

O discurso da ciência e as percepções de profissionais de saúde acerca da depressão no contexto das transformações socio-ambientais e culturais contemporâneas¹

Sônia Regina da Cal Seixas Barbosa

Doutora em Ciências Sociais (UNICAMP, 1996); Professora Doutorado Ambiente & Sociedade - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) - Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais (NEPAM) - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais (NEPAM).

Endereço para correspondência: Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais (Nepam) - Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Rua dos Flamboyants, 155, Cidade Universitária - Campinas - São Paulo - Brasil; Caixa Postal: 6166 - CEP: 13 081-970; Fone/fax: +55(19) 3521 7690; srcal@unicamp.br

Recebido em 05/2008. Aceito em 06/2008.

1. Introdução

O objetivo primordial desse artigo é realizar uma reflexão sobre depressão no contexto contemporâneo, que permita entender sua produção social e histórica, através do discurso da ciência e das representações sociais de profissionais de saúde, de diferentes saberes, visando à construção de um outro olhar sobre o tema. Os limites e dificuldades inerentes a esse objetivo estarão sendo considerados. O ponto de partida é o reconhecimento da depressão enquanto um objeto de análise complexo, e ao mesmo tempo, da presença de um conjunto de teorias fortemente estabelecidas, que procuram considerar a depressão, primordialmente, como uma questão, exclusivamente, médica.

Assim, o fio condutor que orienta essa discussão, reside no reconhecimento da depressão enquanto um sintoma social, que procura expressar os condicionantes e as dificuldades do viver na sociedade atual. Sociedade essa plena de complexidade e de profundas transformações socio-ambientais e culturais, que tem alterado significativamente o modo como os seres humanos estabelecem hoje sua relação com a natureza.

Vale ressaltar ainda que, essas reflexões possuem suporte empírico, através de pesquisas que têm sido desenvolvidas pela autora (BARBOSA 2004, 2005 e 2006, dentre as mais recentes), em alguns municípios dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil, onde a presença da depressão tem se manifestado de forma

expressiva, sendo que as entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde dos municípios de: Niterói (Rio de Janeiro); Paulínia; Ilhabela; Campinas, e São Paulo (São Paulo), por pertencerem ao cenário onde as pesquisas foram realizadas.

2. O discurso da ciência sobre a depressão num contexto de transformações socio-ambientais e culturais

Existe grande polêmica envolvendo o significado da depressão, gerando muitas vezes conflito na abordagem, na compreensão e definições, e conseqüentemente, no auxílio ao sujeito em seu sofrimento. Conflito esse que já é examinado de longa data, a partir do reconhecimento da dificuldade existente no diálogo entre os dois paradigmas preponderantes na área de saúde mental: psiquiatria e psicanálise (VIOLANTE, 2002).

Contudo, como a depressão tem se tornado importante referência na contemporaneidade, em função de se observar hoje um expressivo e crescente quadro de diagnósticos, e o aumento de investimento científico e de recursos materiais e humanos, para se entender essa morbidade, acredita-se que tenha ultrapassado o sentido de uma patologia com causas eminentemente biológicas, na medida em que tem extrapolado de forma significativa às fronteiras do conhecimento psiquiátrico. Assim, na medida em que extrapola esse referencial, podem-se formular algumas questões: o que a depressão está querendo representar? E, em seu sentido mais amplo, pode ser tomada como uma referência enquanto questão social?

Considera-se como possível resposta a essas questões que a depressão é uma expressão metafórica da problemática social contemporânea. E nesse sentido, sua compreensão extrapola análise eminentemente médica, mas procura inseri-la na sua própria complexidade, ou seja, seus aspectos sociais, culturais, e ambientais. Assim, disciplinas da área das Ciências Humanas: Sociologia, Antropologia, Filosofia e Psicanálise, podem oferecer muitas contribuições para a compreensão dessa morbidade, com elementos fundamentais que permitirão um avanço teórico em dimensões como das relações homem e natureza e transformações socio-ambientais e culturais recentes, e que ultrapassam as abordagens exclusivamente biológicas, que são em certa medida preponderantes e que se impõe à saúde mental.

Essa perspectiva não é recente, pois autores como Durkheim (1979), Simmel (1979), e Weber (2004), permitem a partir de suas análises sobre a sociedade capitalista moderna compreender a relação existente entre racionalidade, trabalho, anomia, desencantamento do mundo, para usar apenas alguns dos seus

conceitos, e a capacidade do homem moderno viver na sociedade, com tudo que isso significa.

E, mais ainda, não se pode desconsiderar outro tributo das Ciências Humanas, quando se consideram as contribuições pioneiras de Freud (1997, 1999, dentre algumas) e Lacan (1998, 2003), mesmo tendo em conta que partiram da referência da Psiquiatria, mas incorporaram outras categorias analíticas importantes. Mesmo reconhecendo que Freud não priorizou o papel dos fatores sócio-econômicos, depositando nos fatores sexuais a importância para as doenças mentais, no entanto, não se pode esquecer que a Psicanálise nos fornece uma história, onde todo o destino do homem é definitivamente selado durante os primeiros anos de sua infância. Isso pode conduzir, equivocadamente, a subestimar os fatores sociais e sua influência no curso da vida, mas efetivamente, permite apontar para o reconhecimento da continuidade de acontecimentos individuais e contingentes.

Se no início do século XX a Sociologia e a Psicanálise, apresentavam pontos de convergência para refletir sobre o sofrimento psíquico, percebe-se que posteriormente, principalmente a partir dos anos 1950, essas duas disciplinas foram se distanciando, autorizando a Sociologia a deixar de oferecer uma contribuição significativa a essa temática, e permitindo à saúde mental tornar-se objeto quase que exclusivo do paradigma médico, ou mais objetivamente da Psiquiatria moderna, estabelecendo menos um diálogo e mais um conflito de abordagem.

Assim, o fenômeno da depressão está atrelado, primordialmente, à abordagem Psiquiátrica, excluindo outras possibilidades analíticas que, em última instância, refletem na atuação e conduta dos profissionais de saúde para com o paciente depressivo. Considerações de ordem socio-ambiental e cultural têm pouco espaço de contribuição, postergando as análises Psicanalíticas, e mesmo Sociológicas para um lugar pouco valorizado. De forma concreta, esse conflito de abordagens resulta nos procedimentos que são oferecidos ao paciente, que aparentemente pode representar um aspecto secundário, e na realidade tem uma repercussão sem precedentes na história do paciente, e nos encaminhamentos de seu tratamento.

Em relação à abordagem Psiquiátrica pode-se afirmar que existe uma gama de possibilidades diagnósticas nesta área, e que tem se alterado historicamente. As diferentes abordagens diagnósticas realizadas pelos psiquiatras, são orientadas e sistematizadas pelo manual da Associação Mundial de Psiquiatria - DSM IV -, em vigor nesta versão desde 1994, e que fornece subsídios empíricos e teóricos para a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, da Organização Mundial de Saúde. Já os psicanalistas, mesmo aqueles oriundos de formação na área médica, evitam

diagnosticar um paciente, porque sua referência está centrada no *sujeito* que sofre e, conseqüentemente, no discurso do *sujeito* que sofre.

Tomando-se como exemplo a descrição nosográfica apresentada pelo CID-10 para episódio depressivo leve, tem-se que é possível *sistematizar* e *classificar* uma infinidade de sujeitos como deprimidos, apenas pelo conjunto dos sintomas. E, é muito provável, que esse tipo de abordagem da psiquiatria, que se estende à clínica médica de maneira indistinta, esteja ocorrendo. Até porque esses sintomas estão associados a inúmeros tipos de desconforto existencial, estando presentes nos discursos e nas queixas de vários pacientes dos serviços de saúde do Brasil (BARBOSA, 1996; 1999).

A questão decorrente é de que maneira a subjetividade pode ser compreendida, sem necessariamente ser diagnosticada e conseqüentemente *medicalizada*? Será que a única saída para o sujeito contemporâneo lidar com a complexidade social é expressar-se através de uma patologia?

Do ponto de vista da diferenciação entre o campo da psiquiatria biológica e a psicanálise com abordagem lacaniana, uma das mais prevalentes no Brasil, e que chama atenção é que apesar de a depressão ser oriunda da psiquiatria biológica, não se constitui enquanto uma entidade clínica para a psicanálise, pois que é considerada, dentre diferentes abordagens como uma *posição do sujeito* (DIAS, 2004: 9).

Com isso fica evidente que duas vertentes estão implicadas: de um lado, a necessidade de situar a noção de sujeito, de forma a poder apresentar a questão da depressão através das leis de funcionamento do inconsciente; por outro lado, à necessidade de se situar a presença de episódios depressivos nos diferentes estados clínicos da neurose (histérica, obsessiva e fóbica) (Dias 2004: 9). O sujeito deprimido essencialmente é um sujeito derrotado, silencioso e cabisbaixo: *aquele que cai antes da queda* (DIAS, 2003).

E, nesse sentido, vale destacar como ressaltam alguns psicanalistas de abordagem lacaniana que a psicanálise em nenhum momento se comprometeu com uma nosografia definida. No entanto, quando Freud retoma aos quadros clínicos da psiquiatria de sua época, utiliza-os como ponto de partida de um trajeto, em que buscou compreendê-los no contexto de uma investigação, voltada para as engrenagens do aparelho psíquico. (DELOUYA, 2001). Assim, reforça Delouya, a psicanálise demonstra mais afinidade com a postura do cientista, que utiliza a patologia como ponto de partida para elucidar os mecanismos que, por sua vez, irão questionar a relação exclusiva da morbidade como uma problemática circunscrita à vida biológica. Fica evidente desta maneira, que a depressão não pode ser compreendida, exclusivamente, do ponto de vista nosográfico e biológico.

No entanto, com o predomínio do paradigma da psiquiatria biológica diversas outras formas de sofrimento psíquico, estão sendo diagnosticados e medicalizados como depressão. Essa constatação permite afirmar que no século XXI a depressão assumiu e, assumirá cada vez mais, um caráter importante, muito provavelmente em função da sofisticação das possibilidades diagnósticas. A consolidação da depressão como categoria da nosografia psiquiátrica evidencia uma tomada de posição, que está relacionada a uma origem ideológica: *Hoje, tudo é depressão. E se tudo é depressão, a depressão não é nada* (BOULGUESE, 2003: 191).

Assim, pode-se reconhecer que a depressão assumiu essa característica importante, em função de sua *íntima ligação com os pilares da vida social* (DIAS, 2003:84). O sistema econômico atual, sobretudo, qualifica-se por uma economia livre, marcada por ritmos ciclotímicos e, conseqüentemente, por mudanças nas ofertas do mercado de trabalho. Essas oscilações que marcam a posição dos sujeitos e as suas várias perdas de lugar, em todos os sentidos (perda da moradia, perda do emprego, migrações, perdas afetivas, impossibilidade de manutenção de relações duradouras, já que a contemporaneidade é marcada pela efemeridade), acabam por estruturar uma modalidade de vida social, onde a depressão torna-se solidária ao avanço da sociedade capitalista, com todas suas transformações e riscos impostos pela modernidade.

O sujeito na posição depressiva se afasta das imposições promovidas pela acumulação do capital, ou seja, vive a experiência da *queda como sinônimo da falência* (DIAS, 2003). E mais, pode se apresentar na clínica psicanalítica ou na psiquiatria, através da construção de uma nova *identidade: um sujeito deprimido*, que solicita procedimentos clínicos e medicamentosos para *seu mal*, que está ancorado em suas reações físicas, psíquicas e emocionais, ocasionando sérios prejuízos para sua vida profissional e afetiva (BOULGUESE, 2003).

Assim, pensar a depressão sob a dimensão do aporte psicanalítico requer considerar a questão da cultura, pois não só essa consideração auxilia a evidenciar o sofrimento psíquico, mas os estudos interculturais podem contribuir, sobremaneira, para elucidá-los e, predominantemente, colaborar para distinguir o que é normal do que é anormal, já que diferentes grupos sociais percebem, vivem, e expressam seus transtornos, também, de formas diferenciadas (KLEINMAN, 1985; WOLPERT, 2003). Por outro lado, a cultura permitirá também, evidenciar de forma diferenciada, os riscos sociais ao qual cada grupo social está submetido, e, a maneira como cada um deles internaliza esses mesmos riscos, expressando seu sofrimento, e a maneira como se organizam para lidar e superar suas dificuldades, enquanto indivíduo e sujeito social.

Interessante que é possível considerar também que a depressão possui um valor e pertence à esfera da psicopatologia, e mesmo que seja severa e incapacitante,

demonstra que para os indivíduos saudáveis é passageira, não importa o quanto tempo dure uma crise; e por ser um fenômeno comum e quase universal, relacionada ao luto, a capacidade de sentir culpa e ao processo de maturação, indica a força do ego e, permite, ao indivíduo ao sair da crise, tornar-se mais capacitado para a vida (WINNICOTT, 1999). Não esquecendo, no entanto, que um indivíduo deprimido, em estado severo, pode colocar em risco sua vida (STAHL, 2003: 2-7).

É possível reconhecer também que se existe uma doença do ser humano, *e/la seria por definição, a depressão* (FÉDIDA, 2002: 12), sobretudo porque sua forma de expressão se dá por uma sensação de imobilização, um impedimento de se sentir o menor movimento da vida, quer sejam interno ou externo. Na verdade, aposta o autor, significa uma total abolição de qualquer devaneio ou desejo, ou como se pensamentos, ações e linguagem fossem totalmente dominados por uma violência do vazio. Esse *vazio*, diz respeito à impossibilidade de se fazer ouvir, primeiro por si próprio e depois pelo outro. Mas, também o vazio é uma metáfora, já que representa a hipótese do isolamento, da privação sensorial, como medida de conservação de si, em estado de perigo (FÉDIDA, 1999).

Na realidade, para o autor o *vazio* presente de forma inexorável na depressão, precisa ser objeto de escuta do psicanalista, já que assume valor de um fenômeno pela frequência com que está presente nas descrições dos pacientes deprimidos. Já que a psicanálise é o conhecimento da fala e de seus significantes, e não do corpo, poderá representar a necessidade de um tempo de espera que dê sentido a existência, portanto o vazio não é a morte, mas um ponto de apoio para cura.

No entanto, esses aspectos acabam por se constituir num paradoxo, porque ao mesmo tempo, em que a depressão se apresenta com significados importantes para evidenciar o sofrimento humano, também está sendo banalizada e generalizada. Mesmo considerando os inúmeros avanços que a psiquiatria tem oferecido nas últimas décadas, com especial destaque para a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005), não se pode desconsiderar que, predominantemente, não tem tempo e, talvez, interesse, para observar e escutar o paciente, reduzindo a depressão a uma questão da realização de um preciso e competente diagnóstico e da prescrição de antidepressivos. Embora não menosprezando a importância desses procedimentos, não se pode permanecer na exclusividade dos mesmos, pois exclui a possibilidade de reconhecimento do *sujeito* que sofre e conseqüentemente de seu aniquilamento psíquico (FÉDIDA, 2002).

O que pode apontar a leitura Psicanalítica, principalmente aquela de vertente lacaniana? Pode indicar um caminho para se refletir sobre o significado da depressão nos dias atuais, permitindo que se possa considerar seu caráter de pandemia, muito provavelmente em função da sofisticação da ciência que se

traduz em requintadas possibilidades diagnósticas no desenvolvimento das concepções bioquímicas, e da gama de medicamentos ao dispor da medicina psiquiátrica atual. Assim, o discurso do paradigma preponderante, que representa uma corrente poderosa na ciência atual, é que o entendimento, e conseqüentemente, a cura da depressão depende, exclusivamente, da capacidade de aumentar a quantidade de neurotransmissores no cérebro, em especial a serotonina e a noradrenalina, o que exclui qualquer outra abordagem que não a bioquímica (SOLOMON, 2002; WOLPERT, 2003).

O preocupante é que a abordagem medicamentosa pode muitas vezes estar, de fato, associada a uma construção ideológica, na medida em que, coloca o indivíduo depressivo em um nível que o mantenha ao mesmo tempo produtivo e adaptado (BOULGUESE, 2003). Contudo não se pode desconsiderar a importância dessa prática, na medida em que a observação empírica e as várias entrevistas com profissionais de saúde indicaram que é extremamente perigoso não medicar um paciente com depressão severa, mas, também, é um risco exclusivamente medicá-los, sem ocorrer *escuta* ao sujeito deprimido.

Nesse sentido, existe uma crítica contundente que aponta a irrelevância de investigações biológicas, na medida em que a busca da evidência da ação, de hipotéticos desvios dos mecanismos bioquímicos, não está vinculado metodologicamente aos diagnósticos. E mais, para a psiquiatria, os procedimentos de acompanhamento dos pacientes estão, em sua maioria, calcados na objetividade de um protocolo, onde o paciente é instigado a responder sobre suas condições de sono, alimentação, convívio familiar, atividades sexuais, dentre outras, ou seja, a frequência ou forma de manifestação de cada uma dessas categorias, sem averiguar o *sujeito*, que é detentor de um saber próprio sobre cada um desses eventos, e, principalmente, de sua capacidade de interagir com cada uma dessas situações (DELOUYA, 2001: 27).

Considerando a premissa que embasa o contexto de construção da depressão como um sintoma social, afirma-se que o viver social e a dificuldade de contribuir para a construção de um projeto de sociedade, podem ocasionar impasses para o indivíduo, que muitas vezes não sabe como responder a essa demanda. O ser humano cria mecanismos diferenciados para lidar e expressar sua angústia existencial, sua dor, ou as dificuldades e as agruras de lidar com a vida cotidiana, as transformações sociais, ambientais e culturais do mundo contemporâneo que perpassam a subjetividade humana.

Os desafios que essas colocações impõem, não estão restritos, exclusivamente, à área da saúde, mas pertencem à sociedade como um todo, exigindo uma reflexão mais ampliada sobre o que ela busca representar. Nesse sentido, não se pode perder a orientação psicanalítica que ensina que a singularidade do sintoma, o

tornará particular. Tanto o sujeito quanto seu sintoma, se apresentam de forma própria, e, é nesse sentido que o sintoma tem algo de real, pois nenhum é igual ao outro. Com isso, é possível afirmar que essa singularidade torna o sintoma rebelde, inquieto e significativo (GALVÃO, 2002).

Assim, a depressão pode ser entendida enquanto um sintoma, no sentido do que nos aponta Kaufmann (1996) e nos reforça Galvão (2002). Por conseguinte, acredita-se que a depressão no contexto contemporâneo é resultado de uma produção histórica, social e culturalmente demarcada, que, estará associada em sua forma de expressão às condições pessoais do sujeito. Constituindo-se na *doença* do sujeito contemporâneo. Sujeito sem história, sujeito violentado, que vai perdendo suas raízes, que vive submetido a um trabalho cada vez mais desqualificado, e que não permite promover e nem construir mais sua identidade e, que necessita estabelecer outras formas de relações sociais e ambientais.

De modo que, sem raízes, sem sustentáculo familiar, sem tradição e, impotente frente à realidade cotidiana, ele não mais é o *histérico*, no sentido do movimento, no sentido da expressão que a linguagem histérica promove, uma fala entrecortada por interrogações e demonstrações para o *outro* (pseudoparalisias, dores difusas, sensações corpóreas mal definidas, dentre algumas), mas sim voltado para si mesmo, para o seu íntimo, para sua queda. A depressão é assim compreendida como uma fala, uma *fala* silenciosa, em contrapartida a *fala* ruidosa da histeria, ou seja, a metáfora da fala, diga-se de passagem, de alguém que se cala para evitar qualquer tipo de conflito, ou para não ter que se ver com o seu conflito íntimo.

Por outro lado, com a psiquiatria aprende-se que a depressão não é considerada *apenas* um sintoma, mas sim uma morbidade, e que em função disso precisa ser tratada e curada, e, para tal deve ser colocado à disposição do paciente todo o arsenal medicamentoso de última geração (STAHL, 2003), já que todo o investimento da ciência médica e farmacológica nos últimos anos tem permitido um avanço significativo para entender a nosografia própria à depressão, e as mais oportunas condutas para tal fim. No entanto, o que se tem observado é que apesar de todo esse investimento a depressão tem aumentado e se multiplicado enquanto *expressão sintomática*, evidenciando que muitos pacientes não respondem de forma concreta, exclusivamente, aos tratamentos medicamentosos.

Desta forma, a psiquiatria vinculada à hipótese dos sintomas depressivos estarem relacionados exclusivamente às alterações dos neurotransmissores, credita na ação sobre os mesmos, a única maneira de debelar os sintomas, com isso o sujeito, detentor de história, cultura e inserção social fica excluído. Para a psicanálise, o sujeito é constituído em relação a um outro, de quem depende para

sua subsistência, dependência essa intermediada pela linguagem. A linguagem pressupõe a bagagem histórica, e cultural do sujeito, ou seja, a sua presença por inteiro no processo e na reatualização de seus sintomas (LEITE, 2002).

Nesse sentido, não cabe definir os sujeitos através de seus sintomas, mas é oportuno questionar por que os sujeitos deprimem (BOULGUESE, 2003). E mais ainda, não cabe desconsiderar a importância dos fármacos, na condução (e *controle*) das condutas dos sujeitos (depressivos), e da sociedade contemporânea, mas sim refletir sobre a reatualização de sua verdadeira função no tratamento de *doenças*.

Como o sujeito, na modernidade, é fruto de uma série de referências e passa a construir o seu discurso a partir das mesmas, é importante acrescentar que o mundo atual promove uma transformação sem precedentes na subjetividade, e é nesse sentido que será possível entender melhor a sociedade contemporânea, se a complexidade social atual for considerada, e permita explorar a importância de rediscutir e encontrar outras formas possíveis de organização e relacionamentos sociais, viáveis para a coletividade, e para a captação da tensão entre o plano e anseios coletivos e a vivência individual, na construção do sujeito contemporâneo (DOMINGUES, 2001). É evidente que não será possível pensar em problemas socio-ambientais de sociedades complexas, e em suas soluções, caso não se reconheça à importância da articulação entre o indivíduo e a sociedade. Sendo esse o maior desafio que se coloca.

Desta maneira, a depressão, está sendo compreendida como a grande metáfora da sociedade contemporânea, fruto de uma complexidade que se fragmenta em vários aspectos, e acaba por tornar-se pouco articulada politicamente, permitindo a utilização da expressão *sociedade depressiva* como um sinônimo (ROUDINESCO, 2000).

3. As percepções dos profissionais de saúde sobre a depressão

Considera-se fundamental, para o entendimento da depressão, compreender as representações sociais que profissionais de saúde possuem sobre o tema. Desta forma, visando captá-las, mesmo que em parte, optou-se entrevistar treze profissionais de saúde (oito homens e cinco mulheres), diretamente ligados ao tema da depressão. Esses profissionais foram escolhidos no contexto de três pesquisas realizadas em cinco municípios dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. (BARBOSA, 2004, 2005 e 2006). A escolha e agrupamento desses profissionais ocorreu em dois planos distintos e complementares. No primeiro estão inseridos profissionais de serviços públicos das localidades pesquisadas, que estão diretamente envolvidos no atendimento aos pacientes com depressão, e que foram

objeto das pesquisas referidas e que possuem como objetivo primordial analisar o entendimento da relação qualidade de vida, transformações socio-ambientais e subjetividade, através do recorte da depressão. Nesse grupo foram entrevistados profissionais de saúde dos municípios de Niterói, estado do Rio de Janeiro; Paulínia e Ilhabela, no estado de São Paulo. E fazem parte desse grupo seis profissionais de saúde, sendo um clínico, dois sanitaristas, dois psicólogos e um psiquiatra, sendo quatro mulheres e dois homens.

No segundo plano estão agrupados profissionais de saúde que foram escolhidos em função de terem realizado pesquisas acadêmicas sobre o tema da depressão, ou terem vínculos com associações psicanalíticas, especialmente de vertente lacaniana, e uma preocupação com o tema da depressão atestadas pela elaboração de artigos publicados em periódicos especializados. Essa escolha se deu através da literatura pertinente, da indicação de outros profissionais ou de contatos anteriormente estabelecidos. Basicamente nos municípios de Niterói, no estado do Rio de Janeiro; Campinas e São Paulo, no estado de São Paulo. Neste grupo foram entrevistados dois psiquiatras, de vertente biológica; um clínico; e quatro psicanalistas de vertente lacaniana, com formações diferenciadas (médicos, educadores, filósofos e psicólogos), sendo cinco homens e duas mulheres.

As entrevistas foram abertas e semi-estruturadas, podendo os profissionais de saúde discorrer livremente sobre o tema, partindo da orientação para suas falas de uma sugestão inicial da autora: a compreensão da depressão, a partir de sua atuação profissional, e estiveram permeadas pelo desafio de captar as diferentes abordagens que o tema da depressão provoca. Por conseguinte as respostas estão circunscritas ao universo social ao qual tem acesso (cenário de atuação e seus pacientes). Em função da riqueza do material oriundo das entrevistas, optou-se em apresentar essa análise considerando cinco temas primordiais e diretamente relacionados à discussão central deste artigo, que serão apresentados a seguir.

a) Depressão e questões sociais

Um aspecto bastante importante, que se fez presente nas entrevistas, é o reconhecimento da importância da depressão nas últimas décadas, e a relação entre depressão e questões sociais. Esse aspecto inviabiliza a prioridade do aspecto biológico para o entendimento da depressão, entre os profissionais entrevistados. As questões sociais mais importantes apontadas foram: péssimas condições de trabalho, de moradia e violência urbana. Vale ressaltar que a violência urbana como fator externo agravante das condições de saúde mental dos pacientes esteve presente em todos os municípios pesquisados.

Os profissionais de saúde vinculados aos serviços de Niterói, Rio de Janeiro², em suas entrevistas forneceram exemplos significativos de situações

marcadamente sociais, nos diagnósticos de depressão e de sofrimento psíquico de maneira geral. Apesar de presentes em todas as regiões, vale ressaltar que a realidade observada naquela localidade difere em alguns aspectos do observado em Paulínia ou Ilhabela, no estado de São Paulo, por exemplo, pois há a presença muito forte de um tipo de violência naquela região, associada à convivência com o narcotráfico. O depoimento a seguir ilustra esse aspecto:

O Nilo³ tem uma história de longas internações, e que agudiza com essa questão da violência (...) Quando ele chega aqui, à gente já sabe que o final de semana foi complicado, teve sobrevôo de helicóptero, a polícia subiu o morro. (entrevista a autora, sanitarista, mulher, Niterói, 2004).

Essa afirmação da profissional de saúde entrevistada vem de encontro a dados apontados anteriormente para o Rio de Janeiro, pois de acordo com pesquisa realizada pela OMS, na década de 90, a cidade já apresentava aquela época à presença, na população, de valores acima (bem acima) da média internacional para depressão (35% contra 15%) (COSTA e SILVA, 1995). Esse dado reforça a hipótese social da não exclusividade de causas e ações biológicas para entender e solucionar a questão, pois como ressaltam o depoimento:

Você não pode achar que a saúde vai dar conta disso tudo, sem estar com bem estar social, sem estar com habitação, sem estar com cidadania, sem estar com educação, minimamente resolvidas (entrevista a autora, sanitarista, mulher, Niterói, 2004).

Ela acha que se ela sair com uma receita, os problemas vão ser resolvidos. (...) por trás disso tem um monte de coisas: de desemprego, de drogas, de alcoolismo, de relacionamentos e falta de dinheiro. (entrevista a autora, clínico, homem, Paulínia, 2005).

Assim, as questões sociais apontadas nas entrevistas, a perplexidade frente à realidade social, aliada às dificuldades do próprio serviço de saúde dar conta dessa gama de fatores, coloca o paciente como um ser sem referências, e sem crença nas instituições que ele credita como sua exclusiva possibilidade de auxílio. Apesar de todo o esforço da ciência esse quadro aponta para uma relação evidentemente bem dimensionada em sua capacidade de captação, na medida em que questões sociais de um lado, questões pessoais (que também se inserem no social), evidenciam que nenhuma melhora poderá acontecer para a saúde mental dessa população se o problema for exclusivamente analisado e tratado na dimensão dos serviços de saúde e de seus procedimentos terapêuticos.

b) Depressão e sua distribuição por sexo e faixa etária

De acordo com alguns depoimentos dos profissionais entrevistados, ficou evidente o predomínio da depressão entre as mulheres, e numa faixa etária específica, embora apontem que essa prevalência pode estar mais vinculada, a aspectos culturais, e não, necessariamente, porque exista, uma diferença biológica entre os sexos para a presença da depressão. No entanto, no discurso do acupunturista entrevistado, a mulher também pode estar mais sujeita a depressão, a partir da dimensão biológica, mas, as questões culturais, também, devem ser consideradas. Em algumas entrevistas se pode notar isso, como no depoimento destacado abaixo:

O que me chama mais atenção são dois segmentos etários e sexuais bem evidentes: a depressão infantil, e a disseminação de depressão mais entre as mulheres do que entre os homens. Eu arriscaria afirmar que a depressão nas mulheres esta mais presente na faixa que vai dos 35 aos 50 anos. E porque situarmos nessa faixa e porque nas mulheres? Bom, é nítido que há um problema social que tem que ser um pouco considerado, é que há de uma forma muito evidente, um empobrecimento subjetivo dos homens. (entrevista a autora, psicanalista, homem, Campinas, 2004).

É mais freqüente em mulher, mais freqüente do que em homem, numa faixa aí de 40 a 60 anos. (entrevista a autora, clínico, homem, Paulínia, 2005).

Interessante observar que a mulher está mais submetida à realidade da depressão, seja por questões culturais, seja por sua constituição biológica, como indica a medicina chinesa. No entanto, de longa data o predomínio da presença feminina nos serviços de saúde já se faziam notar. Em pesquisa realizada pela autora nos anos 90 (BARBOSA, 1996), esse perfil também foi observado, e, posteriormente, para o município de Campinas, SP, por Formagio e Barbosa (2004).

Borges e Atiê (1989) ao analisarem o cotidiano das mulheres e a saúde atestam que historicamente, esse fato é confirmado nas sociedades ocidentais, em função do papel que as mulheres exercem nos cuidados com o outro (seja com as crianças, seus filhos, seja com os homens, seus maridos), muitas vezes em detrimento dos cuidados para consigo próprias. Esse papel pode estar indicando duas constatações. De um lado, uma incapacidade auto-reflexiva sobre o próprio corpo e suas manifestações diárias, que acaba por exigir a intermediação do médico. Por outro, aponta, como nos municípios analisados nas referidas pesquisas

(BARBOSA, 1996; FORMAGIO e BARBOSA, 2004 a), que são as mulheres, pertencentes às camadas populares, as maiores freqüentadoras dos serviços de saúde pública, seguidas das crianças trazidas por elas, contribuindo para seu contato íntimo e repetitivo com o serviço.

c) Depressão e ambiente

Quando se menciona ambiente, do ponto de vista sociológico, tem-se como referência às transformações socio-ambientais recentes que as sociedades contemporâneas estão submetidas. Em geral, considera-se nesta perspectiva toda a mudança que os seres humanos têm promovido no tecido social, tais como o uso indiscriminado dos recursos naturais, o aumento de indicadores de poluição ambiental, desmatamento, insegurança na produção de alimentos; e, também, mudanças no perfil das relações de trabalho, nas relações sociais, aumento da violência urbana, dentre algumas.

Supõe-se que essas transformações socio-ambientais, estejam relacionadas com as situações significativas que promovem o adoecimento humano. Na maioria das vezes a literatura corrente indica essa relação imbricada apenas ao adoecimento físico (doenças cardiovasculares, desnutrição, doenças do aparelho respiratório, doenças musculares, etc.), não se permitindo aprofundá-la também em relação ao sofrimento mental. No entanto, em duas entrevistas com profissionais de saúde, essa relação se fez presente em suas representações. Chama-se atenção para as mesmas, pois estão diretamente relacionadas à busca para compreender o adoecimento humano no mundo contemporâneo. Assim, destaca-se que:

(...) então chega um ponto da medicina que ele se imbrica também com a filosofia, com a sociologia, com o meio, com a arquitetura, fica tudo tão embaralhado (...). Na questão da alimentação em larga escala, então as questões ambientais, o uso do *mata mata*, quem sabe? Tem grupos trabalhando nisso, o uso do *mata mata* faz com que uma planta, principalmente o cereal não consiga sintetizar o tripitofânio. E a gente sabe que o tripitofânio é o alicerce para a formação da serotonina. Hoje, na ciência, é sabido que no milho dos Estados Unidos à quantidade de selênio caiu mais de 20%. (entrevista a autora, clínico, homem, Campinas, 2005).

Vale lembrar que os grupos sociais escolhidos para esse estudo, estão submetidos às transformações socio-ambientais significativas nas últimas décadas. Se por um lado, em Paulínia, encontra-se um pólo petroquímico dos mais

importantes do Brasil e que traz a tona todas às mudanças que se podem reconhecer no ambiente (BARBOSA, 1990 e BARBOSA et al, 2004), impondo limites significativos no cotidiano dessa população (poluição ambiental oriundas das indústrias do pólo petroquímico, violência urbana, dentre as mais significativas), em Itaipu/Piratininga (Colônia Z 7), em Niterói, percebe-se uma comunidade desterritorializada, impedida de viver da pesca artesanal, seja em função da significativa especulação imobiliária que assola a Região Oceânica, ao qual a Colônia se insere, ou mesmo em função da presença marcante do narcotráfico na Região (BARBOSA, 2005).

d) Depressão e medicalização

Na literatura corrente (STAHL, 2003; SOLOMON, 2002; WOLPERT, 2003; dentre alguns), a relevância dessa associação tem sido largamente discutida. No entanto, um aspecto fundamental apontado por Kandel (2003) auxiliará a entender essa questão. A partir da leitura do autor, pode-se compreender que existe uma visão paradigmática que funciona como pano de fundo, para a questão que se materializa, através da medicalização de um paciente com depressão (ou de qualquer outro tipo de sofrimento psíquico). Desta forma, por trás de um *antidepressivo de última geração* estão envolvidos, além dos interesses do mercado psicofarmacológico, também, a dificuldade de um diálogo que aproxime a biologia, e seu braço direito, a psiquiatria, à psicanálise.

Apontar essa questão tem a ver com o compromisso da autora em enfrentar os inúmeros desafios que essa temática suscita, e já apontados inicialmente no item precedente. Impossível desta maneira, como fica evidente, desconsiderar a importância desse debate. Aliás, debate esse que orienta, em geral, a maior parte das condutas clínicas nos serviços de saúde do país. E, mais ainda, afirmando-se a partir de Stahl (2003), que os antidepressivos tornaram-se o maior mercado terapêutico, além de ser o que mais cresce e com mais prescrições em qualquer lugar do mundo e em qualquer área da medicina.

Kandel, crítico ferrenho dos caminhos que a psicanálise tomou no século XXI destaca, que apesar de poder se afirmar que, no seu surgimento e primeira metade do século XX, a psicanálise revolucionou a compreensão que se tinha sobre a vida mental, em função de um conjunto surpreendente de *novos insights sobre os processos inconscientes, o determinismo psíquico, a sexualidade infantil, e talvez, o tema mais relevante de todos, a irracionalidade da motivação humana* (KANDEL, 2003: 1), atualmente tem havido poucos *insights* relevantes. Desta forma, ressalta que para continuar sendo a visão mais coerente e intelectualmente satisfatória da mente humana, carece de desenvolver uma relação íntima com a biologia em geral, e com a neurociência cognitiva em particular.

Dois exemplos apontados por Kandel (2003) são significativos, para exemplificar sua posição em relação à importância dessa busca de intimidade das três ciências. Resultado de uma intensa revisão bibliográfica sobre conjunto de experimentos realizados por diferentes pesquisadores, o autor refere-se a: a) experiências estressantes, no início da vida, ocasionadas pela separação da criança de sua mãe produzem uma reação na criança que é armazenada primeiramente na memória procedural, o único sistema bem diferenciado de memória que a criança possui neste estágio da vida. Porém, a ação do stress na memória procedural lidera um ciclo de transformações que tem como consequência o dano do hipocampo e, por meio deste, uma modificação persistente na memória declarativa. O mesmo pode ser observado em pacientes com PTSD (transtorno de stress pós-traumático), em relação a déficits de memória declarativa (MCEWEN e SAPOLSKY, 1996; BREMNER et al, 1995, apud KANDEL, 2003); b) em pesquisa realizada (NEMEROFF et al, 1998 apud KANDEL, 2003), foi observado que em pacientes deprimidos, a secreção de corticotrofina (CRF) apresenta-se nitidamente elevada. Baseado nesta observação injetou-se no sistema nervoso central de mamíferos o CRF, que provocou muitos dos sinais e sintomas, característicos da depressão, tais como diminuição do apetite, da libido e perturbações do ritmo do sono. Com base nessas evidências empíricas chegou-se a considerações de que experiências desagradáveis precoces na vida aumentam a probabilidade de uma pessoa sofrer depressão, ou outros distúrbios específicos de ansiedade na vida adulta, permitindo aos pesquisadores concluir que esta vulnerabilidade pode estar sendo mediada pela hipersecreção de CRF.

Assim, fica evidente no entender do autor, que os transtornos psíquicos e mesmo a depressão, tem determinação marcadamente biológica. No entanto, ao clamar pela conquista de uma maior cumplicidade entre a biologia e a psicanálise, o autor evidencia a contribuição que a última poderia propiciar ao entendimento do sofrimento humano, através de alguns aspectos: processos inconscientes, memórias autobiográficas, sonhos, afetos, dentre alguns. Contudo, não se pode desconsiderar que, após 100 anos de institucionalização da psicanálise, aprendeu-se que esses aspectos não podem ser universalizados, na medida em que é necessário conhecer o sujeito que dá forma e conteúdo aos sonhos, aos afetos e mesmo aos processos inconscientes. Assim, o registro desta cumplicidade ficaria defasado de trocas simbólicas e de subjetivação.

Por outro lado, alguns depoimentos permitem pensar essa mesma visão somatória entre as ciências de outra forma, já que é possível reconhecer o comprometimento da biologia do sujeito deprimido, na medida em que:

Depois de um episódio depressivo, há uma alteração na síntese de proteínas no núcleo, ou seja, após um episódio depressivo você ficou diferente geneticamente. Antigamente você imaginava que a genética é que modificava o meio, e não o inverso, hoje se sabe que o meio também provoca alteração genética, ou seja, depois de um episódio depressivo, em certas regiões do cérebro, o núcleo lá do neurônio não produz certas proteínas mais, porque, não é que mudou estruturalmente o DNA, mudou funcionalmente, e isso é uma mudança. (entrevista a autora, psiquiatra, homem, Paulínia, 2005).

Esse fragmento de material empírico remete a dois aspectos fundamentais. O primeiro oriundo de uma Conferência proferida por Freud em 1917 (FREUD, 1996), onde aponta três causas para o adoecimento: disposição hereditária; influência das experiências do ambiente da primeira infância e frustrações reais. Por disposição hereditária o autor destaca que nada há o que fazer para modificá-la, apenas considerá-la. As influências do ambiente, que são valorizadas no trabalho analítico, pertencem ao passado e não se pode anulá-las. No entanto, as frustrações reais são os infortúnios da vida, que podem se originar da falta de amor, da pobreza, de conflitos familiares, de escolhas afetivas equivocadas, de situações sociais desfavoráveis, bem como os rígidos padrões éticos, e que muitas vezes tem ação avassaladora sobre o sujeito⁴. Já o segundo aspecto, decorrente do anterior: a ciência moderna passou a ser um saber novo que recusa o sujeito (LEITE, 2002). Então se não há na ciência sujeito, e muito menos nas práticas clínicas, acopladas ao paradigma biológico que tudo explica, passa a ser claro que a medicalização do indivíduo (*que não é sujeito*) é a única possibilidade terapêutica de restituição da saúde mental.

De toda maneira, esse debate é bastante delicado, e o que se pode observar hoje é um explícito conflito oriundo dos avanços da ciência, que possibilitam reconhecer a depressão exclusivamente como um problema médico, com a disposição de um arsenal medicamentoso bastante significativo entre as práticas biológicas e psicanalíticas, na medida em que trás para análise um número importante de pacientes medicalizados, resultante de dois movimentos: por um lado, se observam psiquiatras que desejariam retirar a medicação, e encaminham os pacientes para o psicanalista, por acreditarem que as questões subjetivas, que mereceriam tratamento analítico, estão aprisionando os pacientes e não permitindo a supressão de sintomas nestes mesmos pacientes em tratamento psicofarmacológico. Por outro, psicanalistas que encaminham seus pacientes para serem medicalizados, frente à constatação das dificuldades em sua prática clínica,

dificuldades estas que acabam por permitir a exarcebação dos estados depressivos dos mesmos.

Essa situação possibilita recordar uma afirmação interessante de Nazar (2003), que aponta que muito cedo chegou à conclusão que medicar um paciente em processo analítico é uma das questões mais *relativas* nessa área, pois depende tanto do analista quanto do psiquiatra. Do primeiro, em função da posição que se encontra em relação à psicanálise (a um *suposto saber*, que lhe é demandado), e conseqüentemente em relação também a sua própria análise pessoal. Do segundo, a sua formação acadêmica, e decorrente disso seu envolvimento com as neurociências, sua crença ou não na eficácia de uma psicanálise, e ao teor de rivalidade que está aí presente. (NAZAR, 2003: 100-101).

Frente a essa dura constatação, um fragmento de depoimento auxiliará a consolidar essas afirmações anteriores, e a refletir de forma mais ampla sobre essa questão. Vale ressaltar que, para além da complementaridade e exemplificação, que a entrevista oferece ao conteúdo exposto, ela também teve um papel fundamental para a pesquisadora, na medida em que permitiu a constituição de um olhar mais complacente tanto para com a psiquiatria, quanto para a psicanálise:

Por desmedicalizar, você não pode também ler como ele não tomar remédio. As pessoas têm uma suposição de que a única solução para o mal dele, ou dela, é a medicação. Desmedicalizar é tirar a medicação desse plano único. Porque às vezes, você pode ter uma ação desmedicalizante com medicação (...). É alterar a relação com o remédio. (entrevista a autora, psiquiatra, homem, Paulínia, 2005).

Essa aposta no sentido de entender o que vem a ser o desmedicalizar, permitiu perceber um sentido mais amplo para essa vertente. Desmedicalizar é alterar a relação com a medicação. E, conseqüentemente é alterar a relação com a ciência, e seus paradigmas totalizantes, e também com a complexidade do mundo capitalista. É ultrapassar o sentido limitante que o remédio impõe. E, a consideração mais importante que essa possibilidade impõe: o sujeito (*ao desmedicalizar-se*) não deixa de ser sujeito e, poderá manter o compromisso com seu sintoma, compromisso no sentido de seu reconhecimento, e da função que ele exerce, tanto como troca simbólica, quanto em sua subjetivação.

e) Depressão: a busca de um outro olhar

Em vários momentos anteriores, houve referência à busca que se tem feito para compreender a depressão enquanto uma manifestação social, um sintoma

social e, mesmo seu entendimento a partir da constituição de um outro olhar. Várias possibilidades puderam ser apreendidas a partir das entrevistas, na medida em que as entrevistas buscaram captar representações diferenciadas, em entrevistas com profissionais de saúde com formações distintas.

Nesse sentido, vários exemplos chamaram atenção para a não dicotomia ou diferenciação entre as dimensões físicas e mentais, evidenciando que em relação à saúde deve-se sempre pensar em sistema. Essa visão parece muito lógica para a análise transpessoal e a medicina chinesa, pois fazem parte de suas abordagens paradigmáticas. Embora chamando atenção, para o entendimento da depressão como um desequilíbrio de sistema de órgãos, o acupunturista entrevistado não deixou de relacionar esse desequilíbrio a uma dimensão cultural importante e que se alterou fundamentalmente, ou mesmo se perdeu, na sociedade moderna. Desta forma, é possível reconhecer esse desequilíbrio (de órgãos), como um desequilíbrio maior, na medida em que, a sociedade moderna é marcada por isolamento, por violência, por fatores sociais e relações com a natureza destrutivas e degradadas, através de riscos técnicos e sociais cada vez em maior escala.

O indivíduo contemporâneo percebe-se frente à perplexidade da deficiência de um sistema de regras coletivas que orientem a sociedade, impedindo que se constitua enquanto um sujeito social que tem certezas de sua cultura, e de um sistema político que oriente e organize a sua sociedade (KLEINMAN, 1985; KRISTEVA, 2002; MELMAN, 2003 e LEBRUN, 2004).

(...) Assim, analisar estados emocionais dissociados da análise física, esse é o ponto, que hoje dentro da nossa abordagem médica está sendo priorizado. (...) Eu vejo que a depressão ela está nas sutilezas (...) Então, a depressão ela é um sintoma, ela não é uma doença, porque ela apenas está manifestando uma parte desse sistema que está desequilibrado... (entrevista a autora, clínico, homem, Campinas, 2005)

A psicanálise não encara a depressão como um quadro clínico. A depressão é uma condição, um fenômeno e não um quadro clínico. São manifestações de impasse na construção da vida psíquica. Tem aumentado e funciona como forma de defesa. Freud já alertou em *Mal Estar da Civilização* para isso. A modernidade ocasiona violência psíquica. Um grito do psiquismo - esta aumentando por que a exposição e a violência do mundo esta aumentando. Principalmente entre mulheres, que estão mais expostas e os adolescentes. (entrevista a autora, psicanalista, homem, São Paulo, 2004).

A partir dessas diferentes representações dos profissionais de saúde, a depressão necessita ser encarada em suas diferentes dimensões e, para tanto é fundamental que se perceba o *sujeito do sintoma*, em suas abordagens sociais, políticas e culturais, procurando distanciar-se da exclusividade de analisá-la, *apenas*, através de uma nosografia descritiva e, com protocolos específicos que propõe a *cura*.

Por fim, vale ressaltar que a sociedade moderna, capitalista, de risco e com dificuldade de incluir o sujeito social está sendo marcada pela constituição de um sujeito (*um produto*), que se identifica e se apresenta como um *ser deprimido*, sendo esse seu nome e sua identidade social. Pela possibilidade da depressão o sujeito se faz um ser (DIAS, 2005: 123).

Dias (2005), nos alerta que a depressão é o significante, que oriundo da ciência irá produzir esse ser (*deprimido*), que enquanto efeito do discurso da ciência se pensa a partir do corpo biológico. No entanto um corpo biológico imerso de tristeza e sofrimento ininterruptos, articulado a uma perda, e, que abdicou de seu desejo. Entretanto essa *afirmação* não se dispõe a perceber o *ser deprimido* como alguém capaz de realizar uma escolha, mas sujeito real, complexo e responsável por seu livre arbítrio (LEBRUN, 2004).

Por fim, Fédida (2002), aponta dois aspectos que são importantes para refletir sobre a depressão. Um aspecto está relacionado à consideração de que a depressão é a *doença do século*; um outro, relaciona-se a sua constituição como uma *quase noção*, na medida em que está sendo popularizada em sua identificação e nomeação, por possui uma nosografia, do ponto de vista clínico, simples e facilmente reconhecível (lentidão, inibição, desinteresse, sensação de cansaço, tristeza, ausência de desejo, perda da capacidade de prazer). Desta forma, esses aspectos para o autor promovem uma importante pergunta: será que tudo isso não serve para encobrir um persistente componente ideológico, que visa moldar os comportamentos, os discursos coletivos, e, por fim, suas representações subjetivas, vinculadas aos modelos de *sociedades capitalistas contemporâneas*? Estando encarregada, desta forma, de portar inteiramente a teoria de *uma doença da subjetividade, nessa queixa sem fim que a terapêutica moderna supostamente pode curar?* (FÉDIDA, 2002: 190).

Não se tem neste momento, uma resposta para essa questão, mas não se pode deixar de recordar (tristemente, diga-se de passagem), a fala de um dos profissionais de saúde entrevistados, quando afirmou que:

Isso vai piorar, a gente está começando a ver o tamanho do dano, ainda não chegamos nem na metade. Vem coisa pior... (entrevista a autora, psicanalista, homem, Campinas, 2004).

4. Considerações finais

O discurso da ciência, seus paradigmas e as percepções coletivas, são produzidos pela própria história da sociedade, inscrita através da produção que é possível realizar, a partir de sua organização social, seu sistema cultural, sua lógica política, econômica, ideológica, e, seus problemas sociais.

Pode-se observar ao longo de toda essa discussão, a constatação material, no objeto que se buscou compreender - a depressão -, de duas visões paradigmáticas, a psiquiatria e a psicanálise, que acaba por construir as condutas orientadas para aqueles que sofrem. O que se percebe é que na medida em que, ao se nomear e constituir *algo* como patologia e, conseqüentemente, se creditar a medicalização, a opção primária para melhorar ou tratar o sofrimento dos indivíduos, o sujeito, aquele detentor de uma história e de um discurso, fica excluído, sendo reconhecido, simplesmente através de um diagnóstico e do consumo indiscriminado e prioritário de medicamentos, e desta forma totalmente dependentes das bases da sociedade capitalista: produção e consumo.

O complicado é que, ao se deixar de considerar outras possibilidades analíticas, acaba por se reduzir, uma questão que é por si só ampla e complexa, a um recorte muito limitado. O que no mínimo é perigoso. Pois à medida que, foi possível analisar as percepções dos diversos profissionais de saúde, que estão lidando com a questão da depressão, percebeu-se uma gama de variáveis importantes que permitiu à autora inserir a temática à complexidade que lhe é inerente. Complexidade essa que permite associar à depressão às questões sociais e ambientais que a constituem.

Assim, esse artigo teve como objetivo trazer a tona um debate fundamental, tanto para a área de saúde mental como para a própria produção do conhecimento, ou para a sociologia do conhecimento, na medida em que se evidenciou uma análise sobre a depressão e suas percepções sociais, que extrapolou uma análise eminentemente médica, sobretudo, por que permitiu compreender a complexidade da sociedade onde essa temática esta inserida, buscando, dessa forma, lançar um outro olhar sobre a depressão e, principalmente, sobre a sociedade que a produziu.

Referências

- BARBOSA, S.R.C. *Industrialização, ambiente e condições de vida em Paulínia, SP*. As representações de ambiente e saúde para médicos e pacientes. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1990.
- BARBOSA, S.R.C. *Qualidade de vida e suas metáforas*. Uma reflexão socio-ambiental. Tese Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- BARBOSA, S.R.C. Identidade e dores da alma entre pescadores artesanais em Itaipu, Rio de Janeiro. *Ambiente & Sociedade*, 7(1), 2004: 107 - 131.
- BARBOSA, S.R.C.; MELO, R.P. de; SILVA, V.F. da & BATISTA, R.C.M. Um olhar diferenciado sobre sociedades complexas: contribuições para compreensão de um perfil socio-ambiental. *Humanitas*, 7(1), 2004a: 3-24.
- BARBOSA, S.R.C. "Qualidade de vida em sociedades complexas: a depressão entre trabalhadores da indústria petroquímica e pescadores artesanais: Final Report, Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo". São Paulo, 2005. Unpublished.
- BARBOSA, S.R.C. *Ambiente, subjetividade e complexidade*. Um estudo sobre depressão no litoral norte paulista. Relatório parcial, Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo. São Paulo, 2006.
- BORGES, S.M.N.; ATIÊ, E. "Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano". Vol. II. In: COSTA, N.R. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1998, p. 166 - 184.
- BOLGUESE, M.S. "Depressão e doença nervosa moderna". In: FUKS, L.B. & FERREIRA, F.C. (orgs.) *Desafios para a psicanálise contemporânea*, São Paulo: Escuta, 2003, p. 191 - 201.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>
- COSTA e SILVA, J.A. "Mentes que sofrem", *VEJA*, secção Entrevistas: Páginas Amarelas, 28 de junho, 1995.
- DELOUYA, D. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DIAS, M.M. "A posição do sujeito na depressão: uma abordagem psicanalítica". *Caderno do Seminário: Neuroses e Depressão Lições I à V*. Campinas: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2003.
- DIAS, M.M. *Caderno do Seminário: Neuroses e Depressão Lições VI à XII*. Campinas: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2004.
- DIAS, M.M. "O problema da identificação na posição depressiva". In: FINGERMANN, D. & DIAS, M.M. (orgs.) *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005, p. 119 - 136.
- DOMINGUES, J.M. *Sociologia e modernidade*. Para entender a sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- DURKHEIM, É. *O Suicídio*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.
- FÉDIDA, P. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2002.
- FORMAGIO, C.C.; BARBOSA, S.R.C. "Vivendo na cidade, sentindo o cotidiano e reagindo a uma ausência: as expressões corporais como respostas sociais". *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*. 3(9), 2004, Dezembro. <http://www.rbse.rg3.net>.
- FREUD, S. "Conferências Introdutórias - XXVII. Transferência". in: *Obras Completas*. Vol XVI. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago [1917] 1996.

- FREUD, S. *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, [1917] 1999.
- FREUD, S. *O mal-estar da civilização*. Rio de Janeiro: Imago, [1930] 1997.
- GALVÃO, M.D. "O sintoma na psicanálise e na psiquiatria". 2002. VIOLANTE, M.L.V. (ed.) *O (im) possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002 p. 81 - 100.
- KANDEL, E. "A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado". *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25 (1), jan/abr 2003.
- KAUFMANN, P. (ed.) *Dicionário enciclopédico de Psicanálise*. O legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
- KLEINMAN, A. (ed.) *Culture and depression*. Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. California: University of California Press, 1985.
- KRISTEVA, J. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
- LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- LEBRUN, J-P. *Um mundo sem limite*. Ensaio para uma clínica psicanalítica do social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- LEITE, M.P.S. "Psiquiatria, sujeito e psicanálise". In: VIOLANTE, M.L.V. (ed.) *O (im) possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002, p. 101 - 126.
- MELMAN, C. *O homem sem gravidade*. Gozar a qualquer preço. Entrevista por Jean-Pierre Lebrun. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.
- NAZAR, J. "A medicalização da dor: da psicanálise e da psiquiatria". *Dizer*. Revista da Escola Lacaniana de Psicanálise do Rio de Janeiro. 14: 2003, p. 95 - 122.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- SIMMEL, G. "A Metrópole e a Vida Mental". in: VELHO, O. (org.) *O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1979.
- SOLOMON, A. *O Demônio do meio dia*. Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- STAHL, S.M. *Psicofarmacologia - depressão e transtornos bipolares*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- VIOLANTE, M.L.V. (ed.) *O (im) possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- WEBER, M. *A ética protestante e o "espírito" do capitalismo*. Edição comemorativa dos 100 anos. São Paulo: Companhia das Letras. [1904] 2004.
- WINNICOTT, D. *Tudo começa em casa*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- WOLPERT, L. *Tristeza maligna*. A anatomia da depressão. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

NOTAS

¹ A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP - pelos recursos financeiros que viabilizaram as pesquisas que originam esse artigo - *Qualidade de vida em sociedades complexas: a depressão entre trabalhadores da indústria petroquímica e pescadores artesanais* (processo n. 03/00175-3), e *Ambiente, subjetividade e complexidade: um estudo sobre depressão no litoral norte paulista* (processo n. 04/10685-1). Ao Prof. Dr. João Luiz de Moraes Hoeffel pela leitura crítica e valiosas contribuições.

² Os profissionais de saúde entrevistados em Niterói, Rio de Janeiro, respondem pelo atendimento à Colônia de Pescadores Z 7, Itaipu, no mesmo município, objeto de uma das pesquisas realizadas. Os pescadores artesanais foram analisados sob o ponto de vista da qualidade de vida e subjetividade.

³ Nome fictício.

⁴ As pesquisas que desenvolveu com as *históricas* ao final do século XIX e início do século XX corroboram essa afirmação de FREUD.