



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

KÍSSILA SANTOS DE FARIAS

**DEPRESSÃO E MEDICALIZAÇÃO: uma questão contemporânea**

CAMPINA GRANDE-PB

2018

KÍSSILA SANTOS DE FARIAS

**DEPRESSÃO E MEDICALIZAÇÃO: uma questão contemporânea**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio.

CAMPINA GRANDE-PB

2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro  
Silva”, CCBS - UFCG**

F224d

Farias, Kíssila Santos de.

Depressão e medicalização: uma questão contemporânea/ Kíssila Santos de Farias. – Campina Grande, PB: O autor, 2018.

26 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Campina Grande, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Depressão. 2. Medicalização. 3. Contemporaneidade. I. Gaudêncio, Edmundo de Oliveira. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)



Universidade Estadual de  
CAMPINA GRANDE

CURSO DE PSICOLOGIA

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (2017.2)

Às 18 horas do dia 23 de maio de 2018 reuniram-se os  
discentes Aguiar, A. do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal  
de Campina Grande a Comissão julgadora do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) composto  
pelo(a) orientador(a) Prof. Ivanilson N. de S. e os membros Carla de  
Almeida

da(o) banca: Kleber Soares de Farias (presidente), Carla de Almeida  
Aguiar, A. (examinador) e Prof. Ivanilson N. de S. (com a função de defesa pública)

do citado trabalho, requisito para a obtenção do Grau de Graduação do curso de Psicologia. Atendeu a  
sessão em caráter ordinário, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho  
de Conclusão de Curso, passou a palavra ao discente para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a  
arguição pelos membros da Comissão julgadora e respectiva defesa do graduado. Nesta ocasião  
foram apresentadas solicitações no texto escrito logo após a Comissão se reunir,  
em a presença do aluno e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foi aprovado por  
unanimidade, 20,00 por unanimidade pelos membros da Comissão, significando  
ter sido atribuído a nota 10,00 ao seu TCC. O resultado foi então comunicado publicamente pelo  
aluno(a) pelo(a) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Presidente da Comissão julgadora  
deixou por encerrado o julgamento que tem por conteúdo o teor desta Ata que, após lida e em conformidade  
com a(s) exigências da defesa, será assinada por todos os membros da Comissão, para fins de produção de  
seus efeitos legais.

Campina Grande, 23 de maio de 2018

Orientador

Examinador

Examinador

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por participar da minha vida como uma via de suporte espiritual.

À minha família que mesmo morando longe, me incentivaram a não perder meu amor aos estudos. Em especial, meu avós maternos Adélia Gonçalves, Edelmício Benício e meus tios e tias.

Ao meus irmãos Kécia, Karielle e Leonardo e a minha mãe Margarete, por todo amor cultivado a mim.

Ao meu orientador Edmundo Gaudêncio por segurar minha mão em um dos momentos mais difíceis em minha caminhada na vida e abrir caminhos para que a concretização deste sonho, me ajudando a enfrentar meu medo da escrita acadêmica. Conseguiu trazer paz e leveza para meu coração.

Aos meus amigos de vida e os que conheci na graduação. Aprendi a importância das boas gargalhadas.

As queridas professoras Adriana Oliveira e Betânia Amorim, pelas parcerias, carinho e paciência.

Ao professor Tiago Iwasawa por toda compreensão e carinho em minha primeira experiência acadêmica como estudante de Psicologia e por ser referência como professor.

Ao professor Felipe Paiva e Eduardo Gusmão por também serem referências de profissionais apaixonados pela docência.

E a todos que passaram por minha vida e me ensinaram que ‘medo se enfrenta’.

Ao meu avô Edelmício Benício que plantou e vendeu muitas  
macaxeiras no interior da Bahia, para que eu fosse ‘gente na  
vida’.

## RESUMO

A depressão ocupa o lugar de ‘mal-estar’ no mundo contemporâneo, despertando interesse de diversos lugares de saber no tocante a sua denominação, tratamento e como percebem os sujeitos depressivos. A exemplo da Psiquiatria e Psicanálise. Percebe-se também que o contexto atual interfere nas formas de cuidado no mundo da clínica e sobre a maneira como os sujeitos se colocam no mundo. Assim, considera-se importante levar a temática do sofrimento na contemporaneidade, destacado sobretudo pela Depressão, para o espaço acadêmico, questionando-se: que lugar a medicalização ocupa, hoje, no discurso sobre o sofrimento psíquico?

**Palavras-chave:** Depressão; Medicalização; Contemporaneidade

**Endereço eletrônico da autora:** [kissilafarias@hotmail.com](mailto:kissilafarias@hotmail.com)

## **ABSTRACT**

Depression occupies the place of 'malaise' in the contemporary world, arousing interest in various places of knowledge regarding its denomination, treatment and how depressive subjects perceive it. Like Psychiatry and Psychoanalysis. It is also noticed that the current context interferes in the forms of care in the world of the clinic and in the way the subjects put themselves in the world. Thus, it is considered important to take the issue of suffering in contemporary times, highlighted mainly by the Depression, to the academic space, questioning: what place does medicalization occupy today in the discourse on psychic suffering?

**Key-words:** Depression; Medicalization; Contemporaneity.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL E VENDA DA FELICIDADE</b> .....	3
<b>2 BIOPOLÍTICA NAS SOCIEDADES LÍQUIDAS</b> .....	6
<b>3 DEPRESSÃO E MEDICALIZAÇÃO</b> .....	8
<b>4 DEPRESSÃO E PSIQUIATRIA</b> .....	12
<b>5 DEPRESSÃO E PSICANÁLISE</b> .....	14
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	17
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	19



## INTRODUÇÃO

Antes de tecer quaisquer considerações acerca da estrutura formal deste estudo, cabe esclarecer que o interesse pelo tema surgiu de experiências junto a pessoas que procuraram atendimento psicológico, em decorrência de diagnósticos de Depressão e eventual e subsequente má adaptação aos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos prescritos para o tratamento daquela. A frequência de contato com esta problemática despertou a curiosidade em pensar a relação que o sofrimento dos sujeitos implica na busca de tratamentos medicamentosos, repensando como os aspectos da vida moderna influenciam este processo.

O trabalho “Depressão e Medicalização: uma questão contemporânea” parte, então, da premissa que o sofrimento, no que tange ao psíquico, está localizado em um nível para além do biológico, não sendo determinado apenas por uma disfunção organomecanicista cerebral. Imbuído de pressupostos sociohistóricos, o sofrimento psíquico apresenta-se, na atualidade, como caracterizado sobretudo pela depressão. Pensar a depressão é, portanto, pensar sobre a forma mais disseminada, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, do sofrimento psicológico e adoecimento no mundo – o que nos oferece a oportunidade para uma escrita sobre as formas de ser e existir no mundo dos sujeitos contemporâneos, face à dor (1. Sensação mais ou menos aguda, mas que incomoda; 2. Sensação emocional ou psicológica que causa sofrimento; 3. Conjunto de sensações físicas dolorosas, geralmente intermitente. Via FERREIRA, 2010) e ao sofrimento (1. Ato ou efeito de sofrer; 2. Dor física; 3. Pena Moral. Via FERREIRA, 2010), que, embora compreendidos de modo diverso aqui serão tratados como sinônimos, optando-se pelo vocábulo “sofrimento”, de caráter mais evidentemente espiritual ou polissêmico.

A compreensão sobre a natureza e tratamento do sofrimento é buscada desde a antiguidade, constituindo-se, hoje, como objeto de máximo interesse para a ciência, como fica demonstrado, por exemplo, na preocupação da indústria farmacêutica pela busca de ansiolíticos e antidepressivos ideais. Sabe-se que há uma preocupação especial quanto aos sofrimentos que não se instalam no corpo físico e isso contribui para o surgimento de teorias capazes de tornar possível a compreensão do sofrimento psíquico. Algumas, de cunho orgânico e mecanicista, buscam no cérebro suas causas, tal como a Psiquiatria, enquanto outras, como a Psicanálise, pretendem compreender tal sofrimento a partir das demandas que o próprio sujeito coloca a serviço da clínica, tornando o espaço da fala como recurso principal para esta modalidade de acompanhamento.

Para Barros (2016), a partir de uma perspectiva histórica, no que tange ao contexto das construções sobre vida e saúde, a dor tornou-se um sinalizador. Desde os primeiros anos escolares estuda-se sobre a anatomia e a importância de perceber onde a dor está localizada para então poder-se questionar o que fazer. Já em outra ótica, a dor e o sofrimento são expressões genuínas da existência humana muito anterior ao que é colocado hoje como doença, depressão, ausência de saúde, entre outras expressões, representativas de práticas de cuidado que esbarram na dimensão física e limites cognitivos dos sujeitos. A autora também compreende que talvez a dor não esteja para todos, mas o sofrimento ou sua possibilidade está e perpassa toda humanidade sem olhar a quem, e que, assim como a certeza da morte, todo homem é passível ao sofrer.

A dor e o sofrimento acompanham a humanidade e faz-se presente em todas as culturas enquanto experiência subjetiva e cultural, sob os sentimentos únicos de cada ser vivo e, notadamente, cada pessoa. Suas teias contemplam a vivência em sociedade, a cultura compartilhada, como o sujeito se relaciona com as outras pessoas, educação, entre outras vertentes que oferecem subsídios à atribuição de significações para a dor (GUIMRÃES, 1999). A dor não é coisa, mas o efeito de uma relação (VERGELY, 2000). Ou seja, as crenças, costumes e comportamentos conferem ao indivíduo seu próprio sentir, que inclui a dor, o sofrimento e também a alegria e felicidade; também são a dor e o sofrimento que tangenciam os sentimentos mais nobres e ensinamentos inesquecíveis (BARROS, 2016).

Este trabalho tem por objetivo discutir sobre a Medicalização e Depressão enquanto marcadamente o sofrimento psíquico mais presente na sociedade contemporânea, analisando as configurações socioculturais e a percepção da psiquiatria e psicanálise sobre o assunto. Justifica-se por conseguir dialogar com problemáticas que tangem sobre as forma de cuidado ao sujeito, bem como incentiva a reflexão sobre a prática profissional no mundo da clínica. Contribuindo com diálogos pertinentes no espaço acadêmico, realização pessoal e ainda como forma de cumprir com as exigências determinadas pela Universidade Federal de Campina Grande, quanto ao cumprimento de diretrizes para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, aí estando postos também os objetivos precípuos deste trabalho.

Destarte, a partir das considerações supracitadas, questiona-se: que lugar a medicalização ocupa, hoje, no discurso sobre o sofrimento psíquico? Para contribuir com esta discussão, este artigo, sob a forma de ensaio, almeja discutir a depressão e medicalização na atualidade, sob um viés teórico em psicanálise.

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL E VENDA DA FELICIDADE

No tocante às relações entre ciência e mercado, verificamos que caminham lado a lado a busca de uma ciência ideal para todos e os discursos publicitários, sob a égide dos interesses mercadológicos. Os discursos publicitários se apoiam na multiplicidade de valores que permeiam a cultura do consumo, com o propósito de sedimentar compreensões de mundo e comportamentos convenientes ao ganho do lucro financeiro, enquadrando desejos e sonhos de transformação social. A retórica criada busca controle social e lucro, junto às metas de beleza, saúde, segurança, sucesso profissional e, acima de tudo, há a busca da sonhada felicidade ou uma sensação manipulável de bem-estar (PORTUGAL, VAZ, 2012). A cultura atual é enfraquecida nas suas dimensões simbólicas e teológicas, deixando a felicidade ser instrumentalizada como “[...] recurso estratégico para a otimização da saúde, da sociabilidade e da produtividade” (FREIRE-FILHO, 2010, p. 50), assim, a felicidade é reduzida e passa a ser comercializada e mensurável como um mecanismo de “dever”.

Neste direcionamento, é importante pensarmos como tem sido o sofrer no mundo dos sujeitos contemporâneos, e entender o processo em que toda forma de sofrimento ou expressão da dor perde lugar para a busca compulsiva da felicidade, subsidiada pelo que Portugal e Vaz (2012) denominaram de “razão farmacêutica”. Estes aspectos caracterizam uma episteme que substitui falar sobre dor e sofrimento a partir do termo Depressão (CAMPOS, 2016). E, como será visto ao longo do desenvolvimento desta escrita, esse deslocamento de sentido não ocorre de forma despreziosa.

Em Abril de 2017 a Organização Mundial da saúde lança campanha sobre a Depressão com o lema “Let’s talk” (vamos conversar) e destaca a estimativa que aproximadamente 350 milhões de pessoas (todas as faixas etárias) no mundo são ou se tornarão depressivas. E dentro dessa estimativa, considera que a população jovem, de 15 a 29 anos, apresenta-se com o maior percentual de suicídios, ocupando o lugar da segunda maior causa de morte para este grupo. Isso sugere que a Depressão ganha espaço significativo na configuração das Psicopatologias contemporâneas, dentro da linguagem científica e do senso comum. Bauman (1998) fala sobre estar deprimido como uma espécie de condição do sujeito moderno e Pignarre (2012) sobre vivermos sob o signo de uma epidemia de depressões, enquanto a OMS (2001) fala sobre ser a depressão uma das patologias que mais causam perdas econômicas no mundo, ao lado do câncer, doenças cardíacas e doenças infecto-contagiosas.

As grandes transformações históricas e discursivas, junto ao avanço científico e a aceleração tecnológica e da temporalidade (maior produtividade em menor tempo possível),

conduzem processos de subjetivação para o crescente mal-estar, como já indicava Freud (1930), porquanto o ser humano sofre em sociedade e faz-se importante abrir espaços para que ele reinvente seu existir no mundo. Hoje, é possível destacar que a depressão também é um sintoma social na medida em que rompe de maneira discreta com o sentido das crenças e valores presentes no pacto social da modernidade (KEHL, 2009; CAMPOS, 2016). Em função deste estado de coisas, a cultura da medicalização descobriu condições e espaços para consolidar-se como o “consolo ou alento” dos sofrimentos, expandindo o mercado financeiro através das contingências existenciais, ainda que as drogas sejam uma experiência ilusória de curta duração: “o vazio se repõe e é relançado novamente ao psiquismo” (BIRMAN, 2012, p. 120-121).

Quinet (1997, p. 10) considera que “[...] a quantidade e variedade de antidepressivos que desaguam no mercado e a facilidade do consumidor a seu acesso fazem da hetero e da automedicação um solo propício para uma nova toxicomania que foraclui a implicação do sujeito no estado depressivo”. Portanto, é clara a tentativa do sujeito contemporâneo em negar o sofrimento. Como sustentam Vergely (2000) e Barros (2016, p. 11), o ser humano “sofre para viver a felicidade”, sendo a necessidade de apoiar-se à medicalização uma ação do sujeito contemporâneo para tamponar o sofrimento, assim como a recusa em falar sobre suas demandas ou “[...] vive-las na intenção de elaborar uma cura” (BARROS, p. 12). Assim, para a psicanálise, considera-se que a linguagem é um elemento fundamental na constituição do sujeito, principalmente, no tocante à emergência de significações e a possibilidade de abertura para falar sobre os desejos e eventos traumáticos, por exemplo. Por isso a importância de que o sujeito, através da fala, possa compreender e reposicionar seu sofrer.

Ao lado disso, o imperativo do viver feliz e saudável, assim como é percebido desde o início da sociedade moderna, abre espaço para estudos que tentam compreender aspectos sócio-culturais que possibilitaram a constituição do ideal de uma vida sem dor e sofrimento. Neste sentido, discorrer sobre a experiência do homem significa considerar os variados elementos que contemplam a vida: momento histórico, discursos, política, economia, culturas, práticas, relações e arranjos sociais. Segundo Campos (2016), a atualidade é um momento de crise quanto às promessas iluministas e liberais da modernidade, voltados para uma organização social racional e antropocêntrica. Há um aumento considerável no que tange às referências simbólicas, acrescidas de uma aceleração da temporalidade, marcada pela fragilidade e fugacidade de vertentes voltadas à cultura, pois elas se dissipam e modificam rapidamente os parâmetros culturais. Tornam a imortalidade e a felicidade um princípio ideal, cuja

transformação constante busca um presente inacessível que nunca se esgota e isso mesmo o torna imperioso e imediato.

Sobre este assunto, Bauman (2001) pensa a contemporaneidade como forma de liquefação do projeto moderno ou, como popularmente conhecida sua metáfora, “modernidade líquida”, caracterizada sobretudo pela dissolução das forças ordenadoras que enraizavam culturas sólidas nas formas sociais modernas. O momento atual destaca-se pela acentuada fase de privatizações, individualização, desvinculação dos poderes e acima de tudo o distanciamento entre indivíduo e sociedade. Conseqüentemente, o indivíduo luta para inserir-se em espaços coletivos cada vez mais seletivos econômica e socialmente. O paradoxo criado é de uma sociedade na qual o que dita a felicidade é riqueza econômica e, por isso, a cada dia, em um círculo fechado, as pessoas são menos felizes, porque material e espiritualmente cada vez mais pobres. O crescimento econômico é cada vez maior e não provoca surtos de felicidade, mas desperta aspectos que alimentam o mal-estar individual e coletivo, como, por exemplo, o aumento das taxas de criminalidade, a corrupção cada vez mais visível, a sensação de impotência cada vez mais intensa para os sujeitos, assim como adocimentos das mais diversas ordens. – em destaque, aqueles que não são dados à objetividade.

Através disso, aqueles que ocupam espaços privilegiados na sociedade vendem a felicidade personificada, através da aquisição de bens e substituindo elementos intangíveis:

“[...] Uma vez que os bens capazes de tornar a vida mais feliz começam a se afastar dos domínios não-monetários para o mercado de mercadorias, não há como os deter; o movimento tende a desenvolver um impulso próprio e se torna autopropulsor e autoacelerador, reduzindo ainda mais o suprimento de bens que, pela sua natureza, só podem ser produzidos pessoalmente e só podem florescer em ambientes de relações humanas intensas e íntimas” (BAUMAN, 2009, p. 16).

Estes aspectos conduzem ao pensamento que a busca da felicidade ideal é realizada através de um reconhecimento social, operando sobretudo na identidade dos indivíduos. No contexto da modernidade sólida, acontecia a construção de identidades autoconstruídas e duradouras, já na modernidade líquida, a percepção e compreensão que o sujeito tem sobre si, bem como a maneira que com que se apresenta ao outro, é cada vez mais refutável, assegurando adaptabilidades e mudanças constantes, com a finalidade de fazer parte de ideais que são, literalmente, ditados. E, a partir do momento que o indivíduo descobre que ser responsável por suas escolhas já não se trata de uma escolha, ele sofre (CAMBUÍ, 2013).

Na modernidade líquida ocorre também um processo de individualização e privatização do espaço público, relacionado com a nova dominação econômica extraterritorial. A vida

contemporânea, portanto, contempla a volatilidade identitária, a fluidez dos relacionamentos construídos no decorrer da vida, a dificuldade de vislumbrar um futuro seguro e estável (seja no trabalho ou em outros aspectos da vida), tornam a liberdade “líquida”, na verdade, uma sutil e ardilosa prisão. E é nessa busca infundável que os sujeitos adoecem, alimentando a ideia que não pode adoecer/não podem parar/não podem sofrer. Estas compreensões caracterizam a falência dos pressupostos do sujeito moderno e da perda de referenciais sociais e culturais constituintes da identidade dos sujeitos. A afetação de ordem psíquica para isso é da ordem do desamparo, insegurança, individualismo, desapego dos vínculos afetivos e a constante reinvenção de si, tudo isso apresentado socialmente como imperativos de felicidade e realização (CAMPOS, 2016; CAMBUÍ, 2013; BAUMAN, 1998). Fica evidente, o projeto moderno atribuiu ao sujeito uma condição de subordinação aos pressupostos de disciplina, ordem e método, com a finalidade de tornar-se auto detentor de um domínio pessoal.

Estas circunstâncias também podem ser pensadas através do entendimento sobre a biopolítica e poder/dominação sobre os corpos, marcadamente expressa pela multiplicação de novos diagnósticos psiquiátricos. Ocorre um incentivo em delimitar e estreitar a relação entre normal e patológico, na medida em que tangenciam-se comportamentos sociais aceitáveis, redefinindo-os em termos médicos biologicistas, sendo a medicalização uma ferramenta técnico-científico para impulsionar esta busca (CONRAD, 2007).

## **2 BIOPOLÍTICA NAS SOCIEDADES LÍQUIDAS**

No processo analítico de Foucault, as ideias caminham a partir de um deslocamento interpretativo no que tange à política tradicional – o Estado e o seu monopólio de poder governamental. Segundo ele, é através da existência de micropoderes concedidos ao Estado, ao lado da estrutura política já montada, que o monopólio solidifica-se em todas as camadas sociais. Foucault entende que durante a metade do século XVIII surge uma tecnologia de poder aliada ao que ele chamou de “poder disciplinar”, que vai além do corpo do indivíduo e visa o homem como ser vivo e como espécie. Assim e dessa forma, o Estado controla os elementos que são próprios da vida: nascimento, morte, produção e adoecimento. Biopoder, para Foucault, é o meio pelo qual controla-se toda uma população e, a Biopolítica, a prática destes biopoderes, que referem-se à gestão e ao estabelecimento do que são e de como devem ser saúde, higiene, alimentação, sexualidade, costumes apropriados e demais formas de controle político-social (FOUCAULT, 1978). Então, “[...] o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no

biológico, no somático, no corporal que antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica” (FOUCAULT, 1986, p. 80).

O Biopoder e a Biopolítica, no âmbito da psicopatologia, fazem-se presentes através da importância dada à norma e à demarcação da fronteira entre normalidade e o que é fora desta delimitação. O discurso jurídico é subordinado aos elementos estritamente biológicos e já assegurados enquanto científicos, bem como às estatísticas dos programas de gestão em saúde, que buscam a vida saudável e o cumprimento de estratégias demográficas. O corpo passou a ser usado como um elemento para a gestão política, com a finalidade de multiplicar as estatísticas de morbidade e mortalidade e contribuir para considerar o que é ou não normal (CAPONI, 2009).

Conforme podemos compreender a partir dos estudos de Canguilhem (1990), haverá sempre uma imprecisão com relação à busca definitiva do que é normal e patológico, embora a delimitação seja sempre alvo de buscas supostamente científicas. O autor frisa que a distinção entre normal e patológico ultrapassa uma simples variação quantitativa, existindo, pelo contrário, uma diferença qualitativa substancial entre um e outro estados que não é passível à objetividade, ou seja, não pode ser reduzida a cálculos e médias. O autor já afirmava: “[...] o patológico implica um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada (1990, p. 187).

Por isso mesmo, qualquer que seja o elemento considerado fora da norma, deve ser tomado como um fenômeno a ser obrigatoriamente colocado entre o saber médico e o saber jurídico. Na prática, os conceitos supracitados são representados, por exemplo, pelos mecanismos de correção social e normalização, por meio do incentivo à medicalização social, pela razão farmacêutica, pelo crescimento de novas denominações psicopatológicas e pela aparição de novas tecnologias do comportamento. Por conseguinte, a questão contemporânea destaca-se através da existência de um processo moderno em que os aspectos e sintomas originados da cultura “[...] são condensados na subjetividade do ser humano se transformando em sintomas corporais. Contudo não se pode dizer que o sofrimento é uma patologia, uma vez pensados como algo inerente à natureza humana [...]” (BARROS, 2016, p.24). O movimento das sociedades líquidas, portanto, direciona as particularidades da existência humana, vivenciada por cada sujeito – a exemplo da depressão –, como anormalidades de ordem psicopatológicas e que necessariamente precisam ser tratadas.

### 3 DEPRESSÃO E MEDICALIZAÇÃO

A partir da produção científica das últimas décadas, houve um crescimento de discussões sobre as novas configurações subjetivas, as modalidades de sofrimento na modernidade e contemporaneidade, principalmente no que tange às afetações no campo psicopatológico. Safra (2004) reflete sobre as repercussões da cultura contemporânea sobre o psiquismo e afirma que os problemas atuais levaram o ser humano a abdicar do seu modo de ser e atender ao modelo de homem moderno adequado para acompanhar a evolução científica e do trabalho. Este por sua vez, vive fragmentado, descentralizado de si e sem recursos para encontrar amparo para lidar com suas desordem psíquicas. Os sujeitos contemporâneos sofrem ao tentar equilibrar o que compreendem sobre si e o que solicitam que ele seja, tentando fugir da “não existência e do não sentido” (SAFRA, 2004, p. 12).

Ehremberg (2009) assegura que a vivência no mundo contemporâneo confere sofrimento aos sujeitos, pois eles são cobrados a seguir, frequente e estritamente, identidades fragilizadas e refutáveis. A Depressão, para ele, é a manifestação psicopatológica mais comumente vista e falada, tornando-se representativa de um mal-estar que caracteriza-se sobretudo pelo vazio e fragilização da experiência psíquica individual, vez que o sujeito a vivencia como expressão de auto-insuficiência às exigências. A depressão, como expressão máxima do sofrimento nos dias atuais e sua relação com as mordazes formas de subjetivação verificadas na contemporaneidade, é caracterizada por Roudinesco (2000) como um sofrimento marcado pelo niilismo, narcisismo e pela solidão, decorrente da condição de desamparo e perda do reconhecimento de si:

O sofrimento psíquico se manifesta atualmente sob a forma de depressão, (...) atingindo no corpo e na alma por essa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca de identidade e o culto de si mesmo, o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo. Por isso passa da psicanálise para a psicofarmacologia e da psicoterapia para a homeopatia sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade (ROUDINESCO, 2000, p. 13).

Conforme Abras (2011, p.3), “a vida se engole a seco”. A autora percebe a Depressão como um fenômeno que recebe o estatuto de neurose contemporânea, permeada por uma sociedade narcísica e consumista, onde o sofrimento é fora de moda e onde o sujeito não pode demonstrar fragilidades; assim, o sujeito depressivo é culpabilizado por representar o fracasso da ideia de sucesso e progresso contínuo. O sujeito depressivo necessita de um tempo e espaço subjetivo que não são esperados pela sociedade da produtividade e do consumo. O momento

atual afirma ideais de saúde, beleza, sucesso e bem-estar que não consideram a importância do sofrimento – no sentido de uma condição básica existencial. Tavares (2009) indica que vivemos em um momento em que a cultura tende a desprezar as dimensões simbólicas da vida e buscam energicamente evitar o sofrimento ou ao menos reconhecer sua existência, a exemplo do uso excessivo de medicamentos para prevenir e supostamente tratar a dor/o sofrimento, bem como a necessidade de afirmação de uma felicidade plena/completa.

Birman (2006, p.54) diz que “[...] a dor do desespero pode ser recusada pela transformação da alquimia dos humores”. Em vista disso, o uso e acesso demasiado aos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos são utilizados como forma de assegurar os pressupostos modernos e apropriar-se daquilo que é mais íntimo do homem – seu corpo e sua subjetividade. Conseqüentemente, a real importância do uso dos medicamentos se esvai em meio à urgência na direção do tratamento e cura da dor. A medicalização, neste sentido, segue o modelo psiquiátrico vigente desde sua consolidação junto à medicina moderna a partir do século XIX. Hoje, este modelo tornou-se atuante através do modelo psiquiátrico americano, principalmente com o uso do DSM-V, referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, difundida mundialmente, e apanágio das intervenções médico-psiquiátricas e seus respectivos diagnósticos conceituais e descritivos.

Caponi (2007, p. 8) compreende que “[...] A transformação do sofrimento em patologia, ou situação de risco de uma doença futura, com sua conseqüente medicalização, são marcantes na demanda atual de bem-estar e intolerância ao sofrimento alheio [...]”. Nesse sentido, a lógica buscada no modelo explicativo-causal da depressão pretende assemelhar-se às explicações etiológicas, elaboradas para falar sobre doenças infectocontagiosas, por exemplo. Na sintomatologia indicativa de uma infecção, parte-se de estratégias que visam detectar um marcador biológico ou um microorganismo patogênico, para então determinar de que adoecimento se trata e a terapêutica a ser definida. No contexto da depressão espera-se que ela se enquadre na suposição indicativa de que fora reduzido à serotonina cerebral e que o antidepressivo agirá sobre o sistema serotoninérgico de modo a eliminar os sintomas depressivos (SOARES, CAPONI, 2011).

Ao tratarmos do termo “medicalização”, necessário se faz estabelecer uma distinção entre “medicar” e “medicalizar”. Medicar será tratado como a situação em que um antidepressivo pode, sobretudo quando associado à psicoterapia/psicanálise, melhorar a condição emocional de alguém e impedi-lo de auto-destruir-se, reformulando discursos e maneiras diferentes perante seu sofrimento. E “medicalizar” refere-se a um recurso do modelo médico biologicista com vistas à modelagem dos comportamento e da sociedade, sobretudo

quando lança mão de medidas farmacológicas como único meio de abordar o sofrimento – ente as quais os antidepressivos – de forma terapêutica exclusiva, em doses não singulares ao paciente ou à intensidade de sua depressão ou face a diagnósticos mal formulados.

Segundo Conrad (2007), o termo medicalização surgiu na década de 60, como forma de caracterizar a tendência de apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, discutida por críticos do campo da sociologia da saúde da época como um fenômeno negativo para a sociedade. A medicalização, no entendimento de Caponi et al. (2009), não se resume apenas ao uso indiscriminado e/ou exacerbado de medicamentos. A autora analisa o fenômeno como um processo atuante e dominante em diversos domínios da vida, notório pela ampliação da jurisdição médica na sociedade, aumento do número de médicos, de indústrias farmacêuticas e do uso de medicamentos em geral e, em particular, psicofármacos. Conseqüentemente, a autorização dada à categoria médica para dizer sobre o sofrimento psíquico e sobre a sobre a subjetividade, delega à Medicina poder e controle social, sobretudo às expensas da farmacologia. Esta, por sua vez, fomenta a racionalidade biomédica, alardeando promessas de felicidade graças à medicalização da vida, pois, ao se criar a oferta (dos medicamentos) criam-se demandas. Assim, a invenção dos psicofármacos “ofereceu à psiquiatria a perspectiva de construir uma suposta legitimidade médica e científica” (BIRMAN, 2007, p. 241).

Logo, a conjuntura epistêmica atual coloca em risco a singularidade e a autonomia dos sujeitos perante os sofrimentos, dores e adoecimentos. Illich (1975), por sua vez, fala sobre a existência de uma heteronomia imposta pela cultura médica moderna e critica práticas autoritárias que tentam objetivar o sofrimento e anular a participação das pessoas em seu próprio cuidado. Julga este fenômeno denominando-o de “expropriação da saúde”, sustentado e organizado pela medicina, caracterizando-o como “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (ILLICH, 1975, p.10). Já Donnangelo (1976), analisa o papel disciplinar e normalizador da medicina como uma ferramenta e poder do Estado capitalista, o qual toma o corpo e os indivíduos como objetos e agentes da necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção. Por isso, ambos autores indicam a importância de ações de resistência que visem a desmedicalização e o reposicionamento dos sujeito perante seu próprio cuidado.

Neste processo também ocorre um movimento interessante sobre o lugar que o discurso da psiquiatria ocupa na contemporaneidade e ele pode ser visto quando se pensa criticamente sobre as estratégias de intervenção atuais no âmbito da saúde. A psiquiatria muda seu objeto de estudo e, ao invés de assegurar-se pela via do incentivo ao reestabelecimento do que chamam de saúde perdida, promovem estratégias que visam antecipar quaisquer anomalias ou

comportamentos que não são aceitáveis como e/ou enquanto normais. Para tanto, o recurso medicamentoso alinha-se à esta estratégia e também garante seu espaço. Foucault (1999, p. 150) já alertava: “[...] tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter reativo, falta de afeto etc., tudo, daqui em diante, poderá ser psiquiatrizado”. Desse modo, a questão já não é primordialmente curar, mas antecipar, prevenir aquilo que se supõe deverá ser curado. Para isso ser possível, são criadas estratégias de controle da sexualidade e da reprodução, estratégias que têm como alvo a grande família dos anormais. Desse modo, a psiquiatria se institui como defensora da ordem social.

A Organização Mundial da Saúde assegura que a saúde de toda a população é essencial para conseguir-se paz, segurança e ainda depende da relação aproximada dos indivíduos com o Estado. Com esta perspectiva, a saúde passa a ser vista como um estado de “completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). Daí a saúde também ser considerada como ausência de síndromes psicopatológicas (HANSEN, 2004). Para Pignarre (2012), a problemática para este pressuposto é que sofrimento e adoecimento psicopatológicos são considerados por uma via que se pode qualificar de pseudocientífica, a organicomecanicista, quando se baseia em parâmetros estatísticos e epidemiológicos da saúde orgânica, aplicando-os à esfera psíquica – a qual escapa a esses parâmetros.

As pesquisas da Europa afirmam que, em um ano, aproximadamente 250 pessoas, em cada grupo de mil, estarão no quadro das pessoas que sofrem de alguma doença psiquiátrica. A OMS confirma o dado e indica que ele se estende para todo o mundo, principalmente pelo aumento de novas patologias e do aumento de casos de depressão, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (todos medicáveis com antidepressivos) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Dentre estas, a Depressão é a primeira colocada na estatística do Estados Unidos da América e segundo a OMS, atingindo de 5% a 10% da população mundial (300 a 600 milhões de pessoas). Só no Brasil, aproximadamente 17 milhões de pessoas foram diagnosticadas como depressivas nos primeiros anos deste século (WAKEFIELD, HORWITZ, 2010; CAMPOS, 2016)

O sofrimento contemporâneo, destacado sobretudo pela depressão, é cada vez maior e proporcional às diversas subclassificações ofertadas pela psiquiatria para a sua denominação e conceituação. Através da perspectiva científica, estas construções discursivas sobre a depressão e o crescimento das taxas de diagnósticos, representam o progresso da ciência e do conhecimento, justificando que o homem sofre e que agora é possível diagnosticar (WAKEFIELD, HORWITZ, 2010) De acordo com Guarido (2007), vivemos um momento

histórico em que somos obrigados a conviver com discursos médicos que nomeiam os sofrimentos humanos, e através do posicionamento científico, negam tudo que vai contra os conhecimentos gerados através da ciência, pois ocupam o lugar da verdade. O autor também sugere que há interesse ávido das indústrias farmacêuticas em sustentar esta relação entre o sofrimento e o consumo dos psicofármacos.

Estas questões alertam para a necessidade de repensar a prescrição e uso contínuo de medicamentos, bem como o medicamento no mesmo âmbito que qualquer outro produto. Aguiar (2005 *apud* CALAZANS e LUSTOZA, 2008, p.126) afirmam que:

A propaganda, ao divulgar os medicamentos como produtos de consumo, tende, entre outras coisas, a induzir a automedicação, agravar patologias ou sintomas, incentivar a aquisição de produtos ineficazes ou inadequados e ampliar os gastos do Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito ao tratamento de intoxicação medicamentosa, que ocupa o primeiro lugar no *ranking* de intoxicações nos centros de controle de toxicologia e farmacovigilância do Brasil.

Dessa forma, a psiquiatria, a medicina, as indústrias farmacêuticas e o Estado capitalista caminham ao lado da medicalização, acompanhado do discurso do progresso científico, mídia e *marketing*. Guarido (2007, p. 154) explica que “[...] a psiquiatria atual requer uma naturalização do fenômeno humano e um condicionamento do sujeito à bioquímica cerebral, sendo somente regulável pelo uso dos medicamentos [...]”. Ambos engajaram-se pela busca de uma técnica que pudesse objetivar todo sofrimento e, por conseguinte, o transformasse em uma entidade presente no corpo. A depressão, por sua vez, tornou-se um sinalizador do sofrimento contemporâneo, resultado de um movimento ideológico do mal-estar. E a medicalização, ou como expresso por Freud (1930) “substâncias intoxicantes”, emerge como a proposta de evitação dos sofrimentos, gerando, em contrapartida, dependência à sensação manipulável de bem-estar e, acima de tudo, a ilusão da felicidade plena que as pessoas correm para alcançar e talvez não alcancem nos ansiolíticos, nos antidepressivos, nos emagrecedores e outros fármacos, os quais bem se podem prestar como um atalho para tamponar suas faltas – ou lidar com a castração.

#### **4 DEPRESSÃO E PSIQUIATRIA**

Segundo o Manual e Diagnóstico Estatístico de transtornos mentais (DSM; APA, 2002, 2014) e pelo Manual de Classificação Internacional de Doenças (DIC 10; OMS 1993), entende que para a Psiquiatria e Medicina, respectivamente, a Depressão é um Transtorno de Humor ou um Transtorno afetivo, identificada a partir de um diagnóstico baseado no preenchimento de

um conjunto de requisitos frente aos sintomas que o indivíduo apresente de forma constante. A exemplo de alguns, estão presente: distúrbio do sono e da libido, ansiedade, fadiga, expectativas negativas, indecisão, falta de iniciativa, choro constante, abuso de drogas, impulsividade, comportamento de desistir das coisas com frequência, tristeza, irritabilidade, apatia, afastamento social, dentre outros. Campos (2016) esclarece que para a Psiquiatria, o conjunto desses e outros sintomas, ocasiona uma síndrome, utilizada como referencial explicativo de ordem neurofisiológica e que caracteriza-se por uma disfunção das vias serotoninérgicas e noradrenérgicas do sistema nervoso central. Dalgarrondo (2000), por exemplo, fala que nesta nosologia psiquiátrica, o diagnóstico é buscado através de signos patogênicos atravessados pelo olhar médico e postos em um espaço categorial (sinais e sintomas dispostos em categorias), sendo a etiologia da síndrome vista pela via neurofisiológica.

Dito isso, justificam a utilização dos fármacos como recurso fundamentado em evidências dito científicas, que agem de forma rápida, fácil e universal, agindo diretamente no espaço compreendido como fisiológico, assim, o medicamento agiria em neurotransmissores na fenda sináptica (CAMPOS, 2016). Autores como Del Porto (1999) coadunam com os aspectos positivos ao uso de antidepressivos, segundo o qual, seu uso levaria ao crescimento de novas células em uma área do cérebro, identificada com acentuada perda celular e atrofia, tendo em vista o estresse e/ou a depressão.

Em contrapartida, mesmo olhando por um viés estatístico, a respeito dos tratamentos sugeridos à depressão, Campos (2016), partindo dos estudos de Kramer (1994) e Wakefield e Horwitz (2010), reflete sobre a eficiência da farmacoterapia. Para os autores, este recurso não atinge os índices de melhora almejado, ocupando melhora mediana de 60 a 65%, com taxa de recaída de 50% (após um ano). Assim como, percebem que em termos de incidência, não houve redução de casos de depressão, ao lado de uma crescente taxa de suicídios. Destacam ainda que a prescrição e/ou uso indiscriminado de fármacos ainda é um risco letal para as sociedades.

Esse viés epistemológico naturalista e positivista erra ao desconsiderar a subjetividade, autonomia e corresponsabilidade do sujeito em seu processo de adoecimento, na primazia de querer consolidar uma clínica sustentada pela via do que fora supracitado enquanto biopolítica e dominação dos corpos, com um método objetivo e universal. O equívoco se encontra exatamente em objetivar aquilo que não é passível à objetivação – o sofrimento. Nas palavras de Calazans e Lustoza (2008, p.5): “[...] O projeto medicalizante não é só ideológico, mas também político. Político por querer tratar o debate não como um confronto entre posições que disputam qual é a verdade sobre o homem [...]”. E ainda reforçar que “[...] não nos interessa aqui propriamente analisar qual delas é a legítima, mas, sobretudo, identificar (...) que se trata

de um debate que não pode ser decidido em um plano objetivo (CALAZANS, LUSTOZA, 2008, p.5).

## **5 DEPRESSÃO E PSICANÁLISE**

Antes de adentrar diretamente no contexto entre depressão e psicanálise, cabe destacar que considera-se, a partir de Dunker (2011), que o diagnóstico, seja ele por via da psiquiatria ou psicanálise, deve levar em consideração o que o sujeito coloca acerca do seu sofrimento e a serviço da clínica, a exemplo de como ele próprio o denomina e explica seus sentimentos. Atentando-se também para o fato de que um diagnóstico que não reflete sobre aspectos semiológicos é tão somente uma descrição narrativa, na mesma medida que diagnóstico sem intervenção é uma classificação sem ordenamento e ainda que um diagnóstico desprovido de sua etiologia é uma redescricao sem finalidade.

O diagnóstico para psicanálise e psiquiatria possui um viés comum em sua história: a psicopatologia e o possível direcionamento do ‘tratamento’ (resguardando as devidas proporções, este termo será considerado aqui, no sentido do acompanhamento ao sujeito). Porém, ao contrário da psiquiatria, a psicanálise considera o diagnóstico construído pelo paciente, por entender que a emergência destes conteúdos fazem parte da sua relação com a castração e o desejo. Ou seja, o processo sintomático do qual ele se queixa e suas formulações discursivas sobre seu próprio diagnóstico, conferem atribuição de significantes sobre as demandas entorno do seu sofrimento (DUNKER, 2011).

Em Lacan (1959-1960), entende-se que o diagnóstico é construído junto ao sujeito no decorrer das sessões, pois, tangenciado por via da relação transferencial, fala sobre a denominação que falta para representar o sintoma. O diagnóstico revela a posição imaginária que o sujeito se compreende, por meio do ato (acontece no real) de reconhecimento de um lugar (simbólico). Por isso, o psicanalista consegue trabalhar com hipóteses diagnósticas, atentando-se para não incluir ao vocabulário do sujeito significantes (no caso, das suas próprias demandas) que não são dele. Esse ponto, revela a importância do psicanalista estar também em análise.

Estas considerações permitem sustentar a argumentação construída sobre a influência que a medicalização e biopolítica ocupa na vida das pessoas. Entendam: o diagnóstico movido pelo olhar técnico-científico, pragmático e positivista, é uma ferramenta junto a naturalização dos sintomas, consumo exacerbado de medicamentos e protocolos de tratamento, por exemplo, sustentados por políticas públicas que dizem voltar-se para a saúde da população, bem como interesses subjacentes da indústria farmacêutica e Estado capitalista, com a finalidade de

fomentar o lucro e a dominação social através do corpo. Neste movimento, a população não percebe que correm na busca de uma felicidade ideal e inalcançável, promovida pela mídia que se posiciona à serviço de uma minoria dominante. E como evidencia Kehl (2009) atualmente vive-se uma vida marcada pelo automatismo, velocidade e repetição, suprimindo possibilidades outras de existir no mundo.

Neste direcionamento, é possível destacar também que a depressão sobre a qual fala-se atualmente, está relacionada com a dor e ao sofrimento. Como aponta Barros (2016), *apud* Freud (1930), o *desprazer* é como um motor para que o homem busque o prazer. O não saber lidar com o sofrimento, o conduz a busca de meios que tentam camuflar este sofrimento e Freud já dialogava sobre três possibilidades: olhar positivamente para as situações de conflito, substituir lidar com o *desprazer* com elementos que gere satisfação – a exemplo da compulsão por comidas, e aderir ao uso de medicamentos que por determinado momento anulam o sofrer, e não se fala sobre elementos não palpáveis deste sofrimento. Assim, “[...] entre procurar não sofrer e ser feliz, o objetivo maior é livrar-se daquilo que, mesmo não garantindo essa felicidade, como consequência, possa eliminar o *desprazer*” (BARROS, 2016, p. 18).

Dor (1989) entende que nos estudos de Lacan, a depressão diz sobre se haver com o desejo do Outro e tamponar seu próprio desejo, sendo a saída do depressivo tentar retraindo o desejo e negar-se ao olhar do Outro. Kehl (2009, p. 14) fala sobre sua experiência no contexto da clínica psicanalítica e destaca que o estabelecimento do diagnóstico para as depressões, bem como o direcionamento do tratamento, é melindroso e exige cautela. O sujeito depressivo vivencia, segundo a autora, momentos de desamparo, sentimento de vazio, abatimento e lentidão mental e corporal – na contramão do mundo imediatista em que vive. Comenta sobre a frequência de sujeitos depressivos que não admitem o risco da derrota e ante a exigência imperativa de “tudo ou nada”, caminham para o lado do nada. E o “[...] gozo – chamado no senso comum de ganho secundário – dessa posição protegida custa ao sujeito o preço da impotência, do abatimento e da inapetência para os desafios que a vida virá lhe apresentar [...]”. Assim, o sujeito depressivo no mundo contemporâneo, não encontra muitos espaços para elaborar o sentido do seu mal-estar e por isso:

“[...] Analisar o aumento significativo das depressões como sintoma do mal-estar social no século XXI significa dizer que o sofrimento dos depressivos funciona como sinal de alarme contra aquilo que faz água na grande nau da sociedade maníaca em que vivemos. Que muitas vezes as simples manifestações de tristeza sejam entendidas (e medicadas) como depressões graves só faz confirmar essa ideia. A tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado [...]” (KEHL, 2009, p. 30).

Discorrer sobre depressão em psicanálise também pode ser discutida pelo viés do ‘tempo’ discutido por Lacan em “O tempo lógico” (1998). Ele recorda em Freud que o sujeito da psicanálise não é oriundo de um *lugar*, mas de um *intervalo*, de lógica temporal, compreendida em três momentos: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. Entende-se que o tempo do sujeito depressivo – tempo lento – representa uma forma de asilo contra a agilidade imperativa de atender as demandas do Outro, embora, isso não o desprende das exigências deste Outro. Daí, a temporalidade do sujeito depressivo fica em suspenso. Tornando importante que quando ele encontra-se em análise, haja seu encontro com a temporalidade oculta; resgata-se as experiências de forma atemporal, oferecendo espaço para que o inconsciente seja alcançado e passível a novas elaborações. Em outras palavras, o sujeito depressivo, em análise, poderá perceber (instante de ver), compreender (ter acesso ao conteúdo que anteriormente era motivo de angústia pelo ‘não saber’ e a partir disso passar pelo tempo do ‘compreender’). Logo, o momento de concluir é abrir espaço para as elaborações, como via de buscar a ‘cura’ (um movimento em que surge novas formas de lidar com o sofrer; novas formas de lidar com a castração).

Para exemplificar isso Lacan utiliza-se de um sofisma. Veja:

“O diretor de uma prisão reúne três prisioneiros e promete a liberdade àquele que descobrir a cor do disco que pregou às costas de cada um, cada disco sendo escolhido dentre três (discos) brancos e dois (discos) pretos. Os prisioneiros não têm meios de comunicar uns aos outros os resultados de suas inspeções, nem de alcançar com a vista o círculo pregado às próprias costas. Depois de se terem observado por um tempo, os três prisioneiros se dirigem juntos para a saída e cada um, separadamente, conclui que é (tem nas costas o disco) branco, o que é realmente o caso, dizendo a mesma coisa: ‘Dado que meus companheiros eram (tinham nas costas discos) brancos, pensei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia inferir disso o seguinte: ‘Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente ser branco, teria saído imediatamente, portanto não sou preto’. E ambos teriam saído juntos, convencidos de serem brancos. Se não faziam nada, é porque eu era um branco como eles. Diante disso, encaminhei-me para a porta, para dar conhecer a minha conclusão.” (PORGE, 1989, p.23).

Araújo (2016) explica que em Lacan o tempo leva em conta o desdobramento de cadeia de significantes; o tempo se realiza a partir de considerações discursivas circunstanciais, situando os sujeitos em seu próprio tempo e linguagem. Para a autora “[...] A fala em situação analítica deve servir a uma reordenação em cadeias significantes que seja capaz de causar um enfrentamento da agressividade, ou do que causa angústia, de modo a conduzir ao advento da palavra plena [...]” (apud LACAN, 1954-1955/1987, p.337).

No mundo contemporâneo a depressão caminha na contramão entre os ideais de felicidade e a tentativa de evitar o mal-estar. Kehl (2009, p. 207) explica que:

“[...] a equivalência entre os ideais de felicidade e a supressão do conflito constrói a perspectiva fantasiosa de que o sujeito possa se tornar idêntico a si mesmo, anulando sua divisão originária. O empobrecimento da vida subjetiva que resulta das diversas estratégias contemporâneas de anulação do conflito – seja por via medicamentosa ou pela adesão sem reservas às ofertas de gozo em circulação no mercado – é cúmplice do atual crescimento dos casos de depressão [...]”.

Em face destas considerações, o sujeito depressivo da contemporaneidade, é alguém que incomoda por sua relação com a temporalidade e a posição subjetiva que tenta não levar em consideração seu desejo. Sendo a medicalização um meio precipitado que dificulta o acesso à dimensão inconsciente e problemática temporal dessas pessoas. O sujeito depressivo aniquilado pela medicalização, não poderá reinventar sua existência, salvo os casos em que o medicamento, junto a psicoterapia ou análise, refere-se a um dos elementos na tentativa de reposicioná-lo no mundo real. Para que então, as intervenções, feitas no real, resultem em elaborações para o enfrentamento ao que o faz sofrer.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O percurso argumentativo elaborado neste trabalho, ressalta que o sofrimento, nas suas diversas ordens, é representativo de um dado momento histórico, por enraizar-se nas relações socioculturais. Na contemporaneidade, por sua vez, o sofrimento é usado como uma forma de dominação dos corpos, ancorado nos ditames científicos e do estado capitalista, deixando em suspenso o aspecto emblemático da subjetividade e da linguagem, justificado através de um ideal performático que apoia-se no crescimento da indústria farmacêutica. Incentiva-se uma acelerada busca em tamponar o sofrimento, através do processo de medicalização e pela via da biopolítica.

A depressão, como um sofrimento de destaque nas estatísticas em saúde no mundo, por um lado, é usada pelo discurso médico dominante para reafirmar a busca por uma forma universal de tratamento – centrado no corpo orgânico, cognitivo e fisiológico do sujeito, auxiliando na continuidade da produtividade econômica dos estados, visto o consumo contínuo de fármacos sem acompanhamento psicoterápico/psicanálise. E por outro, ainda gera gasto econômico, exatamente porque a maneira como é vista e tratada acontece de forma equivocada. Pois, a depressão está além dos limites do corpo.

Esta questão contemporânea foi vista pela ótica da Psiquiatria e Psicanálise. Especificamente, como ambas denominam a depressão e como percebem os sujeitos depressivos. Assim, a escrita desenvolvida apoia-se na perspectiva da Psicanálise e do cuidado

que ela oferece ao sujeito, contrário ao discurso hegemônico atual, em que não considera-se o que as pessoas tem a dizer sobre sua existência no mundo. O objeto de reflexão proposto, portanto, é de que existe a tentativa de tornar pragmático aquilo que não é passível à objetivação científica – o sofrimento.

## REFERÊNCIAS

- APA - Associação Psiquiátrica Americana. (2002). **DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- BARROS, D. B. T. **Leitura Psicanalítica dos psicofármacos: a medicalização do sofrimento**. Monografia. Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande: Paraíba, 2016.
- BAUMAN, Z. (1998). **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- BIRMAN, J. (1991). **A constituição da clínica psicanalítica**. In J. Birman, Freud e a interpretação psicanalítica (pp. 135-166). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- BIRMAN, J. (2001) **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 2. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- BIRMAN, J. (2006). **A psicanálise e a crítica da modernidade**. In J. Birman, Arquivos do mal-estar e da resistência (pp. 33-56). Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira. Psicanálise e
- BRUM, E. **Exaustos-e-correndo-e-dopados**. El País Brasil. 2016. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464\\_246482.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html)> Acesso em: 20 de setembro de 2016.
- CALAZANS, R. e LUSTOZA, R. Z. “**A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde**”, in Arq. bras. psicol. [online]. Vol.60, n.1, 2008.
- CAMBUÍ, H. A. **Sofrimento psíquico contemporâneo: um estudo psicanalítico do imaginário coletivo de estudantes de psicologia. Pós graduação em Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem**. Bauru-São Paulo. 2013.
- CAMPOS, E. B. V. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 22-44, dez. 2016
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990a.
- CAPONI, S. (2009). **Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão**. Inteface (Botucatu), 13(29), 327-338. doi: 10.1590/S1414-32832009000200007
- CONRAD, P. (2007). **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- DALGALARRONDO, P. (2000). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, RS: Artmed.

DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico**. Rev. Bras. Psiquiatr, vol.21, suppl.1, pp.06-11. 1999.

NUNES, E., DONNANGELO, C. D.: pioneira na **construção teórica de um pensamento social em saúde**. Ciênc. saúde coletiva, vol.13, n.3, pp.909-916. 1976.

DOR, J. (1989). **Introdução à leitura de Lacan**: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

DOR, J. (1991). **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro, RJ: Taurus-Timbre.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, tratamento e psicoterapia. São Paulo: AnnaBlume, 2011.

EHRENBERG. A. **O sujeito cerebral**. Psicol. Clin, vol.21, n.1, pp.187-213. 2009.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.

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

FOUCAULT, M. (1998). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.

FOUCAULT, M. (2008). **Nascimento da biopolítica**. São Paulo, SP: Martins Fontes.

FREIRE-FILHO. **Ser feliz hoje**: reflexões sobre o imperativo da felicidade João Freire Filho (Org.) Rio de Janeiro: FGV, 2010.

GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico**: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Educ. Pesqui, vol.33, n.1, pp.151-161, 2007.

GUIMARÃES. S. S. **“Introdução ao estudo da dor”**. In: CARVALHO. Maria Margarida M. J. de (Org.) Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo. Summus. 1999.

HANSEN, J. H. **Como entender a saúde na comunicação?** São Paulo: Paulus, 2004.

ILLICH. I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KEHL, M. R. (2009). **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo.

KRAMER, P. D. (1994). **Ouvindo o prozac**: uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a pílula da felicidade. Rio de Janeiro, RJ: Record

LACAN, J. (1988). O seminário: livro 7 - **A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original escrito em 1960)

LACAN, J. (1993). **Televisão**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)

LACAN, J. (1998). **O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos revela a experiência psicanalítica**. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

LACAN, J. “**El tiempo lógico y el aserto de certitumbre anticipada: un nuevo sofisma**”

OMS - Organização Mundial de Saúde (1993). **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento** da CID-10. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2001). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção nova esperança**. Genebra: OMS.

PERES, U. T. (2003). **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

PIGNARRE, P. (2012). **Comment la dépression est devenue une épidémie**. Paris: La Découverte.

PORGE, ERIK. (1989/1998) **Psicanálise e tempo: O tempo lógico de Lacan**. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

PORTUGAL, D. VAZ, P. **A felicidade é química e pode ser vendida: as dimensões éticas e mercadológicas da razão farmacêutica**. Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. XXI Encontro Anual da Compós, Universidade Federal de Juiz de Fora. 2012.

QUINET, A. (2006). **Teoria e clínica da psicose**. São Paulo, SP: Forense Universitária.

QUINET, A. (2008). **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

ROUDINESCO, E., PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAFRA, G. **A pó-ética na clínica contemporânea**. Aparecida: Idéias e Letras, 2004.

SILVA, L. L., COELHO, E. B. S., CAPONI, S. N. **Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica**, vol.11, n.21, pp.93-103, 2007.

VERGELY, B. **O sofrimento**. EDUSC. Bauru, São Paulo. 2000.

WAKEFIELD, J. C, HORWITZ, A. V. (2010). **A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. São Paulo, SP: Summus Editorial.