas. Em 1968, tanto a OMS quanto a APA publicam novas versões de seus manuais. Apesar disso, essa nova versão levanta críticas e insatisfações por parte de psiquiatras e especialistas do mundo todo. Já no DSM-III, novas categorias de desordens são introduzidas e, de acordo com Oliveira (2015), em 1974, Robert Spitzer foi nomeado pela APA para chefiar a elaboração da terceira versão, na qual novas mudanças de paradigmas para a classificação das doenças podem ser percebidas. A depressão passa a ser dividida, então, a partir de duas categorias, a citar: a depressão maior e os transtornos bipolares, que são diagnosticadas com base nos sintomas (DUNKER, 2011). Nesse manual, tem-se o emprego da neurose como categoria clínica.

Vinte anos separam a publicação do DSM-III do DSM IV, nesse último, os tipos de depressão são classificados em termos de quantidade de sintomas, isto é, um episódio de depressão grave é levado em consideração em um período de no mínimo duas semanas, seguido de humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas atividades, outros sintomas, tais como: pensamentos de morte e/ou suicídio, ganho ou perda de peso, dormir pouco ou em excesso, entre outros, podem ser observados; e pelo menos cinco sintomas devem persistir por não mais que duas semanas (WOLPERT, 2003).

Além disso, até esse momento não existia uma definição bem delimitada entre transtorno depressivo grave e depressão menos severo/distímico. Como nos aponta Wolpert (2003), na distímia os critérios utilizados eram: humor deprimido durante a maior parte do dia, por quase duas semanas, associado a outros sintomas, tais como baixa autoestima, sentimentos de desesperança, fadiga, baixa capacidade de concentração e outros. Nesse caso, no CID-10 não se utiliza “a expressão transtorno depressivo grave, mas sim, transtorno depressivo e transtorno depressivo recorrente” (p.43).

No DSM-V, a depressão está inserida dentro da seção dos transtornos mentais, sendo uma síndrome “caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos e de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (DSM-V, p. 20). Contudo, esses transtornos mentais estariam relacionados tanto ao sofrimento quanto a incapacidade que pode afetar as atividades profissionais ou sociais do indivíduo. De acordo com essa última edição, o diagnóstico de um transtorno mental deve, por sua vez, ter utilidade clínica, ajudando os profissionais da saúde a traçar planos de tratamento e determinar prognósticos.

Os ditos transtornos depressivos, no DSM-V, incluem: transtorno depressivo maior (TDM); transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH); transtorno depressivo persistente ou distímia (TDP); transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM); transtorno depressivo induzido por substância, como por exemplo, os medicamentos; e, por fim, o que consideram como transtorno depressivo especificado e não especificado. O que esses tipos de transtornos depressivos apresentam de forma comum concentra-se na presença do humor triste que pode ser tanto vazio quanto irritável, podendo estar acompanhado de alterações somáticas e cognitivas, porém, a diferença existente entre eles consiste na duração ou momento.

Nessa quinta versão, o transtorno depressivo maior é caracterizado por episódios que tenham duração de pelo menos duas semanas, apresentando cinco ou mais sintomas, que dentre

esses é preciso apresentar um humor deprimido na maior parte do dia ou a perda de interesse. São listados nove critérios, incluindo esses dois já apresentados, nos quais o indivíduo pode manifestar: perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia na maioria dos dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar e pensamentos recorrentes de morte. Segundo dados desse manual, esse transtorno pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, sendo também relacionado à alta mortalidade, principalmente, quando relacionado com o suicídio e a presença do transtorno *borderline*.

Outro tipo de transtorno apresentado no manual é o TDDH, o qual foi introduzido para diagnósticos de crianças de até 12 anos e de adolescentes. Conforme critérios apresentados, este transtorno é caracterizado por: explosões de raiva recorrentes, manifestadas por meio da linguagem ou pelo comportamento, essas explosões de raiva são inconsistentes com o nível de desenvolvimento, podendo ocorrer ao menos três vezes por semana. O TDDH só pode ser diagnosticado, segundo o DSM, a partir dos 6 e antes dos 18 anos de idade.

Contudo, este transtorno é caracterizado por uma irritabilidade crônica grave, mas a prevalência desse fator não se apresenta de forma muito clara, por isso, determina-se que esse transtorno “está associada à perturbação na família da criança e nas relações com os pais, bem como no desempenho escolar. Devido à sua tolerância extremamente baixa à frustração, essas crianças em geral, têm dificuldade em ter sucesso na escola; com frequência não conseguem participar das atividades que costumam ser desfrutadas por crianças saudáveis; sua vida familiar tem perturbação grave devido a suas explosões e irritabilidade” (DSM-V, p. 199).

Há ainda, o transtorno depressivo persistente (TDP), esse que apresenta uma união entre o transtorno depressivo maior crônico e o transtorno distímico, presentes no DSM-IV. Esse tipo de depressão é considerado crônico, apresentando em adultos uma duração de pelo menos dois anos, já em crianças e adolescentes, a duração seria de aproximadamente um ano. Segundo o DSM-V, o sujeito depressivo precisa apresentar as seguintes características: diminuição do apetite ou aumento da alimentação, insônia ou hipersonia, fadiga, baixa autoestima, pouca concentração e sentimentos de desesperança. Dois desses seis sintomas precisam estar presentes e seus fatores de risco, incluem por exemplo, a separação ou perda dos pais.

Já para o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), cinco sintomas devem estar presentes na maioria dos ciclos menstruais e a mulher precisa notar melhoras alguns dias após o início da menstruação, dentre os sintomas estão: mudanças de humor, irritabilidade ou raiva,

humor deprimido, ansiedade, interesse diminuído pelas atividades que realiza corriqueiramente, dificuldade em se concentrar, fadiga, hipersonia ou insônia, além do sentimento de sobrecarga.

O DSM-V apresenta mais dois tipos de depressões, entre eles: o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e o transtorno depressivo devido a outra condição. O primeiro apresenta características iguais ao do transtorno depressivo maior, a diferença consiste no fato de que a “abstinência está associada a ingestão, injeção ou inalação de uma substância (p. ex., droga de abuso, exposição a uma toxina, medicamento psicotrópico, outro medicamento) e persiste além da duração esperada dos efeitos fisiológicos, da intoxicação ou do período de abstinência” (p. 218). Esse transtorno, de acordo com o manual, pode apresentar prejuízos no funcionamento social, além de aumentar o risco de suicídio. Já em relação ao transtorno depressivo, devido à outra condição médica, sua característica diagnóstica diz respeito a um período persistente de humor deprimido, assim como uma diminuição de interesse em todas as atividades, sendo necessário que este esteja relacionado a uma condição médica, como, por exemplo, um AVC.

O transtorno depressivo especificado inclui, de acordo com o DSM-V, presença de humor depressivo por 2 a 13 dias ao longo do mês, juntamente com mais quatro sintomas. Já o transtorno depressivo não especificado, é utilizado quando “o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno depressivo específico não são satisfeitos” (p. 227). Nessa última versão do DSM, aproximadamente 140 especialistas estiveram envolvidos, mas algumas denúncias foram feitas, pois 70% desses formuladores tinham relação direta ou indireta com a indústria farmacêutica (DUNKER, 2021; ANGELL, 2007).

Segundo Birman (2014) e Kehl (2009), as mudanças nos diagnósticos estariam voltadas para atender aos interesses do mercado, assim como o aumento das estatísticas de depressão estariam relacionadas, mais precisamente, ao aumento no número de diagnósticos, uma vez que eles são realizados com base em uma definição nova de transtorno depressivo, pois uma tristeza passa a ser vista e classificada como uma patologia.

Segundo Kehl (2009), os aumentos dos diagnósticos poderiam ser vistos como resultados do empenho da indústria farmacêutica para que fossem difundidas as técnicas de diagnósticos favoráveis ao uso dos antidepressivos, mas, em contrapartida, poderia indicar que o sujeito contemporâneo estaria mais propenso a deprimir-se (p. 13). É nesse ponto que Dunker (2021) chama atenção para o fato de que a depressão aparece como uma figura deficitária e várias são as teorias de que ela pode ser revertida com a utilização de medicamentos apropriados, ou melhor, de antidepressivos. A indústria farmacêutica, desse modo, acaba por

desempenhar uma forte influência, ofertando no mercado diferentes medicamentos para tratar a depressão, o que pode trazer riscos para a saúde do indivíduo.

À vista disso, mais uma indagação norteia o presente trabalho: se há um diagnóstico por que não medicalizar? Conforme Solomon (2018), existem basicamente dois tipos de tratamentos para a depressão, a psicoterapia e os cuidados farmacológicos, esses que não deveriam competir entre si, mas atuar como complementares. Apesar disso, algumas pesquisas desenvolvidas apresentam que nos últimos anos houve um aumento de mais de 50% no consumo de medicamentos, elevando consequentemente o faturamento das indústrias farmacêuticas para mais ou menos 200% (OLIVEIRA, 2015).

Em 1950, a depressão ganhou destaque na psiquiatria, além de ser esse o ano no qual tivemos o registro dos primeiros antidepressivos, como a imipramina, medicamento tricíclico que apresentava capacidade de modificar o humor dos pacientes deprimidos - esse medicamento vinha sendo testado desde 1940 e posteriormente foi amplamente ofertado e utilizado, apesar de possuir efeitos colaterais². Além disso, uma das primeiras drogas utilizadas para tratar doenças mentais, como por exemplo, a esquizofrenia, foi a clorpromazina que, em 1930, “quando os compostos químicos estavam sendo testados em ratos, ficou evidente que um deles fazia com que os ratos perdessem o interesse pelo ambiente e se acalmassem muito” (WOLPERT, 2003, p. 203), já em humanos, quando testado, tinha efeitos sedativos.

De acordo com Oliveira (2015), a depressão não apenas contribuiu para o sucesso da psiquiatria, mas tem se tornado um grande sucesso psiquiátrico, uma vez que há um aumento significativo de pessoas diagnosticadas com a depressão e tratadas com medicamentos, sendo “eficientes no objetivo de manter os sujeitos funcionais e sociáveis” (p. 42). Além disso, a depressão ganhou mídia e esbanja hoje a condição de “o mal do século XXI”, contribuindo ainda mais para alavancar tais diagnósticos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, como já mencionado, a depressão tem atingido cerca de 350 milhões de pessoas, não levando em consideração, idade, crenças, cultura, sexo ou classe social. O Brasil, desse modo, tem registrado 11 milhões de pessoas com depressão e para o tratamento 52% desses utilizam medicamentos antidepressivos, ao passo em que apenas 16, 4% fazem uso de psicoterapia (SOUZA, 2016). Assim,

Os antidepressivos não seriam tão populares entre nós, se não pudessem adaptar-se às demandas diversas que a sociedade tem para eles. Seria inadequado, portanto, perguntar se os antidepressivos realmente funcionam, no sentido comum que se

² Os efeitos colaterais do imipramina pode esta relacionado a fraqueza, visão turva, sedação, queda de pressão, entre outros;

costuma atribuir aos medicamentos, o de curar. Mais profícuo seria tentar entender como funcionam e como as pessoas funcionam com eles (OLIVEIRA, 2015, p. 44).

Segundo Solomon (2018) a mais ou menos 20 anos, levando em consideração a data da publicação de sua obra *O demônio do meio-dia*, apenas 1,5% da população que era diagnosticada com depressão precisaria de um tratamento medicamentoso, mas atualmente quase 50% dos indivíduos poderão ou experimentarão episódios de depressão ao longo da vida. Não obstante, os diagnósticos das depressões têm se ampliado, incluindo cada vez mais pessoas, aumentando também os tratamentos. Para o autor, o Prozac, medicamento produzido pela LILLY³, foi um dos antidepressivos mais bem aceitos, lançado ainda no ano de 1987, sendo um dos primeiros Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) introduzido no mercado.

No que se refere à psiquiatria, nas palavras de Gotzesche (2016), esta seria o paraíso da indústria dos medicamentos, pois as definições dos transtornos psiquiátricos são apresentados de forma bastante vaga, com isso, “psiquiatras importantes estão sob alto risco de corrupção e, de fato, ganham mais dinheiro dos fabricantes de medicamentos do que os médicos de outras especialidades” (p. 416), o que pode ocasionar consequências graves para aqueles que estão utilizando os medicamentos.

Tais medicamentos, de acordo com Ehrenberg (2010, p. 131), agem como “drogas de integração”, sendo estimulantes para o tipo de sociedade apressada, visto que servem como um meio para que o indivíduo enfrente a realidade. Nesse caso, as drogas de integração, de socialização ou de inserção apresentam duas questões pertinentes: primeiro porque essas drogas rompem com as tradições de desvios e marginalidade, em detrimento das drogas ilícitas que são estigmatizadas na sociedade, e, segundo, porque o consumo de certas drogas lícitas serve como instrumento para tratar transtornos, a exemplo da depressão, sendo “facilmente” aceitas pela sociedade.

Assim, os medicamentos psicotrópicos constituem-se como um meio para que o indivíduo enfrente a sociedade, dita concorrencial, contribuindo para que esses possam melhorar suas performances, além de ser um apoio à vida. Dessa forma, de uma visão sedativa passaríamos para uma visão psicoestimulante (SOUZA, 2016), na qual essas drogas apresentariam três finalidades: as drogas tradicionais seriam uma fuga para a irrealidade, os

³ A Lilly é uma empresa que atua no Brasil a mais de 70 anos e é por volta de meados do século XX que começa a fabricar os primeiros medicamentos;

psicotrópicos ajudariam o sujeito a enfrentar essa realidade e agiria, por fim, como uma droga de integração.

Com o uso em excesso, esses medicamentos não apenas se apropriariam dos corpos, mas também da subjetividade dos indivíduos adoentados (KEHL, 2009) e, quando medicalizada a tristeza, como já exemplificamos anteriormente, tais medicamentos “roubam” dos indivíduos o tempo para lidar e superar aquilo que foi abalado, não dando a eles o espaço e tempo necessários para a construção de novos referenciais.

De certo, depois que o indivíduo passa pelo diagnóstico da depressão, diagnóstico esse tão complexo, mas que tem sido cada vez mais banalizado socialmente, é comum que sejam indicados a esses sujeitos “a química para curar as rachaduras entre o corpo e a alma” (SOLOMON, 2018, p. 20). Dessa forma, o fenômeno da medicalização aparece de maneira recorrente em nossa sociedade como único meio possível para que os sujeitos afetados por certas psicopatologias possam retornar a sociedade da competitividade.

2.3 O cenário pós-moderno: entre liquidez, “mal-estar”, liberdade e depressão

A vida social contemporânea é marcada por um predomínio de certas psicopatologias e o sofrimento psíquico é cada vez mais maximizado devido a uma vivência na sociedade capitalista, pautada pelas desigualdades e injustiças sociais. É justamente nesse cenário que a depressão surge como protagonista. Sabemos que a atualidade tem a sua própria tonalidade, são tempos de impaciência e fluidez, mas também de incertezas e liberdade de escolhas.

Com isso, em relação à sociedade e tais adversidades psicológicas, Oliveira (2015) assevera que Freud, a partir de sua obra *O mal-estar na cultura*, possibilitou a aproximação entre a psicanálise e a sociologia, pois, ele apontou que a cultura e as exigências sociais aparecem enquanto limitadoras da felicidade. Podemos considerar, então, que a configuração do “mal-estar” está pautada na relação entre a psique e o social. Desde o tempo de Freud, entretanto, a sociedade passou por inúmeras transformações e as condições propiciadoras do “mal-estar” elencadas por ele, não são exatamente as mesmas que presenciamos na contemporaneidade.

São tempos de liberdade individual, de satisfação imediata, de autonomia, de hiperconsumo, de fragilidade nas relações interpessoais e enfraquecimento nos sistemas de crenças. A atualidade é caracterizada por uma sensação de liberdade plena e pela procura de satisfação, mesmo que momentânea, e essa liberdade, outrora tão desejada, é ofertada aos indivíduos com cada vez mais liberdade e menos segurança, embora “a liberdade sem segurança

não assegura mais firmemente uma provisão de felicidade do que segurança sem liberdade” (BAUMAN, 1998, p. 10). Engana-se aquele que acredita possuir algum ganho sem nenhuma perda, visto que, troca-se um pouco de segurança por uma fração de felicidade e a consequência é sacrificar a segurança no altar da liberdade individual.

Em meio a essa sociedade, as possibilidades são apresentadas de forma leve e incerta, assim, a tarefa do sujeito consiste em adequar-se ao movimento perpétuo e árduo que pode custar qualquer possibilidade de segurança. O estar no mundo passa a ser caracterizado por uma insegurança cíclica, esse que tem se tornado, justamente o peso do sujeito pós-moderno, que desfruta desse cenário instantâneo e incerto (TAVARES, 2010).

A maleabilidade e leveza que são garantidas nessa cena social, faz com que os sujeitos sofram com as consequências, visto que “se conseguimos acompanhar as exigências das demandas do discurso social, isto não se faz sem nenhuma quota de sofrimento, e este reside justamente na concretização de um mero gozo alcançado, pois tais posicionamentos, entre outras coisas; realização de *gozo* na medida em que tudo parece ser possível e realizável sem maiores impedimentos internos ou externos” (TAVARES, 2010, p. 37).

Nessa cena de satisfação imediata e fugaz, o cenário que vai se formando é também de vazio emocional que se mescla entre a indiferença e o “mal-estar”, contribuindo, ainda, para a concretização de indivíduos desestabilizados e sem “rumo” (TAVARES, 2010). Assim, os sujeitos estão em constante ameaça, seja em relação à garantia de emprego ou em relação a manter um relacionamento, por exemplo. Por isso, vive-se à sombra do medo das incertezas constantes e da sensação de insegurança.

Dessa forma, nada é garantido, sólido ou durável. Não há referenciais sólidos o suficiente e há uma dificuldade em fixar-se em uma identidade, assim como também não “tem” necessidade manter-se em uma determinada identidade, pois, quanto menos fixado o indivíduo estiver, mais ele poderá aproveitar as novas oportunidades. Portanto, os indivíduos são lançados em um leque de possibilidades e resta a eles ficar atentos e preparados, mesmo que isso lhes cause ansiedade e apreensão.

Há sempre uma variedade de opções e a liberdade fluida presente na pós-modernidade sobrecarrega os indivíduos com a tarefa árdua de escolhas cotidianas. De acordo com Bauman (1998), estes são sentenciados a uma existência de escolhas. Assim, em meio às oportunidades, cabe aos indivíduos descobrirem o que são “capazes de fazer, esticar essa capacidade ao máximo e escolher os fins a que essa capacidade poderia melhor servir, isto é, com máxima satisfação concebível” (BAUMAN, 2001, p. 74).

No entanto, a ação de escolher se torna até mais importante do que a “coisa” escolhida, pois, além de tudo os indivíduos são os únicos responsáveis pelas más escolhas, não tendo a quem culpar a não ser a eles mesmos. Dessa forma, o momento de escolha seria, portanto, um propiciador do “mal-estar” na contemporaneidade, já que a dúvida pode ser encarada como um sentimento de incerteza perpétua.

Uma das questões que Lipovetsky (2007) instiga a nossa reflexão consiste no fato de que o excesso de liberdade pode gerar a frustração e, em meio a esse tempo acelerado e “curto”, os indivíduos são além de tudo individualistas, narcisistas e egocêntricos. Nesse excesso de liberdade, porém, o sujeito encontra-se mergulhado em índices cada vez maiores de depressão. Estamos em meio a uma sociedade que “multiplica ao infinito as ocasiões de experiência frustrante, ao mesmo tempo que deixa de proporcionar os antigos dispositivos para debelar esse mesmo mal” (idem, p. 14). Há uma exigência cada vez maior de ser feliz e/ou ter realização na vida pessoal e profissional, ou seja, não se divirta, mas estude/trabalhe enquanto os outros dormem ou se divertem, basta fé e persistência para “ser alguém na vida”.

Assim, essa cultura pós-moderna é, também, um vetor de individualismo extremo. Sobre esse processo, Bauman (2001) nos afirma que as sociedades são formadas por meio da individualidade de seus membros e o cenário se desvela, cada vez mais, pautado por um “processo de individualização”, que tenta transformar a identidade humana.

Nessa sociedade fluida e líquida, o “toque” da leveza passou a preencher cada vez mais o mundo material e cultural, como afirma Lipovetsky (2016): “nunca vivemos em um mundo material tão leve, fluído e móvel. Nunca a leveza criou tantas expectativas, desejos e obsessões. E, nessa “civilização da leveza”, o que uma vez mais se sobressai é uma individualização extrema, somos “livres nas esferas religiosa, familiar e ideológica, indivíduos ‘desligados’, soltos, desapegados, funcionam como átomos em estado de flutuação social. Não sem efeitos paradoxais” (idem, p. 22-23). Sendo assim, estamos diante de um culto à espontaneidade, que estimula os sujeitos pós-modernos e hedonistas a serem apenas eles mesmos e a libertarem-se de papéis outrora estabelecidos.

Tavares (2010) acrescenta que o sentimento que se delineiam na atualidade é uma possível condição para “vivência em desamparo” (p. 29) e esse desamparo se daria porque há uma carência no que concerne aos referenciais sólidos observados em outros tempos. Uma outra questão que podemos destacar nesse atual cenário com suas infinitas possibilidades é de

que há inúmeros meios de comunicação, ao passo que os indivíduos nunca estiveram tão conectados e ao mesmo tempo tão solitários⁴.

Há uma autêntica produção desses novos meios de comunicação que favorece, mesmo que de forma contraditória, o isolamento e a alienação, seja a televisão com sua infinidade de programas, seja os computadores com suas resoluções e “livre” acesso à internet, aos conteúdos, apps, e demais possibilidades que esta dispõe. Desse modo, há nesse contexto tecnológico uma condição ideal de isolamento que, conseqüentemente, contribui para a “formação das multidões solitárias” (TAVARES, 2010, p.14).

Como já apontado, são tempos de velocidade, de impaciência e fluidez em que até mesmo as relações interpessoais não passaram despercebidas, pois tais relações não visam mais a durabilidade, dado que se apaixonar e desapaixonar tornaram-se experiências estimulantes, tendo em vista que “a súbita abundância e a evidente disponibilidade das experiências amorosas podem alimentar (e de fato alimentam) a convicção de que amar (apaixonar-se, instigar o amor) é uma habilidade que se pode adquirir, e que o domínio dessa habilidade aumenta com a prática e a assiduidade do exercício” (BAUMAN, 2004, p. 10).

Esse universo dos novos meios de comunicação possibilita com que as pessoas se conectem umas com as outras mesmo que estejam muito distantes. As relações sociais que são muito diversas, desde laços de parentesco aos laços de amizades, podem ser facilmente mantidas através da internet, por meio das redes sociais, as quais possibilitam também, até encontrar a próxima experiência amorosa.

Contudo, alguns indivíduos evitam os relacionamentos que visam a durabilidade, inclusive, são levados a vivenciá-los de forma instantânea, cuja prioridade é não ser penalizado ao ponto que possa ameaçar a liberdade individual, pois o que de fato interessa é a satisfação. Na sociedade consumista que visa relacionamentos líquidos, sem consequência ou estreitamento dos laços, o qual pode ser encarado como um “motivo de vergonha”.

Outro aspecto que se configura nesse cenário é o de que essas relações afetivas acabam se igualando à lógica de consumo e o outro passa a ser visualizado enquanto uma “mercadoria”⁵, pois, a partir do momento que o sujeito não se fixa, este fica “livre” para a próxima aventura e o outro pode ser facilmente esquecido. Nesse sentido, podemos destacar, conforme Bauman (2004), o *Homo sexualis*, que carrega consigo a preocupação em evitar frustrações que podem

⁴ Não nos referimos aqui exclusivamente aos impactos que a pandemia do Covid-19 ocasionou com a quarenta obrigatória e o distanciamento físico. Mas, essa dinâmica já vinha sendo observada como parte das relações interpessoais no cenário contemporânea

⁵ Podemos exemplificar o aplicativo de relacionamentos Tinder que dispõe os sujeitos como mercadorias, possíveis de “dar matches” ou não.

ocorrer nos relacionamentos. É na vida particular, que as pessoas, por meio de uma individualização, acabam sofrendo uma maré de decepções (LIPOVETSKY, 2007).

Nesse ponto é que as decepções em relação ao amor e aos relacionamentos não mudaram muita coisa desde outros tempos, mas presenciamos agora uma frequência maior de decepções. Há na atualidade um culto de sentimentos, sendo o amor exaltado nas músicas, nos filmes, na televisão, que leva o indivíduo, além de tudo, a imaginar um amor ideal, com uma pessoa ideal. Apesar disso, em meio ao processo de individualização cada um quer ser reconhecido e valorizado. Assim,

As pessoas que há pouco eram extremamente amorosas, de súbito, tornam-se frias, porque os sentimentos não podem ser considerados objetos imutáveis, nem as evoluções do comportamento humano possuem m caráter sincrônico. A euforia dá lugar ao fastio ou cansaço, incompreensão ou agastamento, dramaticidade inopinada, com cortejo de acidez e, não raro, de antipatia. Separações, conflitos relativos à guarda dos filhos, ausência de comunicação íntima, provável depressão subsequente, tudo isso atesta as desilusões que podem advir da vida amorosa (LIPOVETSKY, 2007, p.20).

Ademais, os indivíduos se encontram assombrados pela constante sensação de incertezas, fazendo com que acabem procurando sujeitos, para ajudá-los no processo de tomada de decisões. É nesse sentido, por exemplo, que temos presenciado um aumento significativo de *coaching*, como expõe Oliveira-Silva (2018), que é apresentado na atualidade como uma área bastante emergente e são encontrados principalmente nos espaços de educação, de esporte, entre outros. Os *coachings* são pessoas com algum tipo de “experiência”, em certas áreas específicas, são profissionais que, por exemplo, te ensinam a enriquecer, mas não necessariamente são ricos. Nas palavras de Bauman (1998):

A pós-modernidade é a era dos especialistas em identificar problemas, dos restauradores da personalidade, dos guias de casamento, dos autores dos livros de auto-afirmação: é a era do surto de aconselhamento. Os homens e mulheres pós-modernos, quer por preferência, quer por necessidade, são *selecionadores*. E a arte de selecionar é principalmente em torno de evitar um perigo: o *de perder uma oportunidade* por não vê-la bastante claramente, ou por não persegui-la bastante incisivamente, ou por ser um agente de demasiada inexperiência para capturá-la. Para evitar esse perigo, os homens e mulheres pós-modernos precisam de aconselhamento (p. 222).

Como podemos observar, em meio a essa sociedade cada vez mais fluída e incerta, os indivíduos se deparam com as tomadas de decisões em que os únicos responsáveis pelas escolhas erradas serão apenas eles mesmos, o que gera muitas das vezes frustrações e depressão. Assim, para evitar as frustrações, os sujeitos acabam encontrando certas estratégias. No

próximo tópico, nossa preocupação gira em torno do consumo, que se torna um dos grandes marcadores de identidade, mesmo que o poder aquisitivo das pessoas seja desigual.

2.4 A sociedade do hiperconsumo e seus imperativos de satisfação

O consumo aparece enquanto um organizador da vida cotidiana. São infinitas as possibilidades diante dos indivíduos, fazendo com que estes consumam e adquiram cada vez mais produtos. Assim ainda, os indivíduos, podem parcelar suas compras em quantas vezes forem necessárias. Na corrida pelo consumo e para a satisfação, ninguém quer ser deixado por último, e o que foi adquirido anteriormente passa a ser algo descartável e desatualizado (OLIVEIRA, 2015).

Os ditos cartões de crédito libertam os indivíduos do “dinheiro líquido”, “doravante para pagar, basta mostrar o cartão e assinar a fatura. É tudo. Todos os meses receberá uma lista das contas que pode pagar de uma só vez ou por prestações mensais” (BAUDRILLARD, 1995, p. 15). Em meio a esses paradoxos em que o consumo é tanto protagonista quanto um marcador de identidades, o desejo de consumir torna-se uma premissa para a felicidade.

Em meio a essa sociedade de consumidores há uma divisão: entre as coisas que devem ser escolhidas e quem as escolhem. Assim, Tavares (2010) nos aponta que a nossa contemporaneidade é regida pelas égides do sistema capitalista e conseqüentemente pelo consumismo exacerbado, e nesse contexto, as mercadorias e os produtos favorecem condições espetaculares. Além disso, em meio a essas infinitas possibilidades de consumo a produção desses bens passam a seduzir os indivíduos para que estes ocupem um determinado *status*, uma vez que “a sucessiva substituição dos bens pouco duráveis é o que garante o sucesso dos sujeitos” (TAVARES, 2010, p. 38).

A *sedução* encontra-se exposta nas vitrines das lojas, esperando ansiosamente por seus consumidores ávidos por artefatos, experiências e “atualizações”, consumir para a satisfação imediata, mesmo que a satisfação plena ainda esteja distante. Há sempre novas e variadas ofertas e esse sujeito pós-moderno “permanece no mal-estar por não atingir a satisfação e ainda mais é atormentado devido à falta de certezas” (OLIVEIRA, 2015, p. 49). Assim, “será que o objeto adquirido é melhor do que aquele que não escolhi?”, “será que a outra cor era melhor?”, “será que deveria ter comprado o outro também?”, em meio às incertezas, esses sujeitos também se veem ameaçados frente à possibilidade de não se manter no trabalho, de perder o *status* que foi adquirido, entre outros.

Oliveira (2015) chama atenção para o fato de que a característica marcante de nossa época não seria apenas por conta do consumo, mas devido ao excesso de consumo. No entanto, esse consumismo desenfreado teria se desenvolvido, a partir da possibilidade de expansão tanto do sistema de crédito, quanto de uma significativa elevação do poder de compra da classe trabalhadora. Contudo, há um aumento crescente de individualismo que passa a ser marcado por uma cultura narcisista (LIPOVETSKY, 2005; LASH, 1986).

O narcisismo representa, de acordo com Lipovetsky (2015), um novo estágio do individualismo, além de os indivíduos viverem sem nenhuma preocupação em relação às tradições, pois o sentido histórico foi abandonado e o narcisismo seria o efeito de um cruzamento entre a lógica social individualista hedonista e uma lógica terapêutica e psicológica. Assim, as produções de subjetividade, para Lash (1986) são pautadas tanto na realização pessoal quanto no consumismo, pois, a nossa preocupação está engendrada na beleza, no desempenho e na saúde, pagamos qualquer preço por nossa satisfação e os esforços para obtê-la, não será medido. Nessa cena, o desejo de reconhecimento foi posto pela lógica narcisista e as relações humanas se tornaram cada vez mais bárbaras e conflituosas.

É nesse processo que Oliveira (2015) reflete sobre o fato de que o sujeito pós-moderno se vê frente a necessidade de realizar cada vez mais investimentos em si, com uma busca constante por saúde e bem-estar, “é preciso estar sempre atento ao corpo e à mente, fazer exercícios, dieta, usar drogas, seguir caminhos espirituais, consumir autoajuda e terapias diversas” (p. 42). Assim, os esportes saíram dos ginásios e passaram a ganhar um novo contexto, no qual consiste em implicar aos indivíduos a formação de sua autonomia e responsabilidade.

O esporte, não seria um mero exercício físico, mas acaba se tornando uma maneira dos indivíduos assumirem “a responsabilidade por si mesmo diante das carências das políticas públicas do emprego e da incapacidade da administração em manejar os laços eficazes entre oferta e demanda no mercado de trabalho” (EHRENBERG, 2010, p. 19).

O sujeito passa a valer por aquilo que ele apresenta, e é cobrado destes, uma boa performance, que será cobrado desses indivíduos pela forma e não pelo conteúdo. Dessa forma, esses tornam-se prisioneiros de si mesmos, envoltos numa busca desenfreada por uma imagem ideal. A realização pessoal desses indivíduos, são sempre confrontadas entre a realidade e a fantasia das publicidades. Existe um paradoxo para se alcançar essa realização pessoal: é preciso estar dentro dos modelos preestabelecidos, tanto de sucesso, quanto de beleza e saúde (OLIVEIRA, 2015). Diante de um sistema hierarquizado e unânime, surge agora um “sistema

horizontal e descentralizado, desregulado e plural, que corresponde ao avanço da dinâmica de individualização. Essa desunificação estética abriu a paleta de escolhas em relação à própria aparência e reduziu as restrições que as tendências sazonais tradicionalmente exerciam” (LIPOVETSKY, 2016, p. 167).

Diante da vasta possibilidade que é apresentada, o consumismo é maximizado, apesar de não trazer a felicidade plena. A partir das contribuições de Lipovetsky (2007), aponta-se que o mundo tecnicista proporcionou cada vez mais uma ideia de que os sujeitos podem ter uma vida longa, acompanhada sempre de mais conforto. No entanto, em meio a essa sociedade de consumidores, Bauman (2008) salienta que ninguém pode se tornar sujeito sem antes virar mercadoria, ao passo que a subjetividade desses sujeitos, concentram-se para permanecerem uma mercadoria vendável.

Nesse cenário, podemos observar um crescimento significativo de tecnologias que auxiliam na comunicação entre os indivíduos. Além de infinitas possibilidades e mobilidades, mesmo que contraditoriamente se tenha criado condições ideais de isolamento, adoecimento e solidão, como apontado anteriormente.

Baudrillard (1995) chama atenção para o fato de que a sociedade de consumo, caracteriza-se principalmente por uma “*universalidade do fait divers*” na comunicação de massa, mesmo que está não forneça para nós a realidade, mas uma “*vertigem da realidade*”. Há uma intensificação e fortalecimento de multinacionais e a “interligação de mercados e culturas foi fomentada, principalmente, pelo desenvolvimento das telecomunicações, das tecnologias de informação e da telemática (tecnologia que integra, num só dispositivo, recursos de telecomunicação, telefonia, televisão, satélites e fibras óticas e de informática, computadores, *softwares* e sistemas de rede) tornando possível que os negócios com países longínquos fossem realizados com investimentos de baixo custo”(LEONARDI; ZEGGIO, 2015, p. 66).

A “leveza” dessa nova atualidade permite que os sujeitos possam estar presente de maneira simultânea em vários lugares, “à medida que triunfa a navegação virtual, o nômade conectado impõe-se como uma figura influente da leveza hipermoderna” (LIPOVETSKY, 2016, p. 128). Entre os elos da tecnologia e da leveza estes permitem, não só o “nomadismo virtual”, mas também são capazes de reduzir o peso que certas organizações exercem na vida dos sujeitos. Em meio a esse contexto o trabalho como colocado acaba por “invadir” o ambiente privado.

O *home office* apresenta a vantagem de eliminar o desconforto dos trajetos entre o domicílio e o local de trabalho, permitindo ainda gerenciar o uso do tempo livre. A

videoconferência possibilita que se evitem deslocamentos inúteis, que se ganhe tempo, que se reduza o cansaço ligado aos transportes. Analistas de tendências já anunciam que as empresas digitais não terão escritório fixo, nem restrições de horário e lugar. A administração não funcionará mais baseada na autoridade e no poder hierárquico, mas na confiança e na liberdade de organização do trabalho de colaboradores. (LIPOVETSKY, 2016, p. 128).

De acordo com Bauman (2008), a nossa atualidade dispõe de dispositivos eletrônicos que cabem na palma da mão. A alegria está nas compras e agora os indivíduos não precisam ter a preocupação se uma determinada loja fecha às 18 ou às 22 horas, as lojas disponibilizadas na internet ficam abertas o tempo todo, “pode-se esticar à vontade o tempo de satisfação não contaminada por qualquer preocupação com frustrações futuras” (BAUMAN, 2008, p. 29). O inconveniente que pode vir a surgir é o de uma mercadoria defeituosa, mas que pode ser facilmente trocada e substituída por uma nova e/ou aperfeiçoada.

Há uma variedade cada vez maior de dispositivos digitais que permitem um acesso à comunicação rápida, que passam a ser objetos de desejo de consumo dos indivíduos. Na tentativa de economizar tempo, é necessário objetos que possibilitem uma “alta velocidade” e “alta conexão”, mas os indivíduos não querem apenas muita velocidade, mas também muita informação. Informações que nem sempre são verdadeiras, nas palavras de Baudrillard (1995, p. 26) “a tranquilidade precisa para se exaltar, de perpétua violência consumida”. Pode-se ligar a TV às quatro horas da manhã e imediatamente há um bombardeio de informações sobre violência e que continua durante todo o dia. São informações que para os espectadores mais sensíveis podem ocasionar ainda mais sensações de insegurança e ansiedade, além de despertar outros males. Telejornais se tornaram na maioria das vezes palcos que tem como protagonistas, não só a violência, mas uma midiaticização do sofrimento alheio, por toda parte se

desenvolvem o cinema-verdade, reportagem direta, o flash, a foto de choque, o testemunho-documentário, etc. Em todos os lugares se busca o coração do acontecimento, o coração do barulho, o *in vivo*, o face a face, a vertigem de uma presença total ao evento, o Grande Calafrio do vivido, ou seja, mais uma vez, o MILAGRE, já que a verdade da coisa contemplada, televisada, gravada na cinta sonora, consiste precisamente no fato de *eu não ter lá estado*. O mais verdadeiro, porém, conta mais que o verdadeiro; por outras palavras, o fato de assistir sem lá ter estado, ou ainda de outro modo, *o fantasma* (BAUDRILLARD, 1995, p. 24)

Segundo Leonardi e Zeggio (2015) apesar desse excesso de informações, os dispositivos permitem o acesso ainda mais rápido destas, mas também, possibilitam que os sujeitos possam executar as atividades com maior aceleração. No entanto, a sociedade do consumo e da produtividade, fez com que o tempo ocioso seja preenchido com mais atividades, assim, o tempo de trabalho se estendeu para a vida privada. Ainda, segundo o autor, na sociedade pós-

moderna, o capitalismo amplia os horizontes e a produtividade, “desenvolvem-se tecnologias que promovem a aceleração frenética da vida cotidiana; parar e ‘fazer nada’ geram, como nunca, sentimento de culpa, inferioridade e inadequação social, todos esses constituintes da depressão” (p. 67).

Nesses horizontes de imediatividade, há uma transformação constante da realidade em espetáculos, apesar de que “o espetáculo confundiu-se com toda realidade ao irradiá-la” (DEBORD, 1997, p. 173). Nesse sentido, Bauman (2001) aponta que a vida desejada tende a ser vista da TV, os indivíduos são seduzidos constantemente pelos comerciais, que mostram uma variedade cada vez maior de possibilidades para as próximas compras, nesse sentido, a vida moderna passa a ser mediada por imagens.

Imagens essas que consistem mais precisamente nas novas formas de capital e conseqüentemente passam a ser mercadorias de consumo, propagandeadas quase que exclusivamente pelos meios de comunicação, “agora você não precisa apenas observar as propagandas, você pode fazer parte, tornar-se uma embaixadora, ser uma blogueira”.

Apesar dessas propagandas fazerem com que os sujeitos comprem aquele determinado produto, funcionam como um estímulo para a aquisição de outros. Portanto, as mercadorias adquirem, nesse novo contexto, uma função reforçadora que vira objeto de consumo, não necessariamente pela função que tem o seu uso, mas pela transformação de função. No entanto, os sujeitos pós-modernos não querem adquirir os objetos apenas por uma questão de satisfação, mas, desejam consumir essas mercadorias, pois, são marcadores pelo qual estes pensam e sentem seu próprio valor.

Em meio aos imperativos que se apresentam na cena espetacular, o consumo aparece enquanto um importante marcador das identidades contemporâneas, pois, é justamente quando esses sujeitos possuem algo é o que fazem com que eles se identifiquem com quem são, pois, “a subjetividade dos consumidores é feita de opções de compra, opções assumidas pelo sujeito e seus potenciais compradores; sua descrição adquire a forma de uma lista de compras. O que se supõe ser a materialização da verdade interior do self é uma idealização dos traços materiais objetificados das escolhas do consumidor” (BAUMAN, 2008, p. 24).

Leonardi e Zeggio (2015) aponta que a valorização social tem se tornado um contingente de relatos do que poderia se considerar como vivendo uma vida ideal, pois, as práticas pós-modernas tornaram importantes tanto exhibir, quanto demonstrar que se está vivendo de fato uma vida perfeita e ideal. No entanto, esses relatos da vida ideal podem apresentar algumas distorções, o espetáculo pode se firmar a partir de falsas-realidades, onde o outro podem assistir

e aplaudir, pois, “a cultura competitiva ensina que o valor do indivíduo é encontrado na comparação com os demais” (p. 81).

O valor do indivíduo, portanto, encontra-se atrelado tanto à renda quanto ao poder de consumo e, em meio a essa sociedade, o sujeito passa a produzir cada vez mais aspectos relacionados à riqueza exclusivamente material e os laços sociais encontram-se cada vez mais fragilizados. Em meio a essa dedicação em produzir e cada vez mais consumir, esses sujeitos se veem diante da insegurança que é gerada justamente pela instabilidade.

Diante desse cenário, podemos ver condições significantes para a produção e manutenção da depressão. Em meio a esses imperativos do hiperconsumo, o que pode ser visto é essa fase associada a uma onda de pessoas cada vez mais depressivas imersas em uma maré de “mal-estar” generalizado. Lipovetsky (2007) chama atenção para dois aspectos importantes: a primeira seria uma “síndrome do fracasso” contemporâneo e a segunda é caracterizada pela sociedade da decepção, em que os próprios sujeitos sentem “dificuldade em admitir o próprio desapontamento ou insatisfação” (p. 68-69).

O sujeito precisa a todo custo ser bem sucedido, estar satisfeito com suas escolhas, mas contraditoriamente, a falta de sucesso faz com que seja evidenciado o fracasso, e a inveja é suscitada em detrimento da compaixão. Nesse quesito, “a ninguém compraz aumentar sua própria depressão, declarando-se infeliz, uma vez que, se resolvesse comparar a situação com a de alguém mais desafortunado, encontrará motivos para não se sentir o ser humano mais prejudicado pela sorte” (p. 69), mas, a dor e o sofrimento emocional são singulares, são pesos e medidas totalmente diferentes para cada indivíduo.

De acordo com Lipovetsky (2007) algumas das satisfações cotidianas são frivolidades e/ou pequenos luxos. No entanto, os modos de vida característicos das nossas sociedades estão cada vez mais abertos, mutáveis e fluidos e isso faz com que esse cenário seja marcado por uma desorganização psicológica que vai se refletir nos processos de subjetividade. Viver nessa sociedade é encarar as oscilações e as mudanças frequentes próprias dessa dinâmica e faz com que nos deparemos com um fluxo cada vez crescente de pessoas acometidas por ansiedades, depressões, baixa autoestima e outros, apesar de quanto mais frustrante a sociedade, mas ela promove formas e condições de reoxigenação da vida.

Apesar dessa sociedade se mostrar um lugar propício ao aumento das psicopatologias, uma vez mais Lipovetsky (2007) chama atenção para o fato de que ela permite aos sujeitos tanto imaginar quanto “empreender alterações em nossa vida pessoal. Resumindo, ela pavimenta as vias do possível ao oferecer uma multiplicidade de caminhos para a conquista da

felicidade” (p. 81). Para o sociólogo, o consumismo não seria um mal em si, mas se torna um quando hipertrofiado, não atendendo a todas as aspirações humanas.

O homem não deve ser resumido apenas a um sujeito que acumula bens, mas também enquanto um sujeito que luta, pensa, constrói e cria. Contudo, esse contexto como bem colocado aqui, dispõe tanto de poder quanto de liberdade de escolha, o mercado passa a diversificar cada vez mais os preços e as ofertas, mas, além de tudo há uma constante individualização do social, assim como o enfraquecimento das crenças e dos modelos culturais. O sujeito então pode

Variar suas compras, beneficiar-se de um leque real de alternativas em termos de preço, adquirir produtos e serviços que antes eram reservados à elite (viajar de avião, por exemplo). Logo, sob o ‘fascismo das marcas’, o poder do *homo consumericus* aumenta. Se é inegável que presenciamos uma consolidação do poder da sociedade mercantilizada, ela não se separa de uma grande autonomia do consumidor-protagonista social (LIPOVETSKY, 2007, p 75).

Podemos destacar que o consumismo exacerbado seria o marco ou melhor, um ponto de referência para caracterizar a sociedade e os indivíduos contemporâneos. Esse consumismo, portanto, é uma estrutura tanto aberta quanto dinâmica “ele solta o indivíduo dos laços da dependência social e acelera os movimentos de assimilação e rejeição, produz indivíduos flutuantes e cinéticos, universaliza os modos de vida, permitindo um máximo de singularização dos homens” (LIPOVETSKY, 2005, p. 89).

Contudo, a contemporaneidade mostra-se um ambiente propício para a utilização de uma linguagem voltada para a saúde mental e do sofrimento psíquico. Byung-Chul Han (2017) observa que o século XXI, a partir de uma perspectiva patológica, é definido como neuronal, marcado por doenças neuronais⁶, tal como a depressão, que é o objeto de análise do nosso estudo em questão.

Com o desenvolvimento da sociedade acompanhada por fortes mudanças, tanto nos padrões econômicos quanto sociais e políticos, juntamente com um ritmo de vida acelerado (SIMMEL, 1950) e composta por uma multidão solitária (KEHL, 2009), a sociedade do consumo passa a ser cada vez mais estimulada, mesmo que “o consumidor real torna-se consumidor de ilusões”. (DEBORD, 1997, p. 33). Com isso, os indivíduos passam a consumir cada vez mais bens, gostos, valores e outros. Apesar de que o objetivo por trás desse consumo, o homem espera encontrar a felicidade tão almejada (VIEIRA, 2005), mesmo que

⁶ Mesmo que Han (2017) aponte que o século XXI não seja definido como bacteriológico e/ou viral e apesar de que estamos como já mencionado, passando por uma pandemia ocasionada pelo SARS-CoV-2 que tem ceifado a vida de milhares de pessoas, alguns especialistas em saúde apontam que a segunda onda da pandemia será de saúde mental, tocaremos melhor nesse ponto posteriormente.

paradoxalmente nem todas as pessoas tenham acesso a um certo poder aquisitivo para adquirir determinados bens. Nas palavras de Debord (1997)

As vedetes existem para representar tipos variados de estilos de vida e de estilos de compreensão da sociedade, livres para agir globalmente[...]. A vedete do consumo, embora represente exteriormente diferentes tipos de personalidade, mostra cada um desses tipos como se tivesse igual acesso à totalidade do consumo, e também como capaz de encontrar a felicidade nesse consumo (p. 41).

Destarte, o comportamento de consumo exacerbado leva os sujeitos a uma cultura da individualidade e da liberdade (VIEIRA, 2005), uma vez que a cultura pós-moderna é um dos principais vetores de aumento do individualismo e, segundo Lipovetsky (2005), estamos mais precisamente na segunda fase da sociedade de consumo, que “deixou de ser *hot* e se tornou *cool*” (p.XX). Debord (1997) novamente expõe que o espetáculo não exalta os homens e suas armas, mas em contrapartida exalta as mercadorias e suas paixões. Além disso, os sujeitos tentam se satisfazer através da mercadoria e quando não conseguem essa satisfação passam a procurar o reconhecimento por meio de seu valor enquanto mercadoria.

Já para Kehl (2009), essa sociedade do consumo ainda vai ser caracterizada pelo fato de que “o fetiche da mercadoria acrescido do (valor) imaginário de gozo, seja o verdadeiro organizador do laço social” (Idem, p. 100). O capitalismo, por sua vez, expropria dos sujeitos não somente a mais-valia, como nos sugeriu Marx (1974), mas esse capitalismo contemporâneo aos termos de Kehl (2009), tanto apropria-se quanto alimenta-se de algo para além da força de trabalho do indivíduo e no qual as formas de exploração não se dão mais aos moldes da burguesia *versus* proletariado e sim na contemporaneidade: o sujeito passa a explorar a si mesmo de maneira mais intensa em que o imperativo da autonomia se torna mais crescente (EHRENBERG, 2010).

3 SER DEPRESSIVO NA SOCIEDADE DO DESEMPENHO

Temos presenciado muitas pessoas diagnosticadas com psicopatologias. Dentre essas, destacamos a depressão, que incita indagações como: i. que fatores podem contribuir para o estado depressivo?; e (retomando uma questão já mencionada) ii. o que acontece para que na atualidade esse número se apresente tão expressivo? Dados esses questionamentos, esse tópico apresenta discussões acerca da sociedade disciplinar e da sociedade do desempenho, apontando os impactos que se apresentam na vida dos sujeitos. Além disso, as manifestações do sofrimento não se apresentam de forma única a todos os indivíduos, podendo também significar coisas diferentes para aqueles que sofrem. Com isso, esse capítulo está dividido em duas partes: 3.1- *Da sociedade disciplinar à sociedade do desempenho: os impactos na vida dos sujeitos*; e 3.2- *Sofrimento e a temporalidade da depressão*.

3.1 Da sociedade disciplinar à sociedade do desempenho: os impactos na vida dos sujeitos

A sociedade passa por transformações no âmbito político, social, econômico e produtivo. O século XX trouxe novos paradigmas e com eles novas lógicas produtivas e de produção (SOUZA, 2021). Sendo assim, nos primeiros anos do século passado, a depressão apareceu enquanto um conceito econômico e posteriormente consagrou-se como categoria psicopatológica.

O psicanalista Christian Dunker (2021) aponta para outubro de 1929, momento no qual os valores da bolsa de ação caíram e o mundo entrou em depressão e posteriormente em recessão, ocasionando desde taxas elevadas de desemprego até a queda de produção industrial. E foi justamente sobre esse momento que se observou o uso do conceito de depressão sendo empregado de forma econômica. Já enquanto categoria psicopatológica, a depressão passou a ser largamente utilizada após essa crise, uma vez que ganharia maiores proporções narrativas e conceituais e surgirá desde então como personagem principal.

Segundo Dunker (2020) e Han (2017) foi só no final do século XX e no início do século XXI que houve uma popularização da depressão, assim como de outras doenças, tais como: Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), o Transtorno de Déficit de Atenção com Síndrome de Hiperatividade (TDAH), etc. Essas doenças delimitariam a paisagem do cenário contemporâneo, fazendo com que o novo século passasse a ser visto a partir de uma perspectiva neuronal, mas que, em contrapartida, demonstra certa decadência psíquica (PRIMO, 2021). São

muitos os autores que procuraram compreender as doenças psíquicas presentes na contemporaneidade, dos quais destacamos importantes nomes e que contribuirão para a construção desse capítulo, tais como: o filósofo sul-coreano Byung-Chul Han (2017), o sociólogo francês Alain Ehrenberg (2010) e o psicanalista Christian Dunker (2020).

Han (2017), influenciado por autores como o próprio Ehrenberg, Baudrillard e outros, procura contrapor a noção de biopolítica empreendida por Foucault e aponta que a sociedade atual presencia um excesso de positividade. Esse filósofo aponta também que a sociedade disciplinar é uma sociedade da negatividade, uma vez que se pauta na negatividade da proibição em detrimento da sociedade atual. Já para Ehrenberg (2010), as transformações que ocorrem na esfera psíquica emergem de uma nova configuração, que é representada e aprofundada através do conceito de autonomia (SOUZA, 2016) e para Dunker (2020), a depressão seria um sofrimento compatível com o neoliberalismo.

Logo, a sociedade presente no século XXI não é mais a sociedade disciplinar apontada por Foucault (1926-1984) formada por hospitais, asilos e presídios, os quais não deixaram de existir, mas deram espaço à sociedade do desempenho, formada por academias, bancos e esporte-aventura (HAN, 2017; EHRENBURG, 2010). Conforme Foucault, autor que nos oferece elementos para interpretar os modelos sociais que foram sendo constituídas entre os séculos XVII e XVIII, a sociedade disciplinar enfatiza a produção de subjetividade e da liberdade.

Assim, o momento histórico das disciplinas seria o instante em que nasceria “uma arte no corpo humano” (FOUCAULT, 1999, p.164), que visaria o aumento das habilidades no sentido de aprofundar a sujeição, sendo a disciplina a fábrica de corpos submissos, exercitados e dóceis. Portanto, a “disciplina” e os “corpos dóceis” seriam objetos de investimento, tal como se apresenta a figura do soldado do século XVII, visto que tinha o corpo como brasão de força e valentia, tornando-se um século depois algo que poderia ser “fabricado” com postura corrigida, com coação calculada, com automatismo dos hábitos. Por isso, esse corpo poderia ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado.

Essas afirmações nos levam a compreender que em qualquer sociedade o corpo se encontra preso no interior de poderes, que poderão impor limitações, proibições e/ou obrigações. Conforme Foucault (1999), muitas são as técnicas para o controle desses corpos para que se possa exercer sobre eles uma coerção, assim a “anatomia política”, categoria acionada pelo autor é o que definiria o que pode ou não ter domínio sobre os corpos. Nesse sentido, a disciplina aumentaria as forças dos corpos.

Contudo, faz-se válido salientar, conforme o autor, que essa “anatomia política” não deve ser entendida como se o seu aparecimento acontecesse de forma rápida e súbita, pois se deve a múltiplos processos (FOUCAULT, 1999, p. 165). Assim sendo, podemos encontrar esses mecanismos nas escolas, nos hospitais e em outras instâncias. Além disso, é fato que a preocupação desse filósofo não é apenas relatar histórias das mais variadas instituições disciplinares, mas localizar algumas das técnicas essenciais para a disciplina dos corpos, uma vez que essas técnicas definem um investimento político, ou seja, uma nova microfísica do poder. Por isso, nas palavras do autor,

o domínio e a consciência do próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isso conduz ao desejo do próprio corpo por meio de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio (FOUCAULT, 2003, p. 235).

A disciplina procede de uma distribuição dos indivíduos em determinados espaços. As escolas e quartéis, como já mencionados, são espaços onde podemos visualizar as técnicas disciplinares, já que são locais de monitoramento e vigilância. No que concerne ao âmbito escolar, ainda de acordo com Foucault, a partir do ano de 1762 esse espaço se tornou ainda mais homogêneo e foi no século XVIII que a ordenação em fileiras definiu essa forma de repartição dos indivíduos. Na disciplina, porém, os elementos são e podem ser intercambiáveis, pois a arte de dispor em filas, por exemplo, individualiza os corpos. Assim, podemos observar que a organização dos espaços escolares nos dias de hoje, ainda carregam resquícios dessas técnicas disciplinares utilizadas no passado.

Dardot e Laval (2016), em relação a essa sociedade pautada na disciplina dos corpos, utilizam-se do conceito de *dispositivo de eficiência* para apontar que o processo fornecido por Foucault é problemático, pois o dispositivo não seria o de “adestramento dos corpos”, mas uma questão de “gestão das mentes”, sendo esse modelo disciplinar apenas um “aspecto da elaboração de certo modo de funcionamento da subjetividade” (p. 325). Portanto, por meio dessa “gestão das mentes” o governo penetraria o pensamento dos homens.

Outro ponto bastante pertinente levantando por Dardot e Laval (2016) se refere ao *sujeito produtivo* que aparece como um dos grandes resultados da sociedade industrial e deveria, por sua vez, ser estimulado. Nas palavras dos autores, esse modelo disciplinar produz maior felicidade, uma vez que o sujeito em todos os âmbitos da sua vida produz bem-estar,

prazer e felicidade. Com isso, diante dessa perspectiva é preciso intensificar os esforços e fabricar homens que sejam úteis, dóceis e dispostos a consumir.

Essa disposição de consumo pode ser observada com grande efervescência nos últimos anos, pois temos presenciado um aumento exponencial de academias de fitness e outros espaços que proporcionam um maior cuidado com o corpo, tendo em vista que os dispositivos têm o gozo e a positividade como propósito. Dessa forma, na sociedade do século XXI, os sujeitos deixaram de ser “sujeitos da obediência” e passaram a ser considerados enquanto “sujeitos de desempenho e/ou produção”, superando as técnicas disciplinares apresentadas por Foucault que tinham como objetivo adestrar os corpos e torná-los dóceis.

Sendo assim, as novas práticas fazem com que o sujeito trabalhe para a empresa como se ele assumisse um papel tal como proprietário do estabelecimento, pois não se apresenta mais como empregado, mas como “colaborador” da empresa. O sujeito se entrega a sua atividade profissional, já que “ele deve trabalhar para sua própria eficácia, para a intensificação de seu esforço, como se essa conduta viesse dele próprio, como se está lhe fosse comandada de dentro por uma ordem imperiosa de seu próprio desejo, à qual ele não pode resistir” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 327). À vista disso, em princípio, o sujeito do desempenho seria mais rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência.

Nessa nova sociedade, a autonomia passa a substituir a disciplina, mas isso não significa que os corpos deixaram de ser dóceis e/ou que as condutas de obediência tenham desaparecido, como já mencionado, mas sim que a iniciativa individual lhe é superior (SOUZA, 2016). Ademais, a empresa aparece como um código e, conforme alguns autores já citados, empresa passa a ser também o nome que se “dar ao governo de si na era neoliberal” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 328). Com isso, tornou-se propício à proeza esportiva, ao passo que o *ethos* aventureiro e o esporte da aventura retomam a dimensão da competição e esse sujeito neoliberal é, pois, um homem competitivo (EHRENBERG, 2010; DARDOT; LAVAL, 2016).

Ehrenberg (2010), com base em uma análise da sociedade francesa, destaca que o esporte e aventura aparecem como “idealizadores” do espírito de autorrealização do sujeito. Na aventura empreendedora, apesar de faltar tanto os meios quanto os reparos institucionais que permitiriam qualquer um enfrentá-lo, a obrigação de “ganhar” passa a vir acompanhada de uma crise de identidade e essa crise resultaria, justamente, numa depressão nervosa, que seduzirá uma boa parte dos sujeitos. Contudo, a onda de competitividade, assim como o desejo de “ser alguém na vida”, leva os sujeitos a um esgotamento de si. Nessa sociedade há tanto a produção quanto a manutenção de depressivos e “fracassados”. Com isso,

O discurso da realização de si mesmo e do sucesso de vida leva a uma estigmatização dos fracassados, dos perdidos e dos infelizes, isto é, dos incapazes de aquiescer à norma social de felicidade. O fracasso social é visto, em última instância, como uma patologia [...] essa sintomatologia da depressão é associada com frequência a uma demanda não satisfeita de reconhecimento dirigida aos empregadores (DARDOT; LAVAL, 2016).

Nesse sentido, a depressão seria uma resposta ou o outro lado do desempenho. Em sua análise, Ehrenberg (2010) localiza a depressão na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade do desempenho. A depressão vai surgir, portanto, enquanto expressão patológica do fracasso do sujeito “empresário de si”, pois a partir do momento em que este indivíduo não aguentar a concorrência imposta por essa nova sociedade, poderá adoecer. Dessa forma, o que causaria a depressão não seria necessariamente a necessidade de “obedecer a si mesmo”, mas a pressão imposta pelo desempenho.

Tendo em vista que esses sujeitos não competem apenas com outros, mas passam a competir com eles mesmos, o depressivo seria um “homem em pane” que “não está cheio, no limite, mas está esgotado pelo esforço de ter de ser ele mesmo” (HAN, 2017, p. 26). Assim, a depressão aparece como uma doença da autonomia, uma vez que esse conceito é compreendido, em primeiro lugar, pela liberdade de escolhas e, na sequência, pela capacidade do indivíduo agir por si mesmo. Isso posto, os valores da autonomia são possíveis devido à transformação do individualismo e essa liberdade e autonomia que foram outrora conquistados cobram desses sujeitos mais alienação (EHRENBURG, 2010; SOUZA, 2016; KEHL, 2009). Para Dunker (2020),

O depressivo é aquele que fracassa e por outro lado tem um sucesso demasiado em se tornar um empreendedor de si mesmo. Ele não consegue usufruir da gramática da competição de todos contra todos, que tornaria a vida uma espécie de esporte permanente, de viagem contínua ou de teatro de estrelas no qual há um prazer em representar [...] o reinado da depressão é também um reinado crítico contra a era do capital humano, do prazer dócil e flexível no trabalho e da narrativa do talento, do propósito e da autorrealização que sobrecarrega a produção com métricas de desempenho e resultado (DUNKER, 2020, p. 209).

De acordo com Souza (2020), é o desempenho que passa a marcar tanto o sucesso quanto o fracasso do sujeito, pois ele dependeria exclusivamente dos seus esforços. Dessa maneira, quando esse sujeito acredita poder tudo, ele não tem limites para o consumo ou para a produção e passa a ser comandado pelo imperativo do “eu posso” e tenta, a todo o momento, superar a si mesmo. Essa sociedade neoliberal, que apresenta dispositivos que tem por finalidade o gozo, prega uma espécie de liberdade coercitiva para os sujeitos.

À vista disso, se faz válido ressaltar que, em meio a essa nova configuração, se acrescentam imperativos de “ser alguém na vida” e de ser bem sucedido. Para Han (2017), a sociedade da negatividade da proibição era dominada pelo “o não-ter-o-direito” (p.24), já a sociedade do desempenho vai aos poucos se desvinculando dessa negatividade e o “poder ilimitado” passa a ser o seu imperativo.

Assim, Dunker (2020) aponta que a depressão acaba por herdar a “[...] figura social do fracassado [...]” (p. 189), ou seja, aquele sujeito que por alguma razão não consegue se adequar às regras e normas estabelecidas se institui o fracasso. Desse modo, o sofrimento acaba individualizando o fracasso na forma de culpa ou por meio de conflitos. Contudo, Dunker considera que

“[...] isso pode ser ótimo do ponto de vista da explicação social da produção de desviante, fracassados ou excedentes do sistema de produção [...] a autoavaliação, auto-observação, o juízo comparativo e a apreciação de si mesma ocupam longas extensões de tempo e rapta grande parte da energia psíquica do indivíduo” (p.190).

A esse respeito, Han (2017) considera que os sujeitos do desempenho se veem forçados a superar, constantemente, a si próprios e os problemas não se constituem devido à concorrência entre os sujeitos, mas sim pelo fato desses indivíduos tomarem a si mesmos como concorrentes. Assim, o sujeito do desempenho, em meio à autocoação, concorre consigo mesmo.

Nos tempos atuais, temos presenciado não apenas uma luta de classes, mas uma luta do indivíduo com ele mesmo. Dessa forma, o sujeito do desempenho entrega-se a uma coação livre, visto que tenta maximizar o seu desempenho e imagina-se enquanto soberano de si mesmo, já que se apresenta tanto como explorador quanto como explorado, onde o sistema capitalista mudou o registro da exploração estranha para a exploração própria, a fim de acelerar o processo.

Em meio a essa sociedade do desempenho, Souza (2016) afirma que as emergências das novas configurações sociais são induzidas por um advento “psi”, no qual o sofrimento depressivo atinge milhões de pessoas em todas as partes do mundo. Sendo assim, tanto os transtornos psíquicos, quanto os sentimentos e as emoções, acabam se tornando o centro de preocupações da vida cotidiana. E, ainda, a sociedade está imersa pela dimensão da vida psíquica, pois o próprio vocabulário que outrora era limitado apenas ao conhecimento médico está agora difundido entre os sujeitos. Assim, uma vez que se uma pessoa se encontra triste há alguns dias, logo será apontada por outros como tendo depressão. A vida psíquica emerge devido a uma configuração que passa a ser pautada pela autonomia, porém para Dardot e Laval (2016), “o sintoma depressivo já faz parte da normatividade como elemento negativo desta última” e para a psicanalista Maria Rita Kehl (2009) a depressão aparece enquanto sintoma

social, ou seja, significa que os depressivos tanto em seu silêncio, quanto em seu recolhimento, são considerados enquanto um grupo incômodo.

Ehrenberg (2004) considera que o sofrimento psíquico e a saúde mental passam a ser um modo de poder designar novas formas de socialização em referência à autonomia, que “[...] é um elemento a partir do qual somos medidos, como era antes a disciplina. Não se tem autonomia por uma substância, uma realidade; é uma linguagem, e como tal, é uma coisa normativa, que implica expectativas” (EHRENBURG, 2004, p. 5). Logo, a autonomia requer que o sujeito governe a si mesmo, responsabilizando-se pelos seus atos e consequências, fazendo com que esse se torne um ponto propício para que a depressão nervosa se instaure. E é nesse processo, que “o antigo alienado se transforma em um ser autônomo graças à saúde mental, deslocando a problemática da desrazão para o sofrimento psíquico” (SOUZA, 2016, p. 21).

A sociedade do desempenho impõe ao sujeito os imperativos que se mostram como necessidades de estar sempre belo e sadio. De acordo com Han (2017), o sujeito acaba por adotar a “[...] forma de sobreviver histórico, converte-se no morto; sim, num morto-vivo. Nos transformamos em zumbis saudáveis e fitness, zumbis do desempenho e do botox. Assim hoje, estamos por demais mortos para viver, e por demais vivos para morrer” (HAN, 2017, p. 118). Pensando por essa perspectiva, a vida hoje para alguns tem se transformado pelo desejo de uma vida saudável e/ou fitness, sobretudo com a grande influência que as mídias sociais fazem sobre o sujeito nessa sociedade em que o uso das tecnologias se mostra indispensável ao seu cotidiano.

No que se refere à psique, a do sujeito do desempenho é bem diferente da apresentada pelo sujeito da obediência, ou seja, o sujeito do desempenho é um sujeito da afirmação, pois seu inconsciente estaria ligado à negatividade da negação e da repressão. E situando o sujeito na sociedade do desempenho neoliberal, ele não teria o inconsciente freudiano, uma vez que “não é uma configuração atemporal. É um produto da sociedade repressiva, da qual nós estamos nos afastando cada vez mais” (HAN, 2018, p. 80).

Sendo assim, o sujeito da obediência não seria um sujeito do prazer, mas do dever. Já os sujeitos do desempenho não se submetem a nenhum trabalho compulsório, pois eles não são sujeitos da obediência e do dever, mas sim, sujeitos da vontade e da liberdade, tendo em vista que buscam satisfação plena e prazer. Logo, não seguem o outro e se desvinculam da negatividade das ordens expressas. No agora, o que basta é ser um empreendedor de si mesmo se responsabilizando pelos supostos resultados obtidos.

O sujeito do desempenho está cada vez mais esgotado de si mesmo, “desgastado” de si mesmo, e a depressão aparece como uma consequência desse esgotamento, visto que esse sujeito se encontra “incapaz de sair de si, estar lá fora, de confiar no outro, no mundo, fica remoendo, o que paradoxalmente acaba levando a autoerosão e ao esvaziamento” (HAN, 2017, p. 91). Portanto, na perspectiva desse autor, a depressão aparece enquanto adoecimento de uma sociedade que sofre com o excesso de positividade. E assim

O sujeito de desempenho está livre da instância externa de domínio que o obriga a trabalhar ou que poderia explorá-lo. É senhor e soberano de si mesmo. Assim, não está submisso a ninguém ou está submisso apenas a si mesmo. É nisso que ele se distingue do sujeito da obediência. A queda da instância dominadora não leva à liberdade. Ao contrário, faz com que a liberdade e a coação coincidam. Assim, o sujeito de desempenho se entrega à *liberdade coercitiva ou à livre coerção de maximizar o desempenho*. (HAN, 2017, p.29-30).

O sociólogo francês Vicent Gaulejac (2007) elucida algumas reflexões em torno da saúde e da condição de trabalho, procurando compreender o mundo a partir do gerenciamento e como este tem se tornado uma ideologia. Desse modo, o gerenciamento aparece como uma arte de governar os homens e as coisas e essa nova gestão passa a mobilizar “o gosto por empreender, o desejo de progredir, a celebração do mérito ou o culto da qualidade” (p. 81). Portanto, essa gestão não estaria presente nos corpos dos sujeitos, mas na subjetividade destes. Colaborando com essa discussão, Oliveira (2015) aponta que este modelo de gestão acaba por mobilizar a psique dos trabalhadores, uma vez que coloca em ação técnicas para colonizar os seus desejos e as suas angústias.

Dessa forma, esse gerenciamento segundo Gaulejac (2007) se apresenta como a arte de governar os homens e as coisas e a energia libidinal passa a ser canalizada para o trabalho, sendo o ritmo de vida determinado pelo ritmo das corporações. No entanto, tudo passa a ser mensurável e estes sujeitos ficam cada vez mais submersos nos ritmos de trabalho. Assim, há um culto à excelência e os indivíduos precisam cada vez mais se aperfeiçoar, procurar fazer e ser o melhor para alcançar o sucesso, superando sempre sua versão anterior. Nesse modelo, o fato de o sujeito gerenciar a si mesmo acaba por objetivar a realização de si mesmo. Para o autor,

O governo por meio de ordens é substituído pelo guia prático de auto avaliação, que permite a cada agente, a cada serviço, a cada organização comparar seus desempenhos em relação aos outros e em relação a seus resultados anteriores. A conjunção das duas lógicas, competição e medida, leva cada um a interiorizar objetos sempre mais ambiciosos, resultados mais, elevados, desempenhos mais exigentes (GAULEJAC, 2007, p. 93).

À vista do exposto, essa lógica apresenta alguns paradoxos, pois os adoecimentos físicos e psíquicos surgem como resultado das pressões das exigências empresariais. E essa pressão existente no âmbito do trabalho acaba lançando-se para outras áreas da vida social. Anteriormente, exemplificamos a escola enquanto instituição que emprega técnicas de “aperfeiçoamento” dos corpos, nessa perspectiva podemos apontar que a escola aparece como espaço também de produção de sujeitos empregáveis.

Oliveira (2015) aponta que a educação se tornou um meio de aperfeiçoamento profissional de competitividade e de empregabilidade (p. 57). Nesse sentido, os sujeitos passam a ser pressionados para aguentarem as condições de trabalho e as pressões que o trabalho impõe e quando os sujeitos não conseguem lidar com essas demandas impostas são considerados fracos ou vulneráveis. Assim, a medicalização pode aparecer como um meio para que estes possam suportar os sofrimentos produzidos no dia a dia.

Iniciamos esta seção com as seguintes indagações: i. que fatores podem contribuir para o estado depressivo? e ii. o que acontece para que na atualidade esse número se apresente tão expressivo? Como vimos, o cenário atual apresenta excesso de indivíduos diagnosticados com psicopatologias e, em resposta às indagações que nortearam nossa argumentação, diante de uma infinidade de fatores, podemos citar os ambientes de trabalho como geradores de estresse e esgotamento do sujeito, visto que há uma pressão para que ele apresente excelentes resultados, produtividade, que atinja e supere as metas a serem atingidas e, além disso, deve ser notado dentro da empresa como o funcionário do mês. Logo, como resultado dessa dinâmica, os sujeitos se apresentam mais ansiosos, deprimidos e esgotados, pois se constrói um projeto de sociedade que visa “transformar o homem em empreendedor para um mundo produtivista e financeiro. O homem ideal é aquele que empreende, capaz de assumir riscos, resolver problemas complexos, suportar o estresse, desenvolver sua inteligência cognitiva e emocional” (OLIVEIRA, 2015, p. 56). E quando estes não suportam essa pressão, há uma infinidade de antidepressivos à disposição, ou, como aponta Ehrenberg (2010), as drogas de integração.

3.2 Sofrimento e a temporalidade da depressão

Na seção anterior apresentamos algumas das contribuições de Foucault, assim como algumas reflexões em torno da sociedade disciplinar e da sociedade do desempenho. Nessa nos dedicaremos a elucidar algumas considerações em torno do sofrimento e da temporalidade da depressão. É sabido que o sofrimento é imanente a qualquer ser humano e cada época histórica

apresentou e apresenta suas possibilidades de sofrer, seja devido ao medo de guerras, ditaduras, pandemias, entre outras.

Assim, as manifestações do sofrimento não se apresentam de forma única a todos os indivíduos, podendo também significar coisas diferentes para aqueles que sofrem, acontecimentos como a morte de um ente querido, a afetação por um transtorno psicológico, entre vários outros exemplos que podemos mencionar nessa comunicação são sentidos e expressados de maneiras distintas pelos indivíduos.

Elucidamos nas seções anteriores que a depressão aparece enquanto fenômeno muito recorrente em nossa sociedade, afetando anualmente milhares de pessoas, independentemente de diversos fatores, a citar: idade, cultura, crença, classe social, entre outros. E, corriqueiramente esse fenômeno vem sendo relacionado ao desânimo, ansiedade, tristeza profunda e outros (WOLPERT, 2003). Nesse sentido, à medida que os indivíduos relatam seus sofrimentos, esses podem vir acompanhados de sentimentos, “pensamentos negativos”, o experimentar no corpo, entre outros.

Entender o que vem a ser a depressão é, pois, demasiado complexo e essa afetação pode ser inimaginável para aqueles que não são acometidos por ela. É certo que não conseguimos entender de forma integral os sentimentos de quem sofre pela depressão, porém, a única maneira real de sabermos se uma pessoa está deprimida e/ou sofrendo, por aquilo que lhe afeta é escutando e observando. Nesse intento, para aqueles que se encontram em estado depressivo só podemos conhecê-la através das palavras, por meio da linguagem e/ou metáforas.

Com isso, de acordo com Starobinski (2016), há uma relação entre sentimentos e linguagem, ao passo que o sentimento não é uma palavra em si, mas é transmitida e disseminada através da palavra. Dessa forma, a depressão só nos é acessível a partir do momento em que se manifesta verbalmente ou se expressada por outro meio. Seja qual for o sentimento, ele vai se inscrever em um nome que tenha ou não caráter de novidade, pois sempre atribuímos nomes para aquilo que estamos experienciando e/ou descrevendo. Assim, o que estamos sentindo é colocado sob um nome dado e, portanto, só conhecemos os sentimentos/sofrimentos através de um nome, seja oferecido ou não por determinado modelo de significação⁷.

Diante disso, questões como sofrimento psíquico e saúde mental vem aos poucos ganhando espaço no vocabulário das mais diferentes pessoas e ocupando um lugar central na vida social desses indivíduos. Os sujeitos ao sofrerem e manifestarem seus sofrimentos se

⁷ No primeiro capítulo como podemos observar separamos uma seção para analisar os manuais de diagnósticos, a citar o: CID e o DSM. Nos atentamos apenas nos tópicos que falavam sobre depressão, mas, esses manuais trazem uma série de nomes que descrevem uma certa afetação.

apropriam de um vocabulário médico e nesse intento, as palavras pronunciadas vão reproduzir uma série de manifestações do seu sofrimento. Com isso, a partir do momento que o indivíduo pronuncia o seu sofrimento, ele passa a receber diferentes significações e como consequência são imediatamente diagnosticados e quando possível tratados⁸.

Nesse intuito, entraria a linguagem e a forma como o indivíduo verbaliza/nomeia o que está sentindo. Assim, Dunker (2017) vai observar que o sofrimento que se sofre sozinho pode se transformar em outra coisa quando é narrado/contado. O sofrimento humano ele é expressado, principalmente através da fala. No entanto, diante do sofrimento existe sempre uma escolha e nesse caso seria transformar o mundo ou transformar a nós mesmos e essa transformação vai depender essencialmente da maneira como reconhecemos os sofrimentos que afligem nossa existência (COMTE, 2010; DUNKER, 2017).

Outra questão importante, envolvendo o reconhecimento desse sofrimento é que há um certo estigma abarcando esses aspectos, pois nos recusamos a admitir que fomos atravessados por algum sofrimento, mas que em contrapartida, de acordo com Dunker (2017) ao não externalizarmos o nosso sofrimento, isso poderia ser comparado a uma “fraqueza moral”, a exemplo da depressão que acomete diferentes pessoas e muitas das vezes não sabemos que aquele indivíduo tão próximo a nós se encontra em sofrimento.

Uma hipótese muito interessante levantada por Dunker (2017) é de que o sofrimento tanto requer, quanto propaga uma política e, assim, quando o indivíduo tanto se culpa quanto se responsabiliza pelas razões que estão causando sofrimentos, há uma micropolítica envolvida nesse processo de reconhecimento, ou seja, “culpa, responsabilidade ou implicação acerca das causas, das razões e dos motivos do sofrimento” (p. 12).

Há, ainda, uma espécie de competitividade entre quem sofre mais, uma vez que uma narrativa ruim pede sempre uma história mais triste e dramática. O que pode gerar visibilidade ou invisibilidade da narrativa do sofrimento, assim, “individualizar ou coletivizar, culpar ou responsabilizar, incluir ou excluir, construir ou desconstruir afetos correspondentes a tais narrativas, tudo isso faz parte das políticas do sofrimento cotidiano (DUNKER, 2017, p. 13). Mas, essa “competitividade” de narrativas, também podem impactar os sujeitos depressivos? Para o psicanalista, os excessos de individualização vão ser revelados na própria experiência do indivíduo que sofre, dessa maneira, a experiência de sofrimento ao ser contada pelo indivíduo que padece de algum mal, vai se transformando à medida que é verbalizada.

⁸ Salientamos que refletimos sobre a questão dos diagnósticos e da medicalização no primeiro capítulo dessa dissertação.

As mais diferentes culturas vão possuir um significado e uma concepção diferente para o sofrimento e a forma como: i- senti-lo, ii- ressignificá-lo e iii- cuidá-lo. Segundo Oliveira (2015), o sofrimento de uma pessoa doente não vai se relacionar apenas com problemas físicos, mas perpassam por outras dimensões, a saber: questões econômicas, nesse caso, um indivíduo que foi diagnosticado com alguma doença pode vir a “sentir-se fragilizada ou pensa que deveria sentir-se assim” (p. 228) e isso vai modificar a forma como a pessoa interage com as outras e com ela própria.

O sofrimento sempre surge associado a episódios externos como uma doença, seja dele próprio ou de algum parente, a perda de uma pessoa, a falta de uma moradia, o desemprego, a fome, entre tantos outros exemplos que podemos mencionar aqui (OLIVEIRA, 2015). O sofrimento pode ser refletido na fala de uma pessoa a qual pode vir a narrar sua história de vida, ou, por sua vez, dizer de forma mais direta o que se passa. Além disso, o sofrer se manifesta através do corpo, uma vez que esse seria o “lugar único” para a manifestação dos sofrimentos psíquicos e outros. Muitas das vezes a existência pode pesar na vida daqueles que sofrem e a experiência do sofrimento em relação à sua intensidade vai depender das circunstâncias nas quais o indivíduo está inserido.

No entanto, como assevera Solomon (2018), a depressão não seria apenas muito sofrimento, mas, em contrapartida muito sofrimento pode “virar” depressão, uma vez que, ela pode ser descrita enquanto um sofrimento emocional caracterizado por se impor contra os indivíduos que dela são afetados. Salientamos mais uma vez que nos limites de nossa pesquisa, não estamos adotando ou reduzindo a depressão aos sintomas ou a uma definição já estabelecida a respeito, pois o sentir e experienciar o sofrimento, causado por esse fenômeno, não se apresenta de uma forma única para aqueles que dela são afetados⁹.

Há novas formas de sofrer, lidar e expressar sentimentos, emoções, entre outros. Em uma sociedade cada vez mais conectada pelas redes sociais e que paradoxalmente induz os indivíduos a ficarem presos no seu mundo de desempenho individual. Podemos perceber, que as emoções podem estar “à flor da pele” e que para aqueles que já estavam diagnosticados com depressão pode ter uma maximização desse sofrimento.

Diante do novo cenário, o homem sofre tanto pela perda de seus entes queridos que foram ceifados pela Pandemia da COVID-19 quanto por terem ainda mais noção de sua própria finitude. O sofrimento não se apresenta apenas parte de uma dimensão psicológica, mas,

⁹ No capítulo 3 vamos apresentar trechos das entrevistas realizadas e poder mostrar como a depressão é sentida e expressada pelos diferentes sujeitos.

também no sentido existencial. Assim, de acordo com Brant e Minayo-Gomes (2004) não há uma “fronteira entre sofrimento, não-sofrimento e sofrimento prazer” (p. 215), uma vez que essa fronteira seria imprecisa.

A depressão aparece enquanto sofrimento e “figura do corpo. Figura cuja expressividade é desenhada ao vivo na impressão de um rosto, sensível como um espelho, no peso estirado ou tenso dos membros, na visibilidade aguda e dolorosa da pele” (FÉDIDA, 1999, p. 16). Mas, há outra dimensão pertinente. A temporalidade aparece como um importante aspecto desse novo contexto. No entanto, o depressivo surge enquanto uma figura que denuncia a velocidade dos nossos tempos.

Segundo a perspectiva de Thelvez (2015), a temporalidade social de nossa contemporaneidade afastou de forma significativa o que constituiu a temporalidade do sujeito psíquico, que não dá pela marcação dos relógios, pois está para além dessa lógica temporal, mas pode ser encontrada através da fruição do tempo “ilógico” que caracteriza o inconsciente.

Nos aspectos que se desenrolam nesse cenário, Kehl (2009) levanta a hipótese de que o homem contemporâneo é um sujeito particularmente mais propenso a deprimir-se, à medida que o “depressivo foi arrancado de sua temporalidade singular” (p. 112) e não conseguindo estar em sintonia com o tempo do outro. Diante disso, os sujeitos depressivos vivem em outras temporalidades e “sofrem de um sentimento do tempo estagnado, desajustados do tempo sôfrego do mundo capitalista” (p. 17).

A vida urbana é marcada pela correria do dia a dia, onde tanto o tempo quanto a vida parecem atravessar os indivíduos sem ao menos deixar marcas, rastros, memória, “o sujeito já não sabe o que o liga às gerações passadas, pois isso é obra da narração, ligação que poderia orientá-lo para o que há de vir, o seu futuro. Portanto, nada parece marcar, mas justo o oposto, tudo parece efêmero e vazio” (THELVEZ, 2015, p.7)

Na atualidade, o homem não consegue demarcar a diferença entre o seu “tempo” de trabalho e o seu “tempo” de vida pessoal. Algumas modificações podem ser observadas na vida dos sujeitos e essas são influenciadas justamente pelo tempo. São tempos de instabilidade e impaciência, como já refletimos no primeiro capítulo, nesse sentido, o sujeito depressivo olha o mundo por outra perspectiva e, de acordo com Kehl (2009), o depressivo é um sujeito que acredita no mundo a sua maneira, exercendo uma experiência na temporalidade que é própria sem ser essa tencionada pelo Outro. Uma vez mais, a autora levanta uma hipótese de que as depressões em nossa contemporaneidade acabam ocupando um lugar de sinalizador do “mal-estar da civilização”.

Temos presenciado nos últimos anos um aumento bastante significativo de pessoas acometidas por alguma psicopatologia. Segundo Kehl (2009) o mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que contribuiu para o agravamento do sofrimento dos depressivos em relação a um sentimento de dívida e/ou de culpa. No entanto, a autora afirma que o depressivo não enfrenta o pai, mas tem por estratégia “oferecer-se como objeto inofensivo, ou indefeso, à proteção da mãe. O *gozo* dessa posição protegida custa ao sujeito o preço da impotência” (p.15), nesse processo, a posição do indivíduo depressivo tem como uma segunda consequência um saber que se impõe a todo o sujeito, seja pela via do sonho quanto do lapso ou do sintoma, e, em meio a tentativa frustrada de ignorá-los, o depressivo acaba por se aniquilar.

A relação entre as depressões e a experiência do tempo reside justamente no aspecto da experiência na velocidade. Em contrapartida, a lentidão dos depressivos não seria uma intenção política, mas, “o efeito de sua incapacidade de colocar-se em sintonia com a urgência contemporânea acaba por oferecer resistência às modalidades de *gozo* oferecidas. Não que o depressivo não goze; “o gozo, perigosamente próximo da pulsão de morte, participa de um modo singular da economia da depressão” (KELH, 2009, p. 18).

De acordo com Le Breton (2018) seria uma experiência coercitiva de desaparecimento e de desaceleração. Assim, o tempo da pessoa deprimida parece estar congelado

Na vida cotidiana, a imersão na duração é uma evidência. O indivíduo flui nela sem experimentar a sensação de uma distância ou de um obstáculo. Cada instante se vincula ao precedente e nutre uma projeção no tempo, em uma antecipação. Mas essa percepção depende das significações dadas à existência naquele momento. Às vezes o tempo transcorre em câmera lenta ou aceleradamente, conhece ritmos diferentes, ou congela em uma espécie de estase dolorosa. Uma patologia da temporalidade, a interrupção da duração suspende a existência e contribui para torná-la sem graça, sem brilho (p. 70).

A questão da temporalidade junto a sociedade dopada é chave fundamental para se entender a depressão no contexto atual. De certo, depois que o indivíduo recebe o diagnóstico de depressão, diagnóstico que é tão complexo quanto a própria doença, é comum que estes sujeitos busquem a “química para curar as rachaduras entre corpo e alma” (SOLOMON, 2018, p. 20). Assim, o fenômeno da medicalização aparece de maneira recorrente em nossa sociedade. É preciso também problematizar a medicalização dos afetos, que aparece enquanto uma solução viável para o sujeito adoentado poder retornar vida social, uma vez que a depressão torna as pessoas “mais lentas”, dessa forma, o depressivo denuncia a velocidade dos nossos tempos, apesar de que essa lentidão não é uma escolha/ intenção política, pois há uma recusa/resistência daquilo que lhe é ofertado.

4 DAS CAUSAS E DOS SIGNIFICADOS DA DEPRESSÃO NA VIDA DAS ENTREVISTADAS

A depressão aparece em nossa sociedade como um fenômeno de grande complexidade e defini-la pode ser algo demasiado problemático e difícil. A busca por um “consenso etiológico” (SOUZA, 2016) acerca da depressão levou à construção dos manuais de diagnósticos, à introdução e à ampliação do número de categorias e classificações psicopatológicas ao longo dos anos, assim como surgiram novos medicamentos, novas formas do sujeito sentir e expressar suas afetações. No que se refere à sua forma, apesar do termo *depressão* ser considerado pequeno para expressar as diversidades que o envolvem, ele é, por vezes, acionado para nomear uma série de sintomas apresentados pelos indivíduos.

Nesse capítulo, apresentamos inicialmente os métodos e técnicas empregados em nossa pesquisa, assim como os desafios encontrados e o perfil das mulheres entrevistadas para obtenção dos dados. Em seguida nos dedicamos a analisar a depressão a partir dos dados obtidos por meio das entrevistas virtuais realizadas com as oito mulheres, a fim de que possamos compreender esse fenômeno a partir das experiências dessas mulheres, tendo em vista que essa afetação pode ser/é experienciada e tratada de maneira distinta pelos sujeitos afetados.

4.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

4.4.1 Natureza e tipo de pesquisa

A presente pesquisa tem cunho qualitativo, no qual utilizamos entrevistas com roteiro semiestruturado, além da técnica bola de neve para o recrutamento dos sujeitos, pois entendemos que ela possibilita aos entrevistados compartilharem suas histórias, ao passo que o pesquisador pode recolher as informações para melhor analisá-las. Diante disso, temos o entendimento que o indivíduo depressivo se encontra em profundo sofrimento e responder algumas perguntas sobre essa afetação pode ser um momento doloroso, pois há a rememoração de possíveis lembranças que causam dor.

4.4.2 Expectativa e realidade: as imposições da pandemia

No início do mestrado em 2019 decidimos que a cidade de Campina Grande-PB seria o *locus* para a presente pesquisa, tendo em vista o fato de a pesquisadora residir na cidade, isso facilitaria o cotidiano da pesquisa, evitando possíveis problemas com o deslocamento para lugares mais distantes, já que os horários e os locais para a realização das entrevistas seriam estabelecidos/acordados entre pesquisadora e entrevistados.

Sendo assim, havíamos estabelecido que as entrevistas seriam realizadas com 10 (dez) pessoas através da técnica bola de neve. Para tanto, os critérios de seleção dos entrevistados consistiam em: i- Ter o diagnóstico formal da depressão; ii- Se considerar depressivo; iii-Ter a faixa etária entre 18-60 anos e iv- Residir na cidade de Campina Grande- PB. Havíamos estabelecido ainda que as entrevistas aconteceriam de forma presencial com os interlocutores, pois, com base na experiência de pesquisa desenvolvida para o Trabalho de Conclusão de Curso, doravante TCC, intitulado *Entre viver e morrer: análises das configurações suicidas na Paraíba*, para o qual entrevistamos indivíduos que já tinham tentado o suicídio ou que já perderam alguém para o suicídio, identificamos a importância de conversar com os interlocutores presencialmente, pois além de fazer as perguntas, a pesquisadora poderia observar gestos, expressões e reações faciais e gestuais às perguntas apresentadas, assim como, poderia ofertar ouvidos atentos, compreensivos e empáticos ao entrevistado.

Assim, com a experiência positiva da pesquisa para o TCC, utilizaríamos a mesma estratégia com os interlocutores diagnosticados com a depressão, desse modo, as entrevistas seriam registradas em um gravador de voz e disponibilizaríamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os entrevistados pudessem assinar e assim consentir a realização da entrevista. Entretanto, como afirma Bauman (1925-2017), que nada é sólido ou durável, o ano de 2020 impactou a todos com a Pandemia da Covid-19, que trouxe muitas incertezas, inseguranças e muito medo, sobretudo da morte, tendo em vista que o vírus apresenta taxa de mortalidade considerável.

Apesar de na história da humanidade haver o registro de algumas pandemias, como por exemplo, a da gripe espanhola, não se esperava que a segunda década do século XXI iniciasse com um cenário pandêmico. Han (2017) afirma que esse século não é definido “como bacteriológico nem viral” (p. 7), mas fomos confrontados com uma doença tão infecciosa e até o período em que iniciáramos as entrevistas pouco se sabia a respeito do vírus e das

possibilidades de cura¹⁰. Como o distanciamento físico se mostrou indispensável à população, as tomadas de decisões eram/são baseadas em protocolos e decretos que foram sofrendo mudanças, a partir de como o cenário foi/vai se apresentando. Entre higienização das mãos e distanciamento social, fomos “forçados a alterar a rotina e os laços sociais” (GRISSOTI, 2020). Por isso foi/é necessário que as pessoas reduzissem/reduzam sua circulação para que o vírus também deixasse de circular.

Além do caos instalado, dos hospitais lotados de pessoas infectadas, dos vários Ministros da Saúde que assumiram e renunciaram aos cargos, do corte de Bolsas de pesquisa, dos movimentos negacionistas do vírus e entre vários outros fatores, o distanciamento físico como parte da estratégia da saúde pública trouxe para o debate importantes questões e também reconfigurou a vida social de maneira até então não imaginada.

Diante desse cenário catastrófico, as pesquisas também enfrentaram incertezas e inseguranças, pois com as medidas sanitárias e os decretos não havia possibilidades de fazer as entrevistas presencialmente. Por isso, foi preciso ampliar e adaptar as estratégias de coletas de dados que possibilitassem uma melhor adequação para que as entrevistas pudessem ser realizadas de forma virtual, já que o contato social se realizava, em sua maioria, por meio das mídias sociais e dos instrumentos de comunicação veiculados pelas tecnologias. Logo, o aplicativo *WhatsApp* se mostrou adequado às necessidades da presente pesquisa, porque por meio de grupos e de alguns contatos no *WhatsApp*, a pesquisadora enviou mensagens¹¹ e, aos poucos, alguns interlocutores retornaram e se disponibilizaram a participar das entrevistas¹².

Assim, pudemos selecionar não só os sujeitos de Campina Grande –PB, mas também de outras localidades, já que o contato se daria de forma virtual em um momento oportuno e de disponibilidade do entrevistado. Para tanto, a técnica bola de neve se mostrou útil porque conseguimos uma rede de interlocutores e também porque esta técnica possibilita o estudo de “populações difíceis de serem acessadas ou estudadas” (VINUTO, 2014, p. 207), uma vez que a depressão ainda é envolta por um tabu.

Mesmo tendo os interlocutores para as entrevistas, o desafio se apresentou na busca por formas de realizar as entrevistas utilizando o *WhatsApp* como ferramenta, já que essa era a solução viável para o momento, pois sem essa ferramenta as entrevistas, possivelmente, seriam

¹⁰ Por volta do mês de agosto de 2020 teremos as primeiras notícias da criação da vacina contra o covid-19 e no Brasil a vacinação apenas começa em janeiro de 2021.

¹¹ As mensagens consistiam em explicar de forma mais detalhada sobre a pesquisa, além de combinarmos como seria realizado e qual o melhor horário da entrevistada.

¹² Esses sujeitos atendiam aos critérios que havíamos determinado para as entrevistas presenciais, mas nem todos eram de Campina Grande – PB.

paralisadas. Sendo assim, a desvantagem foi não ter o contato presencial com os interlocutores, mas muitas foram as vantagens, sobretudo por poder dar “maior abrangência geográfica, com a inclusão de pessoas de diferentes locais” (SCHMIDT et al, 2020), como foi o caso de Maya¹³, que reside no estado do Rio de Janeiro; Ângela, que mora em uma cidade do Pernambuco e Djamilá que reside em uma cidade vizinha à Campina Grande, como veremos mais especificamente na seção a seguir.

4.4.3 O recrutamento dos sujeitos da pesquisa

Em uma sociedade na qual a felicidade e a busca pela ascensão social estão em alta, o fenômeno da depressão aparece como um dos “grandes mal-estares do século XXI” (SOUZA, 2016, p. 14). E sua recorrência se dá pelo fato de o termo depressão ser utilizado para diferentes significados, uma vez que sentimentos e estados comuns do dia-a-dia, como tristeza, desânimo, ansiedade e outros acabam sendo usados para descrever e para se referir a essa afetação.

Contudo, esse fenômeno surge como algo profundo, carregando muitas das vezes um forte estigma e pouco entendimento sobre suas especificidades. Corriqueiramente, pessoas diagnosticadas com depressão escutam que o seu abatimento não passa de preguiça, frescura e/ou falta de Deus. E, ainda, o estar depressivo pode ser encarado como algo vergonhoso e/ou que não merece muita atenção, colaborando dessa forma para que os sujeitos não falem sobre suas afetações ou até mesmo não procurem ajuda. Em meio à “era do estar deprê” e/ou na “bad”, a depressão pode ainda estar envolta de estigmas e tabus, fazendo com que a localização de pessoas que se disponibilizem a falar sobre suas experiências acerca desse fenômeno não se apresente como uma tarefa fácil, visto que o estigma da doença pode impossibilitar que os sujeitos falem que estão depressivos.

Tendo em vista essa dificuldade para alcançar esses indivíduos com depressão, utilizamos a técnica snowball (“Bola de Neve”), pois entendemos que esta técnica, ao permitir que uma pessoa indique outras, faz com que possamos alcançar nossos objetivos de forma mais eficaz, pois partimos do pressuposto de que esses sujeitos estão muito mais perto do que imaginamos e assim ela serviria melhor aos nossos propósitos. De acordo com Vinuto (2014) a técnica snowball não é um método autônomo que possibilita que a rede de entrevistados aumente por si mesma, já que por um lado os entrevistados são procurados a partir de algumas

¹³ Todos os nomes foram substituídos, portanto, utilizamos nomes fictícios.

características específicas e por outro lado nem todas as pessoas indicadas aceitam participar da pesquisa.

Assim, essa técnica apresenta algumas limitações, à medida que pode proporcionar apenas o acesso de argumentações semelhantes, pois alguns indivíduos indicam necessariamente pessoas da sua rede pessoal. Essa limitação, no entanto, que pode ser reduzida quando há a possibilidade de obter informantes oriundos de diversas redes, o que possibilita acessar narrativas mais plurais (VINUTO, 2014). À vista disso, para localizar os sujeitos que fazem parte da nossa pesquisa, por meio de grupos e contatos do aplicativo WhatsApp, enviamos uma mensagem, conforme se descreve a seguir:

Olá! Tudo bem?

Meu nome é Gessyelle Catarine e estou no segundo ano do Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, e estou desenvolvendo uma pesquisa que aborda a depressão e, de maneira geral, tentará analisar como a depressão é socialmente construída. Acreditamos que nossa pesquisa pode contribuir com um ponto de vista não médico a respeito do tema. Logo, a participação de indivíduos que tenham o diagnóstico formal da depressão ou que se considerem depressivas é fundamental para o andamento da pesquisa. Por isso, peço que, caso conheça pessoas que possuam ou não o diagnóstico da depressão, mas que se considerem depressivas/os, por favor, indiquem. Ficarei muito grata. Aproveito a oportunidade para esclarecer que o nome do/a entrevistado/a será mantido inteiramente em sigilo. E como, diante do cenário atual, nós tivemos que repensar nossas formas de fazer pesquisa, as entrevistas acontecerão pelo WhatsApp ou por vídeo conferência. Além disso, entendo que a pandemia tem provocado em nós uma série de questões e falar sobre depressão, a qual em alguns casos pode ter sido maximizada devido à pandemia, pode ser uma atividade ainda mais difícil. Desse modo, saliento que o objetivo da pesquisa não é, de forma alguma, ocasionar eventuais desconfortos aos entrevistados/as. Por fim, aos interessados, a pesquisa focalizará pessoas na faixa etária dos 18 aos 60 anos. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa você pode entrar em contato pelo número XXXXXX-XXXX. Desde já, agradeço.

Essa mensagem foi enviada para várias pessoas do círculo de conhecimento da pesquisadora e também para alguns grupos do WhatsApp, como já salientado. A princípio, nossa pesquisa contaria apenas com a participação de pessoas diagnosticadas com depressão, mas conversar com quem se considera depressivo/a também se mostrou pertinente. Sendo assim, no que se refere aos critérios de gênero, não houve restrição, pois compreendemos que a depressão, embora atinja majoritariamente as mulheres, também afeta os homens, por isso, tanto homens quanto mulheres com idades entre os 18 e os 60 anos de idade puderam participar da pesquisa.

Após o envio da mensagem conseguimos conversar com duas pessoas que se mostraram acessíveis para a realização das entrevistas. Nessa conversa, explicamos os objetivos e o que

pretendíamos com a pesquisa. Logo, as pessoas perguntaram como seria realizada a entrevista, já que devido à pandemia e aos critérios de segurança esta não poderia ser realizada presencialmente. Para tanto, disponibilizamos duas opções para que as pessoas pudessem escolher e/ou até mesmo que sugerir outras plataformas que se apresentavam mais confortáveis para elas.

Ademais, surgiram mais pessoas interessadas na pesquisa e no total tínhamos 15 (quinze) sujeitos, dos quais 14 (quatorze) eram mulheres e apenas 1 (um) era homem. Desse total de sujeitos, a maioria foi indicada por outras pessoas a partir da mensagem que enviei e 3 (três) dessas pessoas faziam parte da lista de contato da pesquisadora. Uma dessas 14 (quatorze) mulheres pediu que a realização da conversa acontecesse via e-mail, pois era a plataforma que ela mais utilizava no momento. Sendo assim, enviamos mensagens via e-mail, no dia 21 (vinte e um) de junho de 2020 (dois mil e vinte), e a pessoa respondeu afirmando que participaria da pesquisa, indicando que poderíamos iniciar as perguntas e ela responderia em seguida. Enviamos também o TCLE, mas com o passar dos dias não obtivemos respostas. Posteriormente, uma amiga que a havia indicado para participar da pesquisa nos informou que essa pessoa não estava bem emocionalmente e por isso demoraria para responder aos e-mails. Embora tenhamos aguardado, não recebemos respostas.

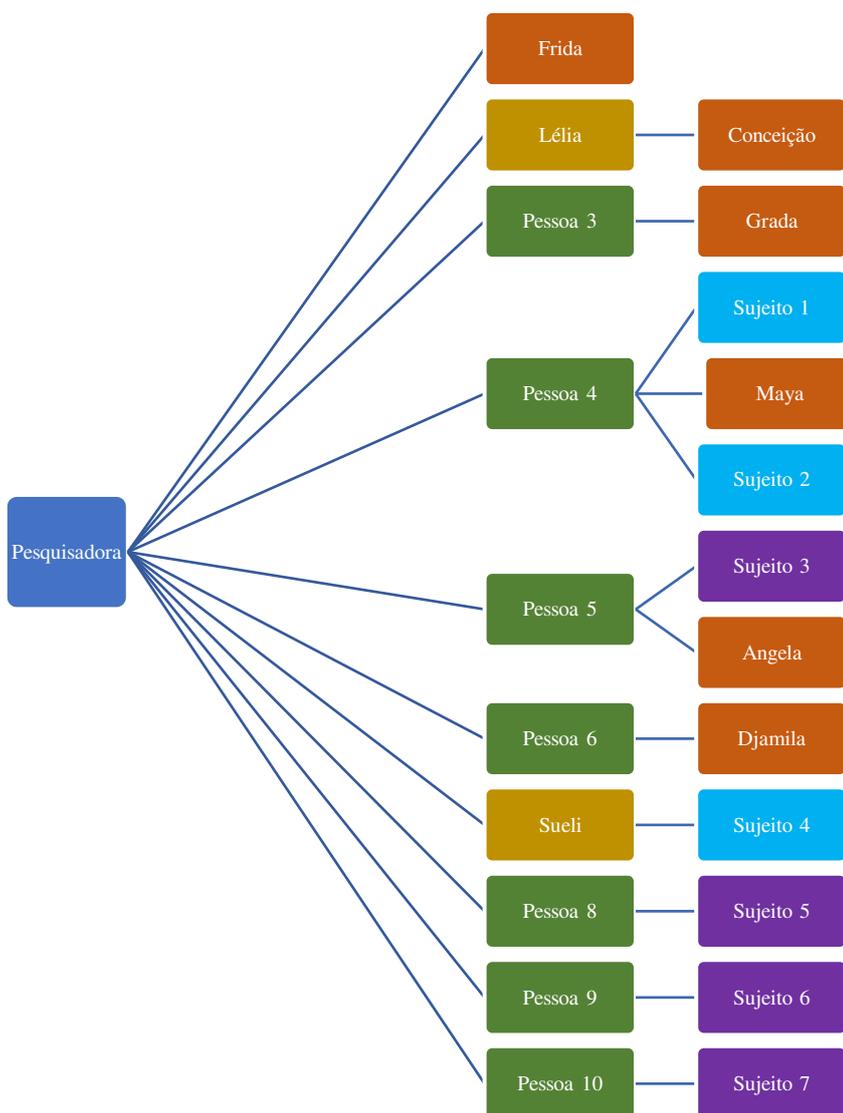
Outra situação de desistência foi a de uma pessoa indicada por Sueli (que conheceremos no capítulo 3) que também tinha depressão. Essa pessoa nos informou que gostaria de participar da pesquisa, mas se ela ocorresse em outro momento, uma vez que havia descoberto o câncer de mama recentemente e isso fez com que ela não aceitasse participar da pesquisa, pois a depressão tinha se agravado e ela não queria lembrar os sofrimentos que aconteceram no passado. Outras pessoas também aceitaram a participação, mas após o primeiro contato não deram mais respostas e tendo em vista o sofrimento e as especificidades de cada uma dessas pessoas que desistiram, não tentamos contato novamente, visto que duas dessas pessoas recusaram a participação por estarem muito deprimidas.

Desde o início tínhamos em mente que por mais que essas pessoas estejam próximas de nós, encontrá-las e, sobretudo fazer com que elas participassem da entrevista não seria algo fácil. Essa dificuldade se dava pelo fato de a pesquisa lidar com o sofrimento e que, provavelmente, não gostariam de lembrar os episódios de dor que se apresentaram em suas vidas, pois poderiam causar ainda mais sofrimento. Sendo assim, das 15 pessoas que entraram em contato conosco pelo WhatsApp após o compartilhamento de nossa mensagem, oito

mulheres aceitaram participar da entrevista para contribuir com a pesquisa, já que o único homem que entrou em contato no início também desistiu da participação.

Com base no exposto, apresentamos no esquema abaixo como foi o processo de recrutamento dos entrevistados após o envio de nossa mensagem por meio do WhatsApp. Passemos ao esquema, cujas explicações se encontram na legenda.

Esquema 1: Rede de recrutamento dos sujeitos a serem entrevistados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda:

- Pesquisadora;
- Pessoas que participaram;
- Pessoas que participaram e indicaram outras pessoas;
- Pessoas que indicaram;

-  Pessoas que aceitaram e depois optaram por não participar;
-  Pessoas que se recusaram a participar;

Decidimos ilustrar esse processo de recrutamento dos sujeitos por meio do esquema acima visto que ilustra a técnica bola de neve utilizada na pesquisa. Além disso, o esquema possibilita, de modo nítido, visualizar: i. as pessoas que aceitaram participar da pesquisa; ii. as pessoas que participaram e indicaram outras; iii. as pessoas que indicaram; iv. as pessoas que aceitaram e depois optaram por não participar; e v. pessoas que se recusaram. Desse modo, se faz possível compreender como se constituiu a rede de recrutamento desses sujeitos. Na seção a seguir, apresentaremos as especificações acerca dos integrantes da pesquisa que estão ilustrados no esquema.

4.4.4 O perfil das entrevistadas

A fim de identificar o perfil das sujeitas entrevistadas, realizamos algumas perguntas¹⁴ que pudessem explicitar idade, renda, nível de escolaridade etc,. Com isso, identificamos que nossa pesquisa conta com 8 (oito) mulheres, adultas, com idades entre os 20 (vinte) e 54 (cinquenta e quatro) anos. Dessas oito, seis se autodeclararam brancas e residem na Paraíba, sendo 5 (cinco) na cidade de Campina Grande e 1 (uma) na cidade de Puxinanã. Essas mulheres apresentam níveis de escolaridade variados¹⁵ e renda menor que 1500 (mil e quinhentos) reais.

As outras duas mulheres se autodeclararam pretas, uma possui 43 (quarenta e três) anos e a outra 54 (cinquenta e quatro) anos, com níveis de escolaridade entre o Fundamental Incompleto e o Ensino Médio. Em relação à moradia, uma delas reside no estado do Rio de Janeiro e a outra reside no estado de Pernambuco e tem renda acima de 600 (seiscentos) reais e menor que 1445 (mil quatrocentos e quarenta e cinco) reais.

Em relação à renda, algumas das entrevistadas optaram por não responder (que está representado no quadro da seguinte forma N/I) seja porque estavam desempregadas ou porque não sabiam de quanto era a renda dos pais. No quadro a seguir, apresentamos as informações acerca do perfil sociocultural das entrevistadas.

Quadro 1: Perfil Sociocultural das entrevistadas.

¹⁴ Nome, Idade, Estado Civil, Cor que se considera, Grau de Escolaridade, Cidade, Renda, Filhos, Estado em que reside.

¹⁵ Três entrevistadas possuem o Ensino Superior Completo, uma possui o Superior incompleto, duas possuem o Ensino Médio/Técnico completo, uma não tem o Ensino Médio completo e outra tem o Ensino Fundamental incompleto.

Entrevistado (a)	Sexo	Idade	Cor que se considera	Estado	Renda	Estado Civil/Rela cionamen to	Nível de escolaridade
Frida	F	24	Branca	PB	N/I	Relaciona mento Sério	Ensino Superior Completo
Lélia	F	22	Branca	PB	R\$ 1500,0 0	Relaciona mento Sério	Pós-Graduação em andamento
Grada	F	20	N/I	PB	N/I	N/I	Ensino Médio Técnico
Maya	F	43	Preta	RJ	R\$ 1045,0 0	Solteira	Ensino Médico Incompleto
Ângela	F	54	Preta	PE	R\$ 600,00	Viúva	Fundamental I Incompleto
Djamila	F	23	Branca	PB	R\$ 1045,0 0	Solteira	Ensino Superior Incompleto
Sueli	F	50	Branca	PB	R\$ 1000,0 0	Solteira	Superior Completo
Conceição	F	22	Branca	PB	N/I	Solteira	Ensino Médio Completo

Fonte: elaborado pela autora.

Com base no perfil sociocultural das entrevistadas, cinco delas apresentam diagnóstico formal da depressão e três se autodeclaram depressivas. Nesta pesquisa, consideramos o diagnóstico formal a partir de documento emitido por um psicólogo ou psiquiatra e o

diagnóstico não formal quando a própria pessoa afirma ser depressiva com base nos sintomas que apresenta e acredita ser de alguém que tenha depressão. Sendo assim, sete das entrevistadas fazem uso de medicamentos e uma não os utiliza, como podemos observar no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2: Informações sobre diagnóstico e uso de medicamentos.

Entrevistada	Diagnóstico	Faz uso de medicação?
Frida	Não formal	Sim
Lélia	Formal	Sim
Grada	Formal	Sim
Maya	Formal	Sim
Ângela	Não Formal	Não
Djamila	Não Formal	Sim
Sueli	Formal	Sim
Conceição	Formal	Sim

Fonte: elaborado pela autora.

Além dessas informações, todas as oito mulheres indicaram que possuíam algum transtorno. Uma das entrevistadas afirmou ser diagnosticada com o *Transtorno de Personalidade Borderline*, outras duas também apresentam o Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno Bipolar, respectivamente. Já Ângela e Djamila afirmam ser ansiosas, mas não foram diagnosticadas com Transtorno de Ansiedade. A maioria das entrevistadas faz uso de um ou mais medicamentos, exceto Ângela. Vale ressaltar que Djamila, apesar de não ter o diagnóstico formal para a depressão e para a ansiedade, faz uso do Cloridrato de Amitriptilina, que afirmou ter conseguido com a cunhada. No quadro 3, a seguir, podemos observar quais medicamentos as entrevistadas usam e quais transtornos elas apresentam.

Quadro 3: Outros Transtornos e Medicamentos Utilizados

Entrevistada	Outros transtornos	Medicamentos
Frida	Transtorno de Ansiedade	Cloridrato de Sertralina
Lélia	Transtorno de Ansiedade generalizada	Cloridrato de Sertralina, Quetiapina e Clonazepam

Grada	Transtorno de Personalidade Borderline	Cloridrato de Fluoxetina 20g e Neozine 4%
Maya	Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno bipolar	Risperidona de 2 mm, Clonazepam, e Fluoxetina.
Ângela	Ansiedade	Não faz uso de medicamentos
Djamila	Ansiedade	Cloridrato de Amitriptilina
Sueli	Transtorno de Ansiedade e Transtorno Bipolar	Rivotril, Gabaneurin, Diazepam, Clonazepam
Conceição	Transtorno de Ansiedade	Rivotril e Quetiapina

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme o exposto, a maioria das entrevistadas faz uso de um ou mais medicamentos, embora nem todas tenham o diagnóstico formal para a depressão ou para os transtornos que apresentam. Sendo assim, as informações elencadas acerca do perfil das entrevistadas se mostram pertinentes para compreender as especificidades que constroem a experiência da depressão.

Na seção seguinte descrevemos os métodos e técnicas para análise dos dados.

4.4.5. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE

Nas duas seções a seguir nos dedicamos a apresentar as questões que envolvem a análise dos dados, a ética no trabalho de campo e a coleta dos dados.

4.4.5.1 Análise dos dados

Como já apontado, a presente pesquisa se apresenta como do tipo qualitativa e diante dos inúmeros métodos de coleta de dados que esse tipo de pesquisa possibilita ao pesquisador, a entrevista se mostra como um instrumento importante para a coleta das informações que os sujeitos investigados disponibilizam ao serem entrevistados. Para Silva *et. al.* (2006), na pesquisa qualitativa, a entrevista

[...] fornece dados básicos para a compreensão das relações entre os atores sociais e o fenômeno, tendo como objetivo a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos específicos (SILVA *et. al.* 2006, p. 247).

Assim, a entrevista se caracteriza como uma das partes mais importantes da pesquisa, pois possibilita que o pesquisador tenha uma visão abrangente das especificidades que envolvem o sujeito social e o contexto no qual ele se insere. E, além disso, a entrevista se mostra como “precioso de conhecimento interpessoal” (SILVA *et. al.* 2006, p. 247), tendo em vista que fomenta a autorreflexão da entrevistada e, de certo modo, da entrevistadora. Por isso, realizamos entrevistas com roteiro semiestruturado para alcançar os objetivos delimitados para essa pesquisa.

Em relação à análise dos dados obtidos através das entrevistas, adotamos o método de análise de conteúdo proposto por Moraes (1999), que se apresenta como “uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados” (MORAES, p. 1999, p. 03), visto que cada pesquisadora constrói uma leitura particularizada dos dados que seleciona para a sua pesquisa. E, como Moraes defende, a análise de conteúdo pode ser constituída de materiais verbais e não-verbais, como por exemplo a entrevista. Esse método se mostrou pertinente para que alcançássemos os objetivos traçados, já que utilizamos a entrevista como instrumento de coleta de informações na presente pesquisa.

Sendo assim, Moraes (1999) define que esse método de análise se constitui a partir de cinco etapas: i. Preparação das informações; ii. Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; iii. Categorização ou classificação das unidades em categorias; iv. Descrição e; v. Interpretação. Logo, esse método de análise se mostrou indispensável à interpretação das entrevistas realizadas com as mulheres que apresentam diagnóstico formal da depressão e/ou se consideram depressivas.

Para tanto, transcrevemos todas as entrevistas, organizando-as para a análise. Em seguida, exploramos o material recolhido, procurando codificá-lo, pois, como nos aponta Oliveira (2015), a codificação é o procedimento adotado para facilitar “que se estabeleçam relações entre os dados. [...] é o processo em que os dados são codificados, comparados com outros dados e designados em categorias” (OLIVEIRA, 2015, p. 136). Logo, procuramos reler o material de forma cuidadosa e exaustiva para criar unidades de análises e dessa forma interpretar os dados que foram evidenciados por meio desse instrumento de pesquisa.

Como a entrevista envolve questões éticas, na seção a seguir apresentamos algumas considerações que envolvem a presente pesquisa, assim como também apresentamos como foi realizada a coleta dos dados.

4.4.6 A ÉTICA NO TRABALHO DE CAMPO E A COLETA DOS DADOS

Com o avanço das tecnologias, a sociedade tem presenciado novas maneiras de se comunicar. O advento da Internet trouxe novas facilidades ao indivíduo, uma vez que permite que ele possa se conectar com outros indivíduos em espaços diversos e de maneira muito rápida. Desse modo, são muitos os aplicativos que oferecem distintos recursos para compartilhamento de fotos, vivências e até mesmo informações. Nesse sentido, o aplicativo *WhatsApp* possibilita que os indivíduos enviem mensagens instantâneas de texto e áudios, permitindo a realização de chamadas de vídeo e de voz a qualquer momento.

Ademais, outros recursos podem ser perceptíveis nesse aplicativo, já que ele permite a criação de grupos que suportem mais ou menos 200 pessoas. Possibilita também que os sujeitos compartilhem links, documentos e mídias das mais diversas, o que faz com que inúmeras pessoas interajam nesse meio para os mais variados fins. Enquanto aplicativo criado para dispositivos móveis, nas palavras de Barbosa e Carvalho (2018), essa tecnologia possibilita a criação de “novas possibilidades e não se limita apenas a um dado local ou tempo. Independente do espaço, seja junto ou separado, *online* ou *offline*” (BARBOSA; CARVALHO, 2018, p. 4).

Dadas essas inúmeras possibilidades de contato que o *WhatsApp* proporciona aos indivíduos atualmente, esse aplicativo se mostrou muito eficiente e pertinente ao recrutamento dos sujeitos para essa pesquisa, que foi feito via mensagem em grupos e contatos do *WhatsApp*. Logo, assim que as oito mulheres aceitaram participar da entrevista, disponibilizamos para elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que a proposta e os objetivos da pesquisa, assim como as formas que os dados serão utilizados na pesquisa são descritos nesse documento, garantindo, sobretudo, o sigilo em relação ao nome das voluntárias.

À vista disso, enviamos para cada uma das participantes uma cópia scaneada e devidamente assinada, dado o impedimento de encontrá-las presencialmente, pois tais necessidades burocráticas precisaram ser resolvidas virtualmente. Para garantir o total sigilo de suas identidades, optamos pela mudança de nomes verdadeiros por pseudônimos.

Em meio ao contexto de pandemia, como já salientado, tivemos que repensar as formas de fazer pesquisa e o aplicativo *WhatsApp* contribuiu para a coleta das entrevistas, que aconteceram por meio desse aplicativo de mensagens. Todas as mulheres participantes da pesquisa escolheram esse aplicativo como meio para realização das entrevistas, pois tinham maior facilidade de acesso a este em comparação à Plataforma do Google Meet. Além disso,

alegaram que se sentiam mais confortáveis no aplicativo WhatsApp, já que ele faz parte de seus cotidianos.

No processo das entrevistas, as participantes intercalaram mensagens de voz e mensagens de textos e, em alguns casos, a entrevistada utilizava apenas a mensagem de texto. Em relação aos horários das entrevistas, todos foram agendados previamente, atendendo às disponibilidades e particularidades de cada entrevistada, visto que algumas só podiam se dedicar à entrevista em horários específicos. Dessa maneira, a duração das entrevistas foi, em média, de duas horas. No entanto, as trocas de mensagem não ocorreram de modo contínuo, pois muitas apresentam pausas longas entre uma e outra mensagem. Além disso, ao iniciar a entrevista sinalizamos que faríamos as perguntas e, caso a entrevistada não se sentisse confortável para responder imediatamente, poderíamos dar seguimento a outra questão.

Em todas as entrevistas realizamos um total de 25 (vinte e cinco) perguntas, que poderiam ser feitas paulatinamente ou poderiam ser enviadas em um único momento para que a entrevistada respondesse quando possível, como foi o caso de Sueli, que pediu que as perguntas fossem enviadas de uma única vez, já que ela tinha diversos compromissos e se ausentaria muitas vezes. Ademais, ao final de cada entrevista perguntávamos se a entrevistada conhecia outras pessoas que poderiam participar da pesquisa. Logo após o encerramento das entrevistas, organizamos as respostas em documento do *Word* e, para aquelas que enviaram áudios, transcrevemos as respostas para facilitar a análise dos dados posteriormente.

4.4.7 As entrevistadas e o processo diagnóstico da depressão

Neste ponto, consideramos de extrema importância recuperar e apresentar as particularidades que envolveram cada entrevista e cada entrevistada, tendo em vista que devido ao contexto pandêmico foi necessário recorrer às plataformas *onlines* e acreditamos que apresentar essas particularidades possibilite-nos mostrar os desafios que permeiam as entrevistas que ocorrem de modo virtual. Além disso, nesse tópico, refletimos sobre o processo de diagnóstico de cada uma das entrevistadas, analisando suas especificidades e recorrências¹⁶. Para tanto, inicialmente, agrupamos aquelas que não possuem um diagnóstico emitido por algum profissional da saúde, como é o caso de Frida, Ângela e Djamila e, posteriormente,

¹⁶ Não estamos procurando elaborar casos clínicos. O que pretendemos é descrever/apresentar/refletir as particularidades e recorrências que envolvem nossas entrevistadas.

agrupamos aquelas que possuem o diagnóstico formal, como é o caso de Lélia, Grada, Maya, Sueli e Conceição, como vimos no quadro do capítulo anterior.

No que se refere ao diagnóstico da depressão, no Ocidente, esse diagnóstico ocorre mediante a Classificação Internacional de doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Sendo assim, os manuais surgem como “instrumento” para auxiliar os profissionais da saúde em determinar os diagnósticos e consequentemente traçar formas de tratamentos para os sujeitos que apresentam determinados sintomas. Porém, além desses diagnósticos formais, os sujeitos também passam a elaborar seus próprios prognósticos e diagnósticos, mesmo que do ponto de vista clínico isso não seja considerado adequado.

Logo, quando o sujeito relata aquilo que sente, apontando sintomas e buscando nomeações para o seu mal-estar, ele se torna parte de uma determinada comunidade, já que passa a se identificar com outros pares que apresentam as mesmas particularidades, levando esse sujeito à geração de uma “nova” identidade a partir do diagnóstico. Nas palavras de Dunker:

Quando o mal-estar recebe um nome e quando articulo em narrativa uma forma de sofrimento, torno-me imediatamente parte de uma comunidade invisível, daqueles que já passaram por isso antes de mim e dos que irão passar por isso depois de mim. [...] Nelas recebo uma nova identidade que me localiza entre amigos e inimigos; de quando em quando, sou incluído ou excluído na partilha entre o normal e o patológico (DUNKER, 2015, p. 40).

Na atualidade, com o fácil acesso às informações através dos inúmeros sites de pesquisa na internet, torna-se cada vez mais possível o indivíduo identificar-se com “um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico” (Idem, 2015, p. 23), com base nos sintomas que apresenta, pois há, ainda, um vasto número de categorias e classificações psicopatológicas que podem delimitar os sintomas e diagnosticá-las. É fato que para aqueles que sofrem com alguma afetação, nomeá-las possibilita (re)conhecer seu mal-estar, encontrar possíveis explicações e, quando necessário, tratamentos adequados para a cura e/ou melhora dos sintomas.

No presente trabalho, partimos do pressuposto de que, mesmo algumas das mulheres entrevistadas não possuindo diagnósticos formais de depressão, suas narrativas estão envoltas em sofrimento, sintomas e mal-estar. E compreendemos que mesmo os sujeitos que se autodiagnosticam precisam ter uma concepção prévia do que pode ser ou não patológico. Assim, quando essas mulheres acionam algumas categorias relacionando-as com o estado depressivo, percebemos que há a introdução de uma linguagem da saúde mental. A seguir, veremos como essas mulheres chegaram a seus diagnósticos.

Frida é uma mulher adulta, branca, com vinte e quatro anos de idade, ensino superior completo e residente do Estado da Paraíba. Essa interlocutora, assim como Lélia e Sueli fazem parte da nossa lista de contatos pessoal no aplicativo WhatsApp. Tínhamos em mente que a possibilidade de encontrar pessoas com depressão próximas a nós poderia acontecer e para a nossa surpresa essas três interlocutoras informaram sobre suas afetações e se dispuseram a participar da pesquisa.

No caso de Frida, após algumas conversas, ficou acordado que a entrevista aconteceria no dia 22 de junho de 2020, no turno da tarde. Ela nos apontou que pelo aplicativo de mensagens *WhatsApp* se sentiria mais confortável para falar sobre sua afetação pela depressão. Na data marcada, por volta das 14h:30min, ela nos informou que estava disponível para responder às questões. Sendo assim, as trocas de mensagens aconteceram até as 18h:30min do dia 22 de junho. Contudo, a entrevistada relatou que precisava se ausentar e só retornou algumas horas depois para a conclusão da entrevista. Dessa forma, Frida nos informou que:

Não tenho o diagnóstico, apesar de já ter feito terapia duas vezes, nunca fui diagnosticada formalmente. Mas, sinto que no fundo, nós sentimos quando não estamos no nosso natural, e sempre me pego sentindo coisas que através de leituras próprias vi que se tratam de um início ou mesmo de estar submersa na depressão [...] Busquei informações na internet mesmo. E também ouvi relatos de pessoas conhecidas que já tiveram ou estão em depressão e acabava me identificando com esses sintomas. Sintomas semelhantes ao que eu sinto. Sensação de solidão e tristeza, aparentemente sem motivos. Choro incontrolável e, no meu caso, essa compulsão em comer como um refúgio [...]sofro de insônia[...] às vezes, estou aparentemente bem, e me dá vontade de chorar, de comer sem controle, de achar que as coisas não vão bem e muitas vezes tudo o que faço me dá vontade de não fazer nada nunca mais. Penso que sejam sintomas comuns de uma pessoa depressiva.

Conforme relatado, apesar de Frida ter realizado terapia, ela não foi diagnosticada formalmente com depressão. O que a fez despertar foi perceber um funcionamento diferente de sua subjetividade, conforme ela assinala: “nós sentimos quando não estamos no nosso natural”. Por meio de seu relato percebemos que há apropriação de categorias presentes nos manuais de classificação de doenças, tais como “insônia”, “vontade de chorar”, “comer sem controle” e outros. E ainda, quando questionamos sobre como foi realizado o diagnóstico, a resposta dada pela entrevistada nos aponta dois pontos que merecem destaque: o primeiro se apresenta na busca por informações na internet e o segundo se está no compartilhamento de informações com pessoas mais próximas.

Desse modo, a internet aparece enquanto espaço disponível e acessível para a obtenção de informações, uma vez que qualquer indivíduo com acesso a essa ferramenta pode digitar na busca do Google os termos “*sintomas da depressão*” e, de imediato, surgem uma série de conteúdos a respeito dessa afetação¹⁷. Os sintomas tristeza, perda de interesse em atividades que antes tinha interesse, insônia/hipersônia, sentimentos de inutilidade, baixa autoestima e outros aparecem listados¹⁸ nesses conteúdos.

Em relação à produção de nomeações para o sofrimento, Saflate *et. al.* (2019) salienta que essas autonomeações são transnosográficas, isto é, os deprimidos podem evocar um diagnóstico “sobre o qual não têm qualquer dúvida e ao qual se conformam como quem descreve a cor dos cabelos ou o tipo de comida preferida.” (SAFLATE, 2019, p. 45). E salienta também que essas autonomeações são fundamentadas sobre um saber científico que se apropria dos indivíduos por meio de uma nova linguagem. Observemos, a seguir, as outras duas entrevistadas que autonomearam seus sofrimentos.

Ângela reside em Pernambuco, é uma mulher de 54 anos, estudou até o fundamental I incompleto e não possui um diagnóstico formal da depressão. Nossa entrevista aconteceu no dia 08 de julho de 2020. Ela foi indicada pela filha que tinha visto nossa mensagem em um dos grupos do *WhatsApp*. Dessa forma, a filha nos repassou o contato de Ângela e nós conversamos com ela. Na data mencionada, às 14h:00min, iniciamos a entrevista que, contando com algumas pausas, se estendeu até as 20h:00min do mesmo dia.

Para Ângela, a depressão já lhe aflige desde que tinha vinte e oito anos, perpetuando-se até hoje, visto que ela ainda sente alguns dos seus efeitos. Ângela considera que o sujeito afetado pela depressão não consegue ficar livre dessa afetação. Conforme relatou, quando procurou um médico, ao sentir os primeiros sintomas, ele a diagnosticou com “problemas de nervos”, sendo os sintomas apresentados por ela relacionados: dor no peito, falta de ar, tremores no corpo, insônia, dormência nos braços e nas mãos, entre outros. Em um dos trechos da entrevista, Ângela diz:

Faz 26 anos. Mas ainda hoje tenho sequelas [...] Sim, conversei com o médico. Mas naquela época os médicos no diagnóstico era problema de nervo [...] eu

¹⁷ É válido salientar que muitos dos sites que veiculam informações sobre determinadas doenças e afetações, salientam que se faz necessário à consulta com um especialista para que o diagnóstico seja dado.

¹⁸ Basta fazer uma busca rápida na internet, utilizamos sintomas da depressão e de imediato apareceu uma lista com vários sintomas, entre blogs e outros, como por exemplo, no link a seguir. <<https://www.google.com/search?q=depress%C3%A3o+sintomas&oq=depress%C3%A3o+sintomas&aqs=chrome..69i57j0l9.4683j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 12 de junho de 2021.

sentia dor no peito, falta de ar, agonia e meu corpo tremia muito [...] não dormia, ainda tenho ansiedade meus braços e as mãos ficam dormentes.

Entrevistadora: Atualmente a senhora voltou a conversar com algum médico ou preferiu não procurar essa assistência?

Ângela: Não, sobre a depressão não conversei com Dr. Ramos, sobre ansiedade [...] A depressão ela vai matando a gente aos poucos [...] ela vai tomando espaço no corpo da gente, quando a gente percebe já não tem como escapar. A depressão as pessoas não acreditam que a gente está com problema sério.

Na resposta da entrevistada, há a mobilização de alguns sintomas para justificar a nomeação do mal-estar que lhe afligia e ainda aflige. De acordo com Dunker (2021), os quadros neurológicos são indiferentes à forma como são descritos, mas a depressão depende muito do modo e da forma que é falada pelos sujeitos. Assim, se faz importante observar o modo como os sujeitos incluem seus discursos de sofrimento às suas narrativas. No caso de Ângela, isso se afirma quando ela aponta que “*não, sobre a depressão não conversei com Dr. Ramos*”, ou seja, a forma como ela contou sobre o seu sofrimento possivelmente fez com que levasse a outro diagnóstico.

A resposta dada por Ângela faz-nos atentar para o fato de que ela descreve sua depressão a partir de sintomas inscritos no corpo, como pode ser percebido, no trecho da entrevista, na afirmação “*mas ainda hoje tenho sequelas*” apontando para que atualmente ainda sente que os “*braços e as mãos ficam dormentes*”, fazendo, ainda uma relação com a ansiedade que ela afirma ter, assim como, quando ela expõe que a depressão “*vai tomando espaço no corpo da gente*”, como algo que vai se alastrando e infiltrando as mais íntimas e minúsculas partes do que o sujeito conhece como seu. O corpo aparece, dessa forma, como local de expressão dos seus sintomas. Para Fédida (1999), a depressão é uma figura do corpo. A depressão é também como uma ferrugem que toma conta do ferro (corpo) de maneira lenta e gradual, incapacitando aos poucos aqueles que dela são afetados (SOLOMON, 2018).

Djamila, nossa terceira interlocutora, tem vinte e três anos, reside em uma cidade localizada no Estado da Paraíba e possui o ensino superior incompleto. No dia 29 de julho de 2020 entramos em contato com ela, contato este que foi mediado por um amigo dela que viu a nossa mensagem e sabia sobre sua afetação. No primeiro contato com Djamila, a pedido da entrevistada informamos sobre a importância da pesquisa e sobre a importância de poder escutar sujeitos que possuem o diagnóstico tanto formal quanto informal da depressão. Posteriormente, combinamos um melhor horário, pois devido às suas atividades laborais, a maior parte do dia

ela estaria ocupada, sendo esse fator refletido nas nossas trocas de mensagens, já que ocorreram majoritariamente no período da noite e em diferentes dias.

A entrevistada informou que, no dia 13 de julho, estaria de folga do trabalho e para ela seria a melhor data para que a entrevista ocorresse sem que houvesse preocupações com o horário do trabalho. Desse modo, nossas trocas de mensagens aconteceram por áudios e mensagens de texto. Além disso, Djamila enviou uma fotografia do medicamento que estava utilizando naquele momento¹⁹. Para ela, assim como as demais, informamos que: *i. Se houver alguma pergunta que você não queira responder, é só avisar e ii. Caso precise se ausentar, é só informar que continuamos em outra hora.* Achamos pertinente apontar essas possibilidades para as entrevistadas, visto que as primeiras entrevistas nos levaram a perceber que nossas interlocutoras, embora tivessem se disponibilizado a participar, precisavam se ausentar em alguns momentos e não podiam responder às perguntas de modo contínuo e sem pausas.

No caso de Djamila, a pausa da entrevista foi mais longa, já que iniciamos nossa entrevista no período da manhã e seguimos até às 20h:00min horas, contando com algumas pausas no decorrer da entrevista, mas não foi concluída nesse mesmo dia. Desse modo, nossa interlocutora solicitou que disponibilizássemos as perguntas que faltavam ser respondidas para que ela, conforme houvesse disponibilidade, pudesse responder. Com isso, após três dias, Djamila retornou o contato conosco e nós encerramos a entrevista.

Conforme a entrevistada relatou, sua afetação pela depressão deu-se quando ela tinha 18 anos e considera que atualmente não tem mais depressão. É importante perceber, por meio da voz dessas mulheres, como elas apontam tanto seus diagnósticos quanto seus prognósticos validando-se, muitas das vezes, a partir de conhecimentos previamente adquiridos sobre essa afetação e que, em muitos casos há resistência na busca por profissionais que poderiam auxiliá-las, conforme percebemos no trecho, a seguir, da entrevista de Djamila.

Entrevistadora: Quantos anos você tinha quando foi afetada pela depressão? De forma mais intensa?

Djamila:[...]18 anos, entre 2015/2016 [...] hoje já não me considero com depressão de fato e sim com o que restou daquela situação que vivi [...] quando estava no auge dos sintomas de tudo eu não conseguia entender o porquê sentia daquela forma [...] E, aí por influência assim da minha mãe, dos meus amigos, tentaram, me forçaram um pouco, me forçaram entre aspas né, a procurar ajuda e tal, psicólogo, psiquiatra e eu fui.

¹⁹ Medicamento esse que não foi receitado por um médico, mas que ela conseguiu com a cunhada que fazia uso dessa medicação. Ver foto no anexo.

As indagações de Djamila para saber o porquê de sua afetação é muito recorrente em suas respostas. A esse respeito, Le Breton (2018) considera que a depressão lança raízes para acontecimentos insuperáveis para o sujeito, mesmo que “ela nem sempre tenha uma razão clara” (p. 69), tendo em vista que vários podem ser os acontecimentos que levam os sujeitos a serem afetados pela depressão e nem o próprio sujeito consegue identificar qual foi a última “gota d’água” que fez transbordar o “copo”.

Para essas mulheres que uma hora estavam no momento de mais ebulição dos sintomas depressivos e agora consideram que há apenas resquícios da situação outrora vivida, a depressão deixa de ser protagonista da narrativa da vida por um certo tempo, como nos apontou Ângela, no trecho: “é preciso saber conviver com a depressão”. Contudo, a depressão para elas não deixou de existir, apenas, foi colocada nos bastidores ou as circunstâncias que a fizeram desencadear foram atenuadas.

Como visto, é interessante atentar para o fato de que essas três mulheres não apresentaram um diagnóstico emitido por algum profissional da saúde, mas em um momento de suas vidas validaram a nomeação dos seus sintomas. Para nós, o autodiagnóstico foi uma forma encontrada por essas mulheres para nomear suas afetações e/ou justificar o porquê estavam se sentindo fora do seu “natural”, como nos apontou Frida. Mas, torna-se problemático quando por meio desse autodiagnóstico essas mulheres passem a fazer usos de medicamentos sem que haja prescrição médica, como é o caso de Djamila, que faz uso do Cloridrato de Amitriptilina que conseguiu com a cunhada. Além de que, vale salientar que os sintomas apresentados podem ser confundidos com outras afetações, em virtude de que “certas palavras chegam a cobrir o que não lhes corresponde” (STAROBINSKI, 2016, p. 206). À vista disso, podemos refletir, juntamente com Dunker (2021), que quando o sujeito se reconhece como portador de uma patologia, ele não pode ser separado do ato de se reconhecer em uma identidade, pois os sujeitos são socializados a internalizar modos de classificar seus sofrimentos de acordo com quadros clínicos que são socialmente construídos e reconhecidos.

Há, ainda, nesse cenário, a mobilização de um vocabulário médico, que oferta aos sujeitos um modelo possível de nomeação e significação do seu “mal-estar”. Na perspectiva de Starobinski (2016), “enquanto a linguagem médica não comporta nenhum vocabulário que possa designar esses distúrbios, a sua existência é nula. Reconhecê-las torna-se, então, um dever” (STAROBINSKI, 2016, p. 208). Como bem sabemos, a depressão é um dos sofrimentos contemporâneos mais globalizados e que afeta diariamente parcelas expressivas das pessoas na sociedade.

À vista do exposto, passemos agora para as considerações acerca das cinco interlocutoras que possuem o diagnóstico formal da depressão. A primeira interlocutora, a quem chamaremos de Lélia, é uma mulher branca, adulta com cerca de vinte e dois anos, reside no Estado da Paraíba e cursa pós-graduação. Lélia, como mencionado, também fazia parte da nossa lista de contato e ao ter acesso à nossa mensagem de recrutamento de interlocutores para a pesquisa, se disponibilizou a participar. Sendo assim, nós conversamos com a interlocutora para acertar horários e possíveis datas para a realização da entrevista, logo ficou acordado que a entrevista se daria no dia 21 de junho de 2020, a partir das 17h:00min. Como passo inicial, informamos como ocorreria a entrevista e ela, semelhantemente às outras entrevistadas, também optou pelo aplicativo de mensagens *WhatsApp*. Desse modo, as mensagens foram trocadas, sem interrupções, de forma mista, isto é, por meio de mensagens escritas e mensagens via áudio.

Lélia, de início, já informou que possuía o diagnóstico formal da depressão e questões como bullying, ideações suicidas, automutilação, conflitos familiares e sentimentos de inutilidade estão presentes em suas respostas²⁰. Quando questionada sobre quando foi diagnosticada com depressão, Lélia respondeu:

Lélia: Fui diagnosticada com 16 anos, hoje tenho 22.

Entrevistadora: E, em relação ao diagnóstico, você que procurou uma psicóloga ou alguém pediu para você ir?

Lélia: A minha mãe que procurou depois de uma tentativa de suicídio e de descobrir a automutilação. Então, meio que fui induzida a ir.

Entrevistadora: E como foi feito o diagnóstico da depressão? Você lembra quais critérios o psicólogo/psiquiatra utilizou?

Lélia: Não lembro dos critérios, mas o diagnóstico veio em algumas sessões de terapia e com o psiquiatra.

No caso de Lélia, a busca por terapia ocorreu após a mãe descobrir que ela praticava automutilação e após Lélia ter tentado o suicídio. Conforme relatado, só depois de várias sessões de terapia seu diagnóstico foi dado.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cerca de 800 mil pessoas morrem pelo suicídio todos os anos, sendo está a segunda principal causa de morte entre jovens com faixas etárias dos 15 aos 29 anos. Tal dado apresentado se mostra como de grande impacto, tendo em vista a grande recorrência dos casos de suicídio, sobretudo entre os mais jovens. Sigamos, então, ao caso de outra entrevistada.

²⁰ Versaremos melhor sobre essa questão no ponto seguinte 3.2

Grada é uma mulher adulta com vinte anos de idade, residente também no Estado da Paraíba e com Ensino Médio Técnico completo. Essa entrevistada foi indicada por uma conhecida que fazia parte da nossa lista de contatos e, no dia 15 de junho de 2020, entramos em contato com ela por meio da seguinte mensagem:

Boa tarde, Grada. Tudo bem com você? Meu nome é Gessyelle e estou desenvolvendo uma pesquisa para o mestrado em Ciências Sociais e meu projeto é sobre depressão. Por isso, Maryse me indicou você como uma possível participante, pois preciso de pessoas que foram diagnosticadas com depressão ou que se consideram depressivas para contar um pouco sobre sua história de vida e se disponibilizem para participar da pesquisa. Você aceita participar?

Após receber a mensagem, Grada aceitou participar da pesquisa. Desse modo, combinamos um horário e uma data para que pudéssemos entrevistá-la e ela informou que só não poderia fazer a entrevista por chamada de vídeo, em razão de a câmera do celular não estar funcionando adequadamente, naquele momento. Assim, combinamos que a entrevista se daria por meio de trocas de mensagens e, caso ela se sentisse confortável, poderia também enviar mensagens via áudio. No dia 22 de junho de 2020, enviamos o TCLE para ela e acordamos que a entrevista ficaria marcada para a quinta-feira 25, às 14:00 horas. Antes de enviar as perguntas que seriam realizadas na entrevista, conversamos rapidamente sobre como ela se sentia naquele dia e procuramos deixá-la o mais confortável possível, pois sabíamos que muitas lembranças doloridas poderiam aparecer e serem lembradas por nossas interlocutoras. Por isso, o nosso intuito, desde o início, foi de que todas as entrevistadas estivessem confortáveis para responder às questões.

A história de Grada é envolta por eventos dolorosos, conflitos familiares, ideações suicidas e também uma tentativa de estupro quando ela era criança. Seu diagnóstico para depressão foi dado no ano de 2018 em conjunto com o diagnóstico de *Transtorno de Personalidade Borderline*, como podemos observar nas repostas dadas por ela, a seguir.

Grada:[...] fui diagnosticada com depressão em 2018 quando resolvi procurar um médico especialista pela UBS do meu bairro, que me encaminhou com urgência para o CAPS por conta das ideações suicidas. Quando fui fazer minha primeira consulta com o psiquiatra do CAPS, ele me diagnosticou com transtorno de personalidade borderline.

Entrevistadora: Você lembra como foi feito o diagnóstico? Quais perguntas o psiquiatra fez?

*Grada: Não lembro muito bem. Mas lembro que ele perguntou como reagia em algumas ocasiões, ao perguntar como me sentia, **expliquei sobre meus surtos com pessoas próximas, a automutilação, agressões, porque achava que todos estavam me ignorando ou querendo se afastar.** Ele perguntou há quanto tempo*

eu me sentia daquela forma, como reagia diante das situações. Perguntou se eu sentia tristeza constante, se me isolava das pessoas quando estava mal. As coisas que fazia antes do tratamento parecia já dizer tudo.

Diferente do caso de Lélia, o que nos chama atenção na resposta de Grada é o fato de que o diagnóstico aconteceu ainda na primeira sessão de terapia, mas alguns dos pontos apresentados se assemelham aos da interlocutora anterior, já que em conjunto com os surtos também tinha automutilação. Sobre o *Transtorno de Personalidade Borderline*, Dunker (2020) aponta que ao se comparar a personalidade borderline com a depressão é possível observar que na segunda há uma “tristeza e ausência de sentimentos até o congelamento emocional da experiência, mas tipicamente a agressividade volta-se contra si, ao passo que no borderline aparecerá a acusação e a agressividade dirigidas ao outro” (p. 199). Na resposta de Grada, observamos que a agressividade que ela relata se voltava tanto para ela, nos casos da automutilação, quanto para outras pessoas, nos casos das “agressões” e dos “surto com pessoas próximas”. Quando perguntada sobre como ela lida com a TPB e a depressão, Grada afirma:

***Grada:** Antes eu nem conseguiria te responder essa pergunta. Eu simplesmente desabava e partia para a **autodestruição**. **Bebia, fumava, fazia cortes** por todo o corpo, quebrava o que tinha pela frente [...] Mas é muito complicado, sinto a TPB pior que as crises de depressão (hoje consigo diferenciar quando é crise de depressão ou da TPB) [...].*

***Entrevistadora:** Você acredita que existe muita falta de informação tanto sobre TPB quanto em relação à depressão, fazendo com que as pessoas não compreendam esses dois transtornos?*

***Grada:** Sim. Eu nem sabia o que era TPB até o psiquiatra explicar [...] achava que minha insônia e os outros sintomas era apenas por conta do meu cotidiano. Não entrava na minha mente ter depressão, muito menos TPB.*

Nesse trecho, Grada mais uma vez expõe sobre autodestruição e elenca a bebida, cigarro e os cortes no corpo como saída para o sofrimento. Assim como as outras entrevistadas, Grada também expõe a insônia como um dos sintomas que ela apresenta, sintoma esse que acaba levando-a a um cansaço extremo e à falta de vontade de fazer as atividades do dia a dia. A esse respeito, Santos (2009) nos aponta que a depressão retira do sujeito a capacidade de interagir com o meio social do qual estão inseridos e, conseqüentemente, retira do sujeito a capacidade de dar continuidade às atividades que antes fazia com afinco. A seguir, abordamos o caso de Maya.

Maya foi indicada por uma parente dela. Logo, no dia 22 de junho de 2020, entramos em contato. Ela é uma mulher negra, adulta, com quarenta e três anos e Ensino Médio

Incompleto, residindo no Estado do Rio de Janeiro. Combinamos que a entrevista seria no dia 23 de junho de 2020 às 14h:00min, e, conforme o combinado, a entrevista ocorreu no dia e horários marcados, seguindo até às 19h:00min, pois houve algumas pausas. No que se refere à troca de mensagens, estas aconteceram, em sua maioria, por meio de mensagens de áudio, por isso, ao término da entrevista, transcrevemos as respostas dadas por Maya para um documento do *Microsoft Word*. Segundo Maya, o seu diagnóstico foi dado desde 2017, como podemos observar a seguir.

Entrevistadora: Você tem o diagnóstico formal da depressão?

Maya: Sim, eu tenho o diagnóstico da depressão, tá [...]

Entrevistadora: Há quanto tempo a senhora tem o diagnóstico da depressão?

*Maya: Desde 2017. **O diagnóstico que o médico diagnosticou**, mas a depressão eu tenho desde quando eu tinha 14, 15 anos. Eu não sabia o que é que era, mas eu já sentia os primeiros sintomas da depressão, entendeu.*

Entrevistadora: A senhora lembra como foi feito o diagnóstico? Que perguntas o médico fez?

*Maya: Lembro sim, ele me perguntou se eu ouvia vozes, se eu só queria ficar dentro do quarto, quieta sem falar com ninguém, no escuro. Ai assim foi feito o diagnóstico, mas não esse meu psiquiatra e sim um outro médico que me deu o diagnóstico, **mas o diagnóstico comprovado eu só tenho através do laudo que foi no ano que te falei**, eu já esqueci. Mas eu lembro sim, ele fez essas perguntas se eu só queria ficar dentro do quarto, se eu não queria ficar com ninguém, se eu só queria ficar no meu canto no escuro e era realmente isso que eu sentia, entendeu? **Só dava vontade de ficar quieta no canto, não queria falar com ninguém, as vezes até ainda hoje eu sinto isso**, entendeu? É quando não tô muito bem eu quero ficar quieta no meu canto, **fecho tudo, apago tudo ai fico trancada no meu quarto** [barulho de criança falando] mesmo com a medicação ainda acontece isso [...] eu já apresentava um quadro de depressão, mas até então minha mãe começou a me levar nos médicos e não descobriu nada, porque a depressão ela não é diagnosticada através de exames e sim de terapia com os psicólogos e psiquiatras.*

Importante perceber que apesar de Maya ter o diagnóstico formal, esse que foi apenas emitido no ano de 2017, ela afirma que já era afetada desde quando tinha cerca dos 14/15 anos, de idade. Por meio da afirmação “*Eu não sabia o que é que era, mas eu já sentia os primeiros sintomas da depressão*”, observamos que Maya, do mesmo modo que as primeiras entrevistadas, apesar de ainda não ter um nome determinante, já sentia desde cedo os sintomas e as imposições da sua afetação, já que o nome técnico e o diagnóstico só foram apresentados para ela anos depois.

Além disso, nossa entrevistada relata a necessidade de ficar reclusa nos momentos em que as coisas não estão bem. Outro ponto de grande relevância que merece reflexão é que apesar

da mãe de Maya tê-la levado para fazer exames, nada foi descoberto, ou seja, apesar de termos alguns estudos correlacionando a depressão a um desequilíbrio químico no cérebro, essa afetação não é detectada por meio de exames laboratoriais. Grada e Ângela tem idades próximas e, apesar de terem procurado médicos quando estavam sentindo alguns sintomas, não foram diagnosticadas com depressão, apenas Maya foi muitos anos depois.

Em relação à Sueli, outra interlocutora que se disponibilizou a participar da pesquisa, ela é uma mulher adulta, branca, reside também no Estado da Paraíba e possui o ensino superior completo. No dia 17 de junho de 2020, ao conversarmos com Sueli, ela nos informou que tinha o diagnóstico formal da depressão e que estaria disponível para participar da pesquisa, por isso informamos alguns dos objetivos e como ocorreria a entrevista. Já no dia 22 de junho, conversamos pela segunda vez e enviamos o TCLE para ela, mas só obtivemos a resposta no dia 19 de julho de 2020, quando nos informou que ainda estaria disponível para participar. Sueli faz parte da nossa lista de contatos pessoais e, além de aceitar participar da pesquisa, indicou também uma amiga, mas esta não pôde participar, pois para ela relembrar alguns momentos seria dolorido e a colocaria em sofrimento.

Sendo assim, no dia 21 de julho de 2020, como combinado, realizaríamos as perguntas para ela, mas nos foi informado que ela estava ocupada naquele momento e solicitou, caso fosse possível, que disponibilizássemos as perguntas para que ela fosse respondendo na medida em que pudesse. Logo, disponibilizamos 27 perguntas que foram respondidas através de um áudio de 17 minutos, mais ou menos, que foi enviado para nós no dia 23 de julho e foi transcrito. Nas palavras de Sueli, a depressão passou a fazer parte de seus dias após ela ser afetada por uma paralisia, conforme podemos observar no trecho abaixo.

*Sueli: Eu descobri que tinha depressão com 20 anos de idade, quando eu fui afetada por um germe de cachorro na medula que eu fiquei parálitica por dois anos, então, é a **depressão me veio exatamente no período em que eu estava parálitica**, enquanto eu fazia o tratamento da paralisia que afetou os meus nervos, então é, tanto o fato da paralisia de tá em cadeira de roda, quanto o fato de ter afetado os meus nervos, então a depressão começou aí.*

A depressão, para Sueli a afetou quando ela tinha 20 anos de idade e foi decorrente de uma situação adversa. Nas palavras de Souza (2016), os sujeitos são portadores de explicações a respeito dos fenômenos que vivenciam. E isso pode ser observado, com ênfase, no relato de Sueli, pois o fator desencadeador para a sua depressão se deu a partir do processo de adoecimento que a impossibilitou de movimentar as pernas e de dar continuidade às suas

atividades cotidianas sem imposições e especificidades. Além disso, ela aponta como outra explicação para sua afetação o fato de o “germe de cachorro” ter afetado os seus nervos.

Por fim, apresentamos o caso de Conceição, que foi indicada por Lélia. Conceição tem vinte e dois anos e reside também em uma cidade do Estado da Paraíba. Ela é uma mulher branca, adulta e possui o Ensino Médio Completo. Entramos em contato com ela no dia 21 de julho de 2020, quando nos informou se disponibilizar para participar da pesquisa. Desse modo, combinamos que a entrevista seria no dia 24 de julho, às 19 horas, seguindo até às 22 horas, com poucas interrupções. No decorrer da entrevista, Conceição nos informou que foi diagnosticada com depressão quando tinha quinze anos de idade. No caso dessa interlocutora, a entrevista se deu de modo mais rápido e as respostas dadas por Conceição foram mais curtas.

Ela diz que:

Lembro que fazia terapia, e junto da depressão apresentava sintomas de ansiedade que refletiam no meu físico, como por exemplo, as mãos formigando e tremendo, doenças de pele, tontura, sempre que saía de casa passava mal e sentia muitas pontadas no peito, daí vários exames que não deram em nada, então o psicólogo passou pra uma consulta pra o psiquiatra daí lá veio o diagnóstico [...] desde nova já apresentava sintomas. Sentia principalmente apatia, não fazia nada, passava dias sem comer nem tomava banho.

Conceição passou por um psiquiatra e aponta que, apesar de ter sentido alguns sintomas físicos e de ter realizado “vários exames que não deram em nada”, foi apenas com o psiquiatra que ela obteve o diagnóstico. Embora muitas sejam as metáforas e teorias sobre as alterações cerebrais provocadas pela depressão. De acordo com Dunker (2015), “ainda hoje não há nenhuma testagem, nenhum método de neuroimagem, nenhuma forma de comprovar por meio de exames biológicos a presença ou a ausência de um transtorno mental” (DUNKER, 2015, p. 27), sendo o diagnóstico, no caso dessa entrevistada, determinado pelo psiquiatra, após o psicólogo realizar um encaminhamento de consulta para ela.

Cada mulher aqui apresentada aponta suas explicações, interpretações, significados, formas de lidar com o seu sofrimento e nomeações para o seu mal-estar e muitas são as causas apontadas por essas mulheres para a afetação pela depressão. Segundo Souza (2016), as causas da depressão podem ser de difícil explicação, uma vez que esse fenômeno é de natureza polissêmica e apresenta significados e múltiplas causas. Contudo, essas experiências são construídas socialmente, tendo em vista que só conseguimos saber se alguém está afetado pela depressão quando ela é verbalizada, quando é observada e quando é compartilhada. E como indicado, mesmo para as entrevistadas que não foram diagnosticadas por um profissional da

saúde, suas afetações se mostram tão reais quanto às afetações causadas por qualquer outra doença.

Além disso, as entrevistas realizadas de forma online mostraram alguns desafios: primeiro a falta de uma interação face a face, segundo que as entrevistas se estenderam por várias horas, em alguns casos, por vários dias; terceiro, com a falta dessa interação não conseguimos observar os gestos, as pausas nas falas e as impressões de nossas interlocutoras. Por outro lado, permitiu que pessoas de diferentes localizações geográficas do país pudessem participar da nossa pesquisa.

4.4.8 “A depressão é o meu próprio inferno”: as causas e as estratégias de tratamento para a depressão

Como vimos, na contemporaneidade, há uma multiplicação de pessoas diagnosticadas com alguma(s) psicopatologia(s), sendo a depressão uma dessas psicopatologias que surge com forte intensidade em nossa sociedade. Diante desse fenômeno tão complexo e polissêmico, vários foram os estudiosos que atribuíram possíveis causas, explicações e interpretações sobre a depressão. Nos capítulos anteriores pudemos refletir, a partir da contribuição de Ehrenberg (2010), Han (2017), Bauman (1998) e Lipovetsky (2005), sobre como a autonomia, a liberdade e os imperativos de desempenho podem contribuir para uma pressão psíquica nos sujeitos e, conseqüentemente, para o seu adoecimento. Além disso, em meio à sociedade da euforia, marcada pela velocidade e liquidez das relações, o processo de medicalização também aparece de forma bastante expressiva como tratamento e como uma espécie de ferramenta para que o indivíduo retome sua funcionalidade.

No ponto anterior, procuramos descrever e compreender como foi realizado o processo de diagnóstico de cada entrevistada, observando o modo como essas mulheres mobilizam sintomas, sentimentos e termos médicos para atribuir uma nomenclatura para o seu mal-estar, já que determinar um nome/diagnóstico para sua afetação possibilita que os sujeitos possam encontrar caminhos possíveis e saídas para amenizar o que estão sentindo. Contudo, diante do exposto, algumas indagações mostram-se pertinentes de serem pensadas, tais como: Quais causas e explicações poderiam estar relacionadas ao adoecimento e/ou maximização do sofrimento dessas mulheres? Que circunstâncias puderam contribuir para o surgimento da depressão? Quais estratégias de cuidados/tratamentos são acionadas por nossas entrevistadas? Desse modo, tentamos refletir sobre essas questões.

De acordo com as narrativas das entrevistadas, o sentir a depressão se apresenta como uma experiência de grande sofrimento, pois potencializa a sensação de “vazio” (Djamila), de “paralisia” (Lélia), sendo, pois, como “o próprio inferno” (Grada e Maya) para aquele que é afetado. Ademais, a depressão é descrita também como “um vírus” (Ângela) que entra no sujeito sem que ele perceba e aos poucos “vai tomando espaço no corpo” (Ângela) e quando o sujeito “percebe já não tem como escapar” (Ângela). A depressão retira desses indivíduos afetados a vontade de “sair da cama” (Lélia, Grada, Djamila e Sueli), “de viver” (Lélia), “de fazer as atividades” (Grada e Frida) e, por consequência, de interagir com o meio no qual estão inseridos.

Muitas são as causas, as circunstâncias e a “gota d’água” para que o sujeito venha a ser afetado pela depressão e, sendo polissêmica a natureza desse fenômeno, a explicação desses fatores se torna uma tarefa ainda mais difícil. Entretanto, é possível destacar que há causas multifatoriais envolvidas no processo de adoecimento, como as de cunho psicológico, social, econômico, biológico e etc. Para as mulheres entrevistadas, alguns fatores destacam-se como possíveis explicações para o surgimento desse mal-estar, eventos como: *bullying*, conflitos familiares, violência, desemprego, falta de recursos financeiros, imposição de padrões de beleza, autocobrança, descoberta de uma doença e também perda de um ente querido. Estas são algumas das situações levantadas por elas como possíveis desencadeadores da depressão. No trecho a seguir da entrevista de Lélia, ela nos oferece algumas explicações para sua afetação pela depressão.

Não sei direito, mas eu tive alguns problemas com bullying na escola, além de vários problemas em casa em relação aos meus pais[...] Acho que podem ser inúmeros, desde problemas financeiros principalmente na época que a gente tá vivendo, o fato de não conseguir algo que almeja muito, essa ideia constante de meritocracia. Bullying, padrões de beleza. Padrões de beleza mexem bastante com sua cabeça, o jeito que vendem como a gente precisa ser, influência no bullying e isso pode ser um fator.

Conforme o exposto, destacam-se em sua resposta os “problemas com bullying”, os “problemas em casa”, os “problemas financeiros”, “não conseguir algo que almeja”, “a ideia de meritocracia” e “os padrões de beleza”. No ponto anterior, informamos que Lélia foi diagnosticada quando ainda era adolescente, ou seja, estava em idade escolar, momento de grandes mudanças para o sujeito. No que se refere ao *bullying*, este pode ser danoso para a saúde mental das vítimas, gerando, por exemplo, o surgimento da depressão e o

comprometimento de sua saúde mental²¹. Diante de outros pontos apresentados por Lélia sobre problemas financeiros, meritocracia e frustração por não conseguir aquilo que deseja, podemos refletir que a sociedade na qual nos inserimos cobra cada vez mais desempenho e multiplica ao máximo as ocasiões de decepção para os sujeitos. As desigualdades financeiras apontadas por Lélia são, cada vez mais, ampliadas, maximizadas e sentidas pelos sujeitos, sobretudo no período pandêmico que estamos vivenciando hoje, tendo em vista que houve um grande índice de desemprego desde os primeiros meses que as recomendações de distanciamento físico foram colocadas como necessárias à sociedade.

Além disso, essa sociedade oferta um tipo de beleza ideal que acaba favorecendo as indústrias de beleza e todos aqueles que se beneficiam com padrões estéticos determinados. Para Lipovetsky (2016), lança-se, principalmente, às mulheres uma “tirania da beleza” (p. 107), contribuindo para que a estética do corpo passe a ser envolta de grande importância, uma vez que os indivíduos passam a vigiar constantemente sua aparência em prol de um ideal que muitas vezes não é alcançado, o que, conseqüentemente, pode gerar marcas profundas no plano psicológico desses indivíduos.

Ademais, percebemos também que os conflitos familiares e o peso de uma sociedade marcada pelo desempenho, podem ser observados nas respostas de outras entrevistadas como sendo impulsionadores da depressão. Vejamos o caso de Frida, pois ela afirma:

[...] minha relação com meu pai, que há tempos vem bastante desgastada, e também de 2017 pra cá deu uma intensificada após a experiência que tive de um relacionamento abusivo. Penso que esses dois sejam os principais fatores. Sempre fui muito ansiosa, mas com coisas pontuais. Esses dois pontos que citei fizeram tudo desandar. Com meu pai, a relação está cada dia mais densa, tenho passado uns dias com meus avós, por mim, para respirar mesmo. Já com meu ex, desde que terminamos, nunca mais o vi, conseqüentemente nem falei. Não foi um término amigável, então. No entanto, ainda sinto alguns resquícios dessa relação, traumas, sendo mais específica. Acho que até hoje não superei totalmente.

Frida nos informa que a relação com o pai é conflituosa desde o ano de 2017. Além disso, o término de um relacionamento abusivo, apesar de ainda não ter superado suas

²¹ O bullying é caracterizado por atos de violência imputados a uma vítima e tem por objetivo constrangê-lo e humilhá-lo, por meio de apelidos, agressões, ameaças e outros. Essas ações, por vezes, acontecem quando um adulto não está presente, sendo mais praticado nos ambientes escolares. Como conseqüências, o bullying pode levar a um adoecimento/desenvolvimento de algum transtorno, como, por exemplo, a ansiedade e a depressão, e em casos mais graves, pode levar o sujeito ao suicídio. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19418.pdf> e <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7004/1/arquivototal.pdf> Acesso em: 05 de Junho de 2021.

consequências, foi um dos pontos para a intensificação do seu sofrimento. Diante dessas situações, passar algum tempo na casa dos avós foi a saída encontrada por nossa entrevistada como estratégia para amenizar os conflitos com o pai e poder se resguardar, ou seja, “*para respirar*”. Outras possíveis explicações e interpretações são explanadas por nossa entrevistada, visto que a experiência da depressão também estaria relacionada a essa sociedade que cobra do sujeito sempre mais produtividade, bons resultados e excelente desempenho. Por isso, nessa sociedade exigente, é preciso “*ser alguém na vida*” e/ou “*se tornar alguém na vida*”, mesmo que o custo seja o sentimento de culpa por não “*alcançar o que almeja*”²² e de “*paralisia*” frente às demandas do dia a dia, como podemos observar num trecho da resposta de Frida, a seguir.

A cobrança que a sociedade normativa nos impõe, de que temos que ser assim ou assado, que precisamos ser todos iguais e produzir sempre mais que os outros, em todos os sentidos, pra que sejamos “alguém na vida” [...] minha autocobrança me destrói demais. Sempre me considerei a maior crítica de mim mesma, então, pelo fato de me cobrar demais, em tudo, acabo sempre nessa ânsia de cumprir tabelas em prol dos outros [...]. Acabou que a pandemia se instalou, então, eu estou em casa sem ter uma obrigação diária. No entanto, sinto dificuldade de ler, não consigo prender minha atenção, sinto vontade de produzir artisticamente, mas, às vezes, sinto falta de coragem para iniciar algo, então, essas são apenas algumas das coisas que percebo que preciso me reorganizar pra dentro de uma rotina não me sentir uma pessoa inútil.

A resposta de Frida está direcionada, como já apontado, para os reflexos de uma sociedade marcada pelos ideais de desempenho e pelo peso da autonomia, que podem ser visualizados quando ela expõe que é preciso “*produzir sempre mais que os outros*”, que “*cobrar demais*”, e que está “*em casa sem ter uma obrigação diária*”, precisando reorganizar uma rotina para não se “*sentir uma pessoa inútil*”. Assim, compreendemos que a pressão do desempenho contribui para que o sujeito passe a cobrar cada vez mais de si mesmo, pois como nos aponta Han (2017), o sujeito do desempenho trava uma guerra contra si. Essa guerra interior, pode ser observada em outro trecho da entrevista de Frida.

Ano passado tive muita dificuldade no processo de escrita da minha monografia porque todos os dias não sentia que minha pesquisa era boa o suficiente pra ter motivação de finalizar. Depois que graduei, me dei o restante do ano pra pensar o que eu faria da vida, já que não pensava em seguir carreira acadêmica devido a todos os embates emocionais.

²² Nas palavras de Lélia.

O peso da cobrança/autocobrança e o fim da graduação foi um momento de muita dificuldade para Frida que escolheu pela não continuidade da carreira acadêmica, dados os embates emocionais que vivenciava.

Maya também apresenta em suas respostas como os relacionamentos familiares, a pressão, o acidente no trabalho, o *bullying*, a perda dos filhos e um relacionamento frustrado podem ser desencadeadores do sofrimento. Maya assinala que

Eu sempre me senti não me encaixando muito bem na minha família. Assim eu nunca me senti me encaixando na família, fazendo parte da família então isso me deixava muito pra baixo, entendeu? É, mas depois foram acontecendo vários fatores na minha vida que eu perdi meus bebês antes do meu filho Ângelo, ai depois relacionamento frustrado e depois assim que eu sofri o acidente no trabalho e a pressão no trabalho foi que eu cheguei no meu limite, entendeu? Foi quando eu, é vi que não tava dando mais conta, eu fiquei um mês e quinze dias sem dormir, foi quando a depressão assim tomou mais conta de mim, já tinha tentado me matar várias e várias vezes e quando tentei novamente, entendeu? [...] inclusive pelo fato de não enxergar direito e sofrer bullying na escola, então assim, com o passar dos anos ela só foi piorando mesmo, entendeu? O fator real, real mesmo assim eu não sei falar para você eu não sei explicar o que me levou profundamente a depressão, mas, assim é um grupo de várias coisas, entendeu? [...] eu recentemente fiquei internada uma semana, então assim, a depressão para mim é uma tortura que assim eu só queria que um dia tivesse cura, entendeu? Assim não queria ser presa, de viver aprisionada e sair [...] a depressão é o meu próprio inferno, onde tento conviver comigo mesma e não consigo [...] eu lembro assim foi a primeira vez que eu tentei me matar, tentando tomar água sanitária, quando meu pai tava doente ainda e ele me pediu pra ir lavar roupa com a minha irmã e eu não fui ai ele foi e me bateu e desci e tentei tomar água sanitária no meio do caminho e ele me bateu de novo, não adiantou, assim ali eu já apresentava um quadro de depressão [...] é outro fator que carrego comigo é que até hoje foi uma vez que ia sair, todo mundo e ai falei que ia ficar com a minha sobrinha e a minha irmã virou e falou “ai falando em gente tira a Maya do meio” ai assim depende muito dos fatores entendeu?

A pressão no trabalho e um acidente foram a “gota d’água” para que Maya chegasse ao seu limite. A nossa entrevistada resgata lembranças de quando ainda era mais jovem e de como a sensação de desencaixe dentro da própria família fez com que contribuísse ainda mais para o seu mal-estar. O *bullying* sofrido na escola pelo fato de não enxergar bem, foi outro fator que contribuiu para o seu sofrimento. Ainda quando morava com os pais e os irmãos, aconteceram as primeiras tentativas de suicídio e, mais tarde, com a perda dos primogênitos e outros acontecimentos na sua vida, a impulsionaram para novas tentativas de suicídio, tornando-se

mais frequente com o passar dos anos. A depressão é para Maya como “*uma tortura*”, na qual ela “*tento conviver comigo mesma e não consigo*”.

Outro ponto que Maya carrega em suas lembranças é o fato de ter sido colocada em um lugar de insignificância pela própria irmã, quando ela aponta que “*ai falando em gente tira Maya do meio*”. Ademais, ela nos relata sobre como apanhou de forma corretiva pelo seu pai duas vezes: a primeira por não ter contribuído com as atividades de casa e não ter respeitado as ordens do pai e a segunda por ter bebido água sanitária no meio do caminho, em uma tentativa de tirar a própria vida.

Além disso, a frustração em um relacionamento amoroso também contribuiu para o sofrimento de Maya. Para Lipovetsky (2007) a vida íntima em meio a essa sociedade da decepção é um terreno mais afetado pela frustração, visto que

as pessoas que há pouco eram extremamente amorosas, de súbito, tornam-se frias, porque os sentimentos não podem ser considerados ‘objetos’ imutáveis, nem as evoluções do comportamento humano possuem um caráter sincrônico. A euforia dá lugar ao fastio ou cansaço, incompreensão ou agastamento, dramaticidade inopinada, com seu cortejo de acidez e, não raro, de antipatia. Separações, divórcios, conflitos relativos à guarda dos filhos, ausência de comunicação íntima, provável depressão subsequente, tudo isso atesta as desilusões que podem advir da vida amorosa. (LIPOVETSKY, 2007, p. 19-20).

Questões familiares se apresentam também nas respostas de Djamila. Além das situações vivenciadas dentro de casa, por conflitos envolvendo os pais, isso impactou profundamente Djamila a ponto de ter acarretado tanto depressão quanto ansiedade e ao ter ido buscar ajuda de um profissional da saúde ela informa que foi “*extremamente julgada pelo que tinha acontecido*”. Ela informa que

[...]o que acarretou tudo isso essa depressão, essa crise de ansiedade e tudo mais foram os problemas com os meus pais né dentro de casa e tipo assim por mais que não fosse um problema meu, mas era meus pais e tipo envolvia toda a família né e a frase que ele usou foi a seguinte que eu usava dessa situação, tipo, pra fazer com que meu problema fosse maior que o problema dos meus pais e dessa forma é tentar amenizar as coisas dentro de casa, ou seja, eu fui num lugar buscar ajuda e tudo mais e, pelo contrário, fui extremamente julgada pelo que tinha acontecido, pela situação que tava vivendo, pelos sentimentos que eu tinha naquele momento, como se fosse algo que eu pudesse escolher e como se fosse algo que eu mesma estivesse causando tudo aquilo só pra, entre aspas, aparecer, enfim. Aí, dessa forma, eu não consegui ajuda, eu tive que me virar sozinha, tipo, sozinha mesmo, porque como os problemas era com os meus pais eles meio que não enxergavam os problemas que estava nos filhos e não foi só eu, mas meu irmão até um dia desses ele veio conversar com a gente e contou né, relatou o que ele passou e que a gente não enxergou, eu com os meus problemas não enxerguei o problema dele e ele também não enxergava o meu e, enfim, foi isso,

e no sentido né que não teve ajuda né, de nenhum profissional, até que, né, hoje, as coisas estão bem melhores, porque a situação que causava isso, a principal situação que causava isso passou né, não é algo que nos aflige mais, e meus pais se separaram e tudo mais e hoje a gente só lida com o que restou daquela situação toda, daqueles sentimentos, daqueles traumas né, hoje a gente tenta lidar ao máximo com o que sobrou disso tudo [...] Sim, somos seres extremamente coletivos, dessa forma, a maioria das coisas que acontecem ao nosso redor, no nosso meio nos afetam, sejam diretamente ou indiretamente.

Entrevistadora: *Você poderia citar uma dessas coisas?*

Djamila: *A forma como as pessoas lidam com as outras, como se não se importassem a forma como o mundo lida com esse problema como se fosse algo pequeno ou culpa do indivíduo, quando na verdade o problema está no todo, nas relações sociais, nos problemas sociais como desemprego, fome, famílias desestruturadas, cobrar do indivíduo coisas que pra ele são impossíveis no meio em que vive.*

Para Djamila, alguns conflitos existentes dentro de casa foram catalisadores para a produção do seu sofrimento, pois não teve apoio da família nem de um profissional da saúde. Com a separação dos pais, os problemas em casa foram, de certo modo, resolvidos, apesar de que ficaram alguns traumas das situações vivenciadas por ela. Nossa entrevistada atribui as causas da depressão aos problemas sociais, tais como: “o desemprego”, “a fome” “a famílias desestruturadas” e às cobranças de uma sociedade que impõe certos ideais e não oferta o mínimo para os sujeitos.

Ao procurar um auxílio para tentar amenizar seu sofrimento em decorrência dos conflitos existentes dentro de casa, ela foi julgada como se estivesse fazendo a situação dos pais parecer ser menor do que aquilo que ela estava sentindo, quando, na verdade, Djamila estava procurando um auxílio para conseguir lidar com toda a situação.

Além dos fatores já mencionados que foram apontados pelas entrevistadas como impulsionadores do sofrimento, Grada, além das questões familiares, aponta que a depressão “surge” quando tinha apenas sete anos. Ela sofreu uma tentativa de estupro e também a perda de pessoas queridas até os seus catorze anos, situações dolorosas para ela que contribuíram para o seu estado de sofrimento. No trecho abaixo, Grada assinala que:

Eu tenho pra mim que minha depressão foi gerada depois de uma síndrome de pânico. Aos 7 anos, sofri uma tentativa de estupro, e isso me gerou muitos problemas, desde então, vivi com medo até hoje e sem as terapias não consigo tratar esses traumas. A morte de pessoas importantes na minha vida até os 14 anos de idade também foram pontes pra minha depressão. Antes disso eu não lembro de muita coisa. O pior de tudo foi ver que minha família não liga com isso até hoje. Pra eles não aconteceu, pra eles foi uma besteira e isso me dói

mais ainda. Na virada do ano de 2018/2019, eu tive o desprazer de dar de cara com o homem que tentou me abusar, e eu desabei, se não fosse alguns amigos, eu teria cometido suicídio naquela noite. [...] Mas até na família ainda há pessoas que ache que é tudo drama ou coisa do tipo [...] e isso me entristece de uma forma que nem sei explicar, porque tudo que eu mais queria era o apoio de todos, mas é complicado.

Apesar de Grada ter contado à família o que tinha acontecido, ela não teve o apoio que esperava, sendo, além de tudo, desacreditada pelos familiares, pois para eles nada aconteceu. As lembranças traumáticas foram ainda mais acessadas quando, há poucos anos, ela deu “*de cara com o homem que tentou me abusar*”. Na ocasião, o apoio dos amigos foi fundamental para que Grada não concretizasse uma tentativa de suicídio. Por meio da resposta de Grada, podemos depreender que a pouca informação sobre a depressão e outros transtornos faz com que muitas pessoas, de maneira equivocada, acreditem que aquele que é afetado esteja apenas sendo muito dramático, que seja preguiça ou até mesmo falta de Deus.

A morte de uma pessoa da família como fator que impulsiona a depressão também pode ser observada na resposta de Ângela. Ela assinala que:

[...]Eu fiquei com depressão quando minha sogra faleceu, nunca tinha visto ninguém na família falecer e meus cunhados, meu esposo se desesperar demais, o que levou a depressão em mim foi isso.

Entrevistadora: *Com o passar dos anos a senhora percebe que outros motivos a fizeram ter a depressão?*

Angela: *Sim, com o passar do tempo eu percebi que a correria, muito trabalho na vida da gente, fica corrido demais, muitas coisas, crimes aumentou muito, antigamente era difícil ter pessoas com depressão, agora quase todas as pessoas tá com esse problema [...]Eu penso coisas muito ruins que vem a minha cabeça e eu fico muito mal. Mas eu vou falar não se preocupe, eu já passei mal muitos anos atrás, mas agora eu me sinto um pouco mal, mas eu falo não se preocupe. A depressão ela é como se fosse uma coisa como eu falei, um vírus que nem uma pandemia, mas graças a Deus agora tô bem melhor, quando meu esposo faleceu eu pensei ficar pior, não fiquei muito bem, mas eu tô controlando, pode perguntar o que quiser que eu irei responder. Quando ela tá muito a gente não controla, eu via pessoa dentro da minha casa só era minha cabeça, ouvia gente me chamando eu corria para olhar não era ninguém era só a minha cabeça. Quando a gente coloca uma coisa na cabeça quem tem depressão jamais tira. É uma coisa muito ruim, eu me desesperava, ficava sem tomar banho, até a gente não controla é uma pandemia seríssima. [...]Eu tive quatro filhos, graças a Deus, não tinha nenhum problema. Eu era bastante saudável, não tinha nenhuma dor na perna, dor nenhuma no meu corpo. Mas é a depressão ela é como diz, ela é uma coisa mesmo que a gente não tiver com dor, mas na cabeça da gente tá com dor, se a gente disser tô com dor, mesmo não tando, vem na cabeça que a gente continua com aquela dor. A depressão é uma coisa terrível [...] a depressão é a*

fraqueza da gente [...] qualquer pessoa pode ficar com depressão, porque a cabeça é o principal do corpo que trabalha e o juízo é muito frágil.

A falta de referenciais para lidar com a perda de alguém, tendo que experienciar o sofrimento do esposo e dos cunhados com a perda da mãe impactou Ângela, profundamente. Ela afirma que era muito saudável antes dessa experiência vivida, mas depois passou a sentir dores pelo corpo. Com base no exposto, torna-se importante perceber que as respostas de Ângela estão sempre apontando para uma relação entre cabeça-corpo/corpo-cabeça, tal como se verifica nos trechos “*quando a gente coloca uma coisa na cabeça, quem tem depressão jamais tira*”, “*que a gente não tiver com dor, mas na cabeça da gente tá com dor, se a gente disser tô com dor, mesmo não tando vem na cabeça*” e reafirma essa relação quando responde que “*a cabeça é o principal do corpo que trabalha e o juízo é muito frágil*”. Ângela ainda faz uma relação entre passado e presente, apontando que algo em nossa sociedade mudou e que agora “*quase todas as pessoas tá com esse problema*”, mas que, antigamente, poucas pessoas tinham depressão e justifica esse fato com questões atreladas à insegurança social, pois assinala que os “*crimes aumentou muito*”.

Como refletimos nos capítulos anteriores, o fenômeno da depressão sempre existiu e foi sofrendo alterações ao longo dos anos, mas apesar de não ser considerada sempre a mesma coisa, há o registro de estudos voltados à melancolia ainda com Hipócrates que desenvolveu a teoria dos quatro humores, sendo a palavra depressão apresentada com maior intensidade após a *grande depressão*, em 1929. Após essa crise, a depressão passou a ganhar maior notoriedade, como bem aponta Dunker (2021) e, como pudemos observar no primeiro e segundo capítulos desta dissertação. De acordo com Maria Rita Kehl (2009), o aumento no número de diagnósticos da depressão, atualmente, se deve à alteração na definição dos transtornos, assim como os sujeitos estão mais propensos a deprimir-se devido a uma vivência nessa sociedade pautada, cada vez mais, pelo desemprego, pela fome, por relacionamentos fragilizados, pela autocobrança, pela competitividade e entre tantos outros fatores que poderiam ser citados aqui.

Além disso, como já apontado, o DSM, a cada nova versão, insere mais categorias e classificações patológicas, o que possibilita que mais sujeitos possam ser inseridos nos diagnósticos com algum transtorno. E como bem nos expõe Santos (2016), problemas não médicos passam, agora, a ser tratados como problemas médicos e, com isso, há um processo de patologização do sofrimento e, conseqüentemente, a medicalização do sujeito afetado, visando que este volte a sua funcionalidade. Mais adiante nos deteremos mais especificamente a essa questão.

A descoberta de uma doença, como por exemplo, um câncer, também pode ser identificada como fator impulsionador da depressão. Sueli atribui o surgimento da sua depressão ao fato de ter sido contaminada por um germe que acarretou a perda dos movimentos das pernas²³. Nas palavras de Sueli, o agravamento do seu estado depressivo deu-se no período da pandemia, quando ela foi demitida sem nenhuma explicação, conforme podemos observar abaixo.

Então tem pessoas que na descoberta de uma doença elas caem em depressão, muitas, é um fator que você cai em depressão é quando você descobre um câncer isso aí é o mais comum, quando se descobre um câncer você cai em depressão e em depressão profunda que tem alguém que morre mais pela depressão que eu já conheci pessoas que morreram mais pela depressão do que mesmo pela a, pelo problema do câncer. Eu já expliquei isso né que foi o problema que eu tive de ficar parálitica [...] Tipo fui demitida, então além de tudo, a pandemia me trouxe esse mistério né, que foi ser demitida, foi uma coisa que contribuiu pra depressão também, foi o fato de ter sido afetada, injustiçada, fui demitida é sem justa causa, sem explicação, então isso é agregou muito no sentido contrário quando digo agregou é contribuiu negativo o fato de ser demitida.

A partir do trecho da entrevista de Sueli, faz-se importante perceber a correlação entre depressão e morte que Sueli apresenta quando aponta que “*eu já conheci pessoas que morreram mais pela depressão do que mesmo pelo um problema do câncer*”. No que se refere a esse fator, de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), há uma relação entre suicídio e transtornos mentais, tendo em vista que cerca de 90% das pessoas que morreram pelo suicídio apresentavam algum transtorno mental, como, por exemplo, a depressão. Desse modo, o suicídio é a terceira causa de morte e a depressão é a quarta afetação mais apontada na atualidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo Barbosa et. al. (2011), no Brasil, 24 pessoas morrem pelo suicídio diariamente, sendo as mulheres as pessoas que têm maior chance de se deprimir e são as maiores reincidentes nas tentativas de suicídio (SILVA, 2018).

De fato, a depressão e o suicídio são dois fenômenos envoltos de silenciamento, de tabu e de estigmas, mas “detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio” (BARBOSA et. al., 2011). Por isso, para finalizar este ponto, discorreremos, com base nas entrevistas apontadas, sobre as formas de tratamento dessa afetação. Como vimos no quadro, das oito mulheres entrevistadas, sete fazem uso de algum medicamento, seja ele prescrito ou

²³ Mencionamos essa questão no ponto anterior, mas, achamos pertinente enfatizar novamente a questão;

não por um médico e todas elas apresentam outros transtornos, como: *Transtorno Bipolar*, *Transtorno de Personalidade Borderline* e *Transtorno de Ansiedade Generalizada*. As entrevistadas Djamila e Ângela se consideram “ansiosas” e Frida, apesar de não ter o diagnóstico da depressão, a partir de uma consulta com um neurologista que emitiu o diagnóstico para o *Transtorno de Ansiedade Generalizada*, e faz uso do Cloridrato de Sertralina²⁴ e Djamila mesmo sem prescrição faz uso do Cloridrato de Amitriptilina.

Percebemos que a maioria das mulheres não está fazendo terapia, principalmente por conta da pandemia, e por conta de outras razões, como é o caso de Ângela, Djamila, Grada e Frida. As demais estão em acompanhamento com um psicólogo ou outro profissional da saúde mental. Por conta da pandemia, alguns Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixaram de fazer os atendimentos presenciais e passaram apenas a entregar medicamentos, como foi apresentado por Grada.

[...] Devido à pandemia, não tá tendo consulta no CAPS. Até então tô sem. [...] Só faço uso das medicações mesmo. Ia tentar fazer Yoga, mas nunca conseguia ir. Uso Cloridrato de Fluoxetina 20g e Neozine 4%.

Como outra alternativa, Grada aponta que “*ia tentar fazer Yoga*”, mas não teve muito êxito, porque não conseguia ir. Por isso, atualmente, faz uso dos dois medicamentos antidepressivos citados, sendo o primeiro da classe dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e o segundo destinado a acalmar e melhorar quadros mentais.

Embora alguns lugares tenham paralisado a maioria de suas atividades em razão da pandemia e do risco de contaminação pelo Coronavírus, em outros, foram mantidos os atendimentos com psicólogos, como assinala Lélia.

Entrevistadora: *Como tem sido feito a terapia nesse tempo? De forma virtual ou física?*

Lélia: *Física, com intervalos de tempo, seguindo as regras da OMS em relação a máscara e álcool gel e de distanciamento. Eu preferi física por que de alguma forma me faz sair. Não faço na cidade de Campina por condições financeiras, consegui atendimento na minha cidade natal onde são poucos casos. Aqui faço pelo SUS.*

Entrevistadora: *Mesmo antes da pandemia você saia de Campina para ir às consultas?*

Lélia: *Sim. Em Campina tentei atendimento pela Universidade, mas não conseguia. E as sessões particulares eram em torno de 100 reais, impossível pra mim na época. Você tinha que chegar muito cedo pra conseguir um horário às 10 da manhã, sem contar no problema de deslocamento, na universidade era mais um tipo de escuta solidária, somente em 3 sessões você seria encaminhado se apresentasse algum quadro clínico. Essa questão de deslocamento, horário,*

²⁴ Este medicamento é um antidepressivo da classe dos ISRS (Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina);

somado com o tempo sem dormir me fez desistir. Até eu começar a ter várias crises que começaram a me afetar muito e eu decidi procurar terapia novamente.

Ainda que tenha tentado os atendimentos psicológicos pela Universidade Federal de Campina Grande, vários fatores contribuíram para que Lélia não desse continuidade ao tratamento e a falta de recursos financeiros foi outro fator que fez com que Lélia não conseguisse fazer a terapia no particular. Soma-se a isso, a utilização de alguns medicamentos que foram receitados por um psiquiatra e a entrevistada também aponta para outras estratégias, como por exemplo, a prática de exercícios físicos.

Compreendemos que a falta de recursos financeiros pode impossibilitar a procura por auxílio médico para muitos sujeitos afetados por alguma psicopatologia, já que, às vezes, conseguir o atendimento de forma gratuita pode ser bastante demorado. À vista do exposto, é possível assinalar que a depressão pode gerar custos para o sujeito, seja em relação ao pagamento da terapia, seja em relação à compra dos medicamentos e entre outros. Como vimos, Lélia como não conseguiu os atendimentos gratuitamente e, desse modo, recorreu à sua cidade natal que fica próxima à Campina Grande para que pudesse ter as sessões de terapia de forma gratuita. Além disso, para Lélia a terapia como estratégia de enfrentamento da depressão é utilizada em consonância com o uso de medicamentos e com a prática de exercícios físicos, como pode ser observado abaixo.

Entrevistadora: *Atualmente, quais as estratégias que você utiliza para enfrentar a depressão?*

Lélia: *Exercício físico, tento terapia e voltei a tomar alguns remédios.*

Quando eu fiz o tratamento, essa primeira vez com 16 anos eu fiz terapia por três anos e aí tive alta, quando eu tive alta é... eu já não tinha mais ideiação suicida etc. e aí os medicamentos agora são administrados por mim, porque não tem mais essas recomendações.

Entrevistadora: *Você sente algum efeito negativo no medicamento de agora?*

Lélia: *Nesse momento, eu tô fazendo o “desmame” do clonazepam que eu uso pra dormir e tô sentindo várias alterações de humor.*

Entrevistadora: *Fora o medicamento para dormir quais outros medicamentos você utiliza? (nome)*

Lélia: *Sertralina e atualmente quetiapina. Pra retirar o clonazepam.*

Atualmente uso os três - intercalando até o desmame do clonazepam, no início era só o sertralina.

Lélia, no período em que ocorreu a entrevista, fazia uso de três medicamentos, respectivamente: o Sertralina, Quetiapina e o Clonazepam. O primeiro se apresenta como um

antidepressivo da classe dos Inibidores Seletivos de Receptação de Serotonina (ISRS), já o segundo é um antipsicótico e o último é pertencente à classe dos benzodiazepínicos.

Por meio das entrevistas, foi possível perceber que outras estratégias não medicamentosas também são acionadas pelos sujeitos. No caso de Ângela, o apoio da família e a fé se mostraram fundamentais para amenizar o seu estado depressivo. Na entrevista, Ângela diz:

***Ângela:** A gente tem que tentar controlar a ansiedade porque se não controla a ansiedade a depressão fica forte.*

***Entrevistadora:** Para finalizar, quais são as estratégias que a senhora utiliza para enfrentar a depressão?*

***Ângela:** Primeiramente Deus e os meus filhos, que são quatro filhos maravilhosos, eles me ajudam muito quando eu digo uma coisa quero colocar na minha cabeça eles tiram e vão falando coisas boas aí sim eu cheguei até aqui, graças a Deus, e tô recuperada para vista que eu era posso dizer que tô boa hoje. Vou falar uma coisa família em primeiro lugar se não tiver família a gente cai no fundo do poço e não sai nunca mais até depressão é isso.*

***Entrevistadora:** Que bom, Dona Ângela, que os seus filhos sempre a ajudam, família é fundamental, não é isso?*

***Ângela:** Família é sim. A primeira pessoa que falei dos meus problemas foi você, fora os meus filhos.*

Como podemos perceber por meio da resposta de Ângela e das outras entrevistas, elas atribuem o seu estado depressivo a diferentes fatores que aconteceram no passado distante e/ou que foram intensificados por circunstâncias mais recentes, no ambiente familiar ou no ambiente em que desenvolviam/desenvolvem atividades profissionais. A medicação, a terapia, os exercícios físicos e a família são algumas das estratégias utilizadas por nossas entrevistadas para amenizar/tratar suas afetações. Mas, a medicalização pode ser prejudicial quando utilizada de maneira indiscriminada podendo colocar o sujeito em situação de risco. No mais, a família e a espiritualidade no caso de Ângela operam enquanto fatores protetivos para o não agravamento da depressão. Por um lado, temos as várias narrativas envolvendo os conflitos familiares e por outro a família como importante suporte para o deprimido.

Além disso, os elementos de uma sociedade marcada pelo desempenho e pela cobrança/autocobrança perpassam as respostas de nossas entrevistas. Podemos então perceber a partir da fala dessas mulheres que há muitas depressões, muitas formas de sentir, expressar e tratar essa afetação tão presente em nossa sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão aparece em nossa sociedade de maneira recorrente, impactando diariamente milhões de pessoas ao redor do mundo. Esse fenômeno apresenta natureza psicológica, biológica e social. Contudo, o objetivo desse trabalho consistiu em analisar como a experiência da depressão é socialmente construída. Os questionamentos que nortearam a pesquisa foram: Por que na atualidade há um número tão expressivo de pessoas acometidas por alguma psicopatologia? Que circunstâncias sociais contribuem para que o indivíduo seja acometido pela depressão?

No primeiro capítulo, na tentativa de compreender a depressão, procuramos fazer uma contextualização histórica do seu antecedente familiar, a melancolia, afetação essa que assumiu diferentes explicações e teorias ao longo dos séculos e que aparece como ponto importante para a compreensão da depressão na atualidade. Nesse intento, atualmente a depressão e a melancolia aparecem por vezes, enquanto sinônimas ou ainda como sendo a mesma coisa, sem que os indivíduos apontem alguma diferenciação entre elas. Ainda, pudemos observar no início do nosso trabalho como a melancolia foi teorizada, estigmatizada e glamourizada. Ora, foi tratada como um pecado e em outro momento como uma condição necessária aos gênios.

Como vimos, a depressão só ganhou maior notoriedade a partir da crise econômica de 1929. E, foi por volta do século XIX e meados do século XX que os manuais (DSM) e a (CID) tiveram suas primeiras edições publicadas, se perpetuando até os dias atuais e a cada nova versão têm outras classificações introduzidas, possibilitando que mais sujeitos ao apresentar suas afetações acabem sendo inseridos em algum diagnóstico com base nas novas definições.

Concordando com Kehl (2009), também acreditamos que o aumento do número de diagnósticos acaba favorecendo o processo de medicalização da vida, ou seja, principalmente da indústria farmacêutica. Ademais, a banalização da medicalização acaba retirando dos sujeitos a possibilidade de experienciar certos acontecimentos, pois, em meio a essa dinâmica podemos observar um processo de patologização como, por exemplo, da tristeza. Com isso, determinados sujeitos acabam utilizando algum medicamento para poder não sentir e/ou experienciar o sofrimento, assim como, também, podem utilizar o medicamento para retomar sua funcionalidade frente à sociedade concorrencial, pautada pelos ideais de produtividade.

É na sociedade marcada pela autonomia, liquidez, liberdade de escolhas e mal-estar, conceitos esses empregados por Ehrenberg (2010) Bauman (1998) e Lipovetsky (2005) que podemos observar como esses medicamentos acabam contribuindo para que o indivíduo seja

novamente integrado à sociedade. Desse modo, a depressão é uma importante personagem e impulsionadora do sucesso da psiquiatria, como observamos nos capítulos da presente dissertação, pois muitas das vezes a medicalização surge enquanto única saída viável para que os sujeitos afetados por certas psicopatologias retomem a rotina e a dinâmica da vida social. Além disso, o depressivo em seu silêncio acaba denunciando a velocidade do nosso tempo em contrapartida a sua própria temporalidade, caracterizada pela sensação de “paralisia”.

É procurando apresentar mais elementos para a compreensão do fenômeno da depressão que ainda no primeiro capítulo refletimos como em meio a liberdade individual, as tomadas de decisões e a responsabilização, principalmente pelas “más” escolhas são fatores que podem gerar sentimento de frustração, quando o resultado atingido não é o esperado e conseqüentemente pode abalar o sujeito, levando-o a um adoecimento pela depressão. Com isso, as exigências de realização pessoal, a insegurança e a falta de referenciais sólidos para lidar com as diferentes circunstâncias possibilitam, como nos apontou Tavares (2010), para uma “vivência em desamparo”.

Já no segundo capítulo, procuramos acionar outras categorias, em que tivemos a preocupação em apresentar algumas considerações sobre *ser depressivo na sociedade do desempenho*. Desse modo, a partir das contribuições de Han (2017), Ehrenberg (2010) e Dunker (2021), pudemos refletir sobre como a sociedade do desempenho impacta a vida dos sujeitos, uma vez que a competitividade observada nessa sociedade gera uma autocobrança. Assim, “os empresários de si” por meio da autocoção, surgem como personagens desse cenário, portanto, a depressão é maximizada ou produzida devido à pressão do desempenho. Mas, como Han (2017) apontou, o depressivo seria, um “homem em pane”, esgotado de ser ele mesmo.

Nesse mesmo capítulo, analisamos como o sofrimento apesar de ser imanente a qualquer ser humano, este pode ser/é experienciado, cuidado e expressado de maneira distinta pelos sujeitos. Porém, um vocabulário médico é acionado por nossas interlocutoras para nomear suas afetações, desse modo, esse vocabulário vem ganhando espaço entre as mais diferentes pessoas, como pudemos observar no último capítulo desse trabalho quando nos dedicamos à análise dos dados obtidos por meio das entrevistas.

Para encerrar o segundo capítulo, procuramos apresentar os métodos e técnicas de nossa pesquisa, nele elucidamos os desafios de realizar entrevistas *onlines*. Contudo, apesar do aplicativo de mensagens *WhatsApp* ter se apresentado enquanto ferramenta de grande importância para o recolhimento dos dados, nós não conseguimos ter uma maior interação com as nossas interlocutoras, assim, a falta do contato face a face impossibilitou que pudessemos

observar os gestos e os desconfortos de nossas interlocutoras e conseqüentemente, de poder ofertar ouvidos atentos e compreensivos para as mulheres entrevistadas, principalmente porque algumas entrevistas foram realizadas apenas por trocas de mensagens de texto.

Avançando no nosso trabalho, dedicamos todo um capítulo para a análise das nossas entrevistas, nesse sentido, procuramos apresentar o processo de diagnóstico dessas mulheres, resgatando as particularidades de cada entrevista e as estratégias que elas utilizam para lidar com a afetação. Com isso, podemos perceber como: i- as mulheres procuram nomear suas afetações, principalmente aquelas que não possuem o diagnóstico formal da depressão; ii- as oito (8) mulheres acionam palavras de um vocabulário médico e/ou que estão nos manuais de diagnósticos para falar sobre a depressão; iii- o sujeito deprimido está em grande sofrimento; iv- as mulheres afetadas pela depressão voltam suas explicações para o surgimento do seu mal-estar para acontecimentos do passado; v- nas respostas apresentadas por nossas entrevistadas observamos como o sofrimento pode ser desencadeado e/ou maximizado por conflitos familiares, perdas de pessoas próximas, violências, *bullying*, autocobranças, desemprego, entre outros; vi- muitas das mulheres apresentam outros transtornos, como o TPB, o Transtorno Bipolar e principalmente o Transtorno de Ansiedade Generalizada; vii- a maioria delas faz uso de um ou mais medicamentos, sendo a Djamila a única que se automedicaliza e Ângela não faz uso de nenhum medicamento; viii- as mulheres nos informam como a pandemia do Covid-19 maximizou o seu sofrimento; e ix- cada mulher experiencia e expressa suas afetações de maneiras distintas.

Por fim, compreendemos que de fato a palavra depressão é um nome demasiado pequeno para a diversidade de explicações e expressões que os sujeitos afetados apresentam. Mesmo que os manuais de diagnósticos, como bem observamos, apresente várias tipologias sobre essa afetação, isso não é suficiente para representar a dimensão desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Fabiana de Oliveira. *et al.* Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH** [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 233-243. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013. Acesso em: 12 jul. 2021.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.
- BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido**: sobre as fragilidades dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2004.
- BAUMAN, Zygmunt. **Vida para o consumo**: a transformação das pessoas em mercadorias. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.
- BAUDRILLARD, Jean. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BIRMAN, Joel. **O mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DUNKER, Christian. **Reinvenção da intimidade**: políticas do sofrimento cotidiano. São Paulo: Ubu editora, 2017.
- DUNKER, Christian. **Uma biografia da depressão**. São Paulo: Planeta, 2021.
- DUNKER, Christian. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.
- DUNKER, Christian. A hipótese depressiva. In: **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- EHRENBERG, Alain. **O culto da performance**: da Aventura empreendedora à depressão nervosa. São Paulo: Ideias et Letras, 2010.
- FÉDIDA, Pierre. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na cultura**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: L&PM, 2010.
- FOCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- FOCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2013.

GAULEJAC, Vicent de. **Gestão como doença social**. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

GRISSOTTI, Marcia. Pandemia de covid-19: agenda de pesquisas em contexto de incertezas e contribuições das ciências sociais. **Physis**, v. 30, nº 02, Florianópolis. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gXqWRN4wMcLYpVgC7SnMqyL/?lang=pt&format=pdf> . Acesso: 20 jun. 2021.

HAN, Byung-Chul. **A sociedade do cansaço**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

LASH, Christopher. **A cultura do narcisismo**: a vida americana numa era de esperanças e declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade da depressão. São Paulo: Boitempo, 2009.

LAURENT, Éric. **A sociedade do sintoma**: a psicanálise hoje. Rio de Janeiro, 2007.

LEONARDI, Jan Luiz; ZEGGIO, Larissa. **A depressão como fenômeno cultural da sociedade pós-moderna**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://gedacmt.files.wordpress.com/2018/09/a-depressc3a3o-como-fenc3b4meno-cultural-na-sociedade-pc3b3s-moderna-nico-leonardi-zeggio-2016.pdf> . Acesso: 22 ago. 2020.

LE BRETON, David. **Desaparecer de si**: uma tentação contemporânea. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

LIPOVETSKY, Gilles. **Da leveza**: rumo a uma civilização sem peso. São Paulo: Manole, 2016.

LIPOVETSKY, Gilles. **A sociedade da decepção**. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio**: ensaios sobre o individualismo contemporâneo. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

MACHADO, Letícia Vier; FERREIRA, Rodrigo Ramires. **A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemia de depressão”**: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, jan./mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext [HYPERLINK "https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015"&](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015) [HYPERLINK "https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015"](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015). Acesso: 15 ago. 2020.

MARX, Karl. **O capital**. Coimbra: Centelha, 1974.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32. 1999.

OLIVEIRA, Vanilda Maria de. **Curar a própria história**: uma análise sociológica da terapêutica da depressão. Brasília: Universidade de Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20627>.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

SAFLATE, Vladimir. **O circuito dos afetos**: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

SCHMIDT, Beatriz. et al. Saúde Mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia** (Campinas), 37, e200063, Campinas. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt>. Acesso: 20 mai. 2021.

SILVA, Gessyelle Catarine. **Entre viver e morrer**: análises das configurações suicidas na Paraíba. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Campina Grande, 2018.

SIMMEL, Georg. **A metrópole e a vida mental**. Press, Glencoe, Illinois, 1950. Disponível em: [file:///C:/Users/gessy/Downloads/o+fenomeno+urbano++a+metropole++a+vida+mental%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gessy/Downloads/o+fenomeno+urbano++a+metropole++a+vida+mental%20(1).pdf) . acesso: 30 jan. 2020.

SOUZA, Gleiciane Silva Vieira. **Novas configurações na individualidade contemporânea**: significados e causa da depressão na narrativa de sofrimento de mulheres das camadas médias e populares na cidade do Recife. (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Pernambuco, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/27637/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Gleiciane%20Silva%20Vieira%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SOUZA, Gleiciane Silva Vieira; FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Depressão, individualismo e cultura: uma análise sob o prisma da sociologia das emoções**. Disponível em: <http://sociologia-alas.org/acta/2015/GT-26/Depress%C3%A3o%20individualismo%20e%20cultura%20uma%20an%C3%A1lise%20sob%20o%20prisma%20da%20sociologia%20das%20emo%C3%A7%C3%B5es.doc>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio dia**: uma anatomia da depressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

STAROBINSKI, Jean. **A tinta da melancolia**: uma história cultural da tristeza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo**: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/j42t3/pdf/tavares-9788579831003.pdf> Acesso em: 24 mai. 2019.

THELVEZ, Tássia. **A influência da temporalidade e da narrativa no sofrimento do sujeito contemporâneo**: um olhar sobre a depressão. (Trabalho de Conclusão de Curso). 53 f. IJUÍ, 2015. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/3395/T%C3%A1ssia%20Theves%20-%20TCC.pdf?sequence=1> **HYPERLINK**

["https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/3395/T%C3%A1sia%20Theves%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y"](https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/3395/T%C3%A1sia%20Theves%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y) & HYPERLINK
["https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/3395/T%C3%A1sia%20Theves%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y"](https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/3395/T%C3%A1sia%20Theves%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y) acesso: 25 abr. 2020.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto**. Campinas, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/gessy/OneDrive/Imagens/10977-Texto%20do%20artigo-18568-2-10-20200217.pdf>. Acesso: 10 out. 2020.

WOLPERT, Lewis. **Tristeza Maligna**: a anatomia da depressão. São Paulo: 2003.

ANEXOS

ANEXO 1- TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- T.C.L.E

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Liquidez e Mal-estar na Contemporaneidade: um olhar sobre a depressão” e está sendo desenvolvida por Gessyelle Catarine da Silva (gessyellecatarine@gmail.com), mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande e com a orientação do Professor Doutor do departamento de Ciências Sociais Vanderlan Silva (vanderlansilva@uol.com.br).

Acreditamos que nossa pesquisa pode contribuir tanto para o curso de Ciências Sociais em geral quanto para outros cursos, com ponto de vista não médico a respeito da depressão, contribuindo além de tudo com novos conhecimentos sobre o tema para toda a comunidade acadêmica e não acadêmica. Os objetivos propostos do estudo consistem em 1-analisar como a experiência da depressão é socialmente construída 2-Identificar quais circunstâncias sociais levam os indivíduos a serem afetados pela depressão 3-Entender como tem sido realizado o diagnóstico da depressão 4-Compreender como a pandemia do covid-19 tem maximizado o sofrimento causado pela depressão, 5- Identificar quais estratégias são utilizadas pelos indivíduos para o enfrentamento da depressão;

Nesse sentido, solicitamos sua colaboração para a entrevista que terá o tempo médio de 20 minutos, podendo se estender de acordo com as situações necessárias em particular, pedimos também com sua autorização para apresentar os resultados obtidos nesse estudo, tanto na dissertação, quanto em eventos posteriores como congressos e publicações de artigos em revistas acadêmicas nacionais e/ou internacionais. Esclarecemos que por ocasião de futuras publicações de resultados, o seu nome será mantido em total sigilo, não sendo revelado em nenhuma circunstância.

Nesse intento, sua participação é fundamental para o encaminhamento da pesquisa. Esclarecemos também que sua participação é voluntária e, nesse caso, o senhor (a) não é de forma alguma obrigado (a) a fornecer informações que foram solicitadas por Gessyelle Catarine da Silva. Assim, caso decida não participar da entrevista ou até mesmo desistir ao longo da mesma isso não acarretará em nenhum dano. A pesquisadora se coloca à disposição para o esclarecimento de qualquer questão que o senhor/a considere necessário sobre esta pesquisa.

Pesquisador (a) responsável

Diante do exposto e considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo em questão, tais como em relação a minha participação além dos procedimentos e desconfortos provenientes desta pesquisa, declaro o meu total consentimento em participar das entrevistas, assim como concordo que os dados coletados por Gessyelle Catarine da Silva sejam utilizados para fins científicos. Reitero que estou ciente e que receberei uma via desse documento.

Assinatura do (a) participante

ANEXO 2- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

- 1- Há quanto tempo você foi diagnosticada com depressão? (Ou se considera depressiva?)
- 2- Como foi feito o diagnóstico da depressão? Você lembra quais critérios o médico (Psicólogo/ Psicanalista ou outro) utilizou?
- 3- Para quem não tem o diagnóstico formal: Como você chegou à conclusão de ser uma pessoa depressiva? Procurou em sites, revistas e/ou afins quais os sintomas da depressão? Quais critérios você utilizou?
- 4- Como você define a depressão?
- 5- Para você a depressão difere do sentimento de tristeza? Como? Em que medida?
- 6- Ainda sobre o ponto anterior qual sentimento estaria mais próximo no sentido de sentir a depressão? (tristeza, angústia, medo, solidão, etc)
- 7- Você se recorda de alguma circunstância (circunstâncias) que levou você a ser afetada/o pela depressão?
- 8- Você acredita que existem fatores sociais que de alguma maneira influenciam o indivíduo a ser afetado pela depressão? Quais seriam?
- 9- E no seu caso, qual foi/foram?
- 10- Na pandemia, a depressão aumentou?
- 11- Como a pandemia aumentou (tem maximizado) os sintomas da depressão? (noticiais, isolamento, redobramento da higienização do ambiente doméstico tem influenciado em seu estado depressivo?)
- 12- Quais as maiores dificuldades que você tem enfrentado nesse período?
- 13- Caso faça acompanhamento com algum profissional. Como tem sido esse acompanhamento?
- 14- Você acredita que a sua depressão se incluiria uma forma mais severa, moderada ou leve? Poderia explicar um pouco mais sobre?
- 15- Você se considera uma pessoa ansiosa?
- 16- E como a ansiedade potencializa os sintomas da depressão?
- 17- Como a depressão tem afetado sua relação com outras pessoas?
- 18- Como a depressão tem modificado sua forma de se organizar no dia a dia? No seu trabalho? Nos estudos?
- 19- Na sua opinião, por que algumas pessoas são afetadas pela depressão enquanto outras não?
- 20- Você tem lembranças de como era antes de ser afetada pela depressão? Se sim, o que mudou?
- 21- Quais estratégias você tem utilizado para amenizar a depressão?
- 22- Sobre a pergunta anterior:
- 23- Se for medicamento, quais seriam _____?
- 24- Você percebe algum efeito negativo do medicamento?
- 25- Se sim, qual _____?
- 26- Como o medicamento tem ajudado você a enfrentar a depressão?
- 27- Fora a utilização de medicamentos você costuma utilizar outros meios para amenizar os sintomas da depressão?

ANEXO 3- IMAGEM ENVIADA POR DJAMILA PELO APLICATIVO DE MENSAGENS WHATSAPP EM 13/07/2020 PARA MOSTRAR O NOME DO MEDICAMENTO QUE ESTAVA UTILIZANDO.

