

**Larissa Cristina Menezes dos Anjos Praxedes**

Graduada no Curso de Psicologia pelo  
Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM

**Marco Aurélio Guedes de Souza**

Graduada no Curso de Psicologia pelo  
Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

**Matheus Oliveira de Azevedo**

Graduada no Curso de Psicologia pelo  
Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

**Luana Ruff do Vale**

Orientadora no Curso de Psicologia no  
Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir sobre a patologia da depressão como sintoma social na contemporaneidade. Realizou-se um estudo teórico a partir da revisão de literatura com base em artigos e livros que tratam do tema em questão. Percebeu-se que a subjetividade humana tem como conceito um processo de construção de si. Ela é produzida ao longo da formação do indivíduo e é surpreendida por influências diversas de âmbito individual ou coletivo, tais como: Grupos sociais, experiências vividas, mídia, entre outros influentes que alteram ou não a produção subjetiva do indivíduo. Concluiu-se que a escuta clínica surge como uma alternativa à medicalização, a singularidade do sujeito no lugar do enfoque na patologia. Logo esse trabalho visa contribuir acerca da importância da escuta ao que se refere ao sujeito como biopsicossocial.

**Palavras-chave:** subjetividade; medicalização; mal-estar; contemporaneidade; escuta clínica.

## INTRODUÇÃO

Este presente estudo é resultado do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso intitulado “DEPRESSÃO: UM SINTOMA SOCIAL CARACTERIZADO COMO MAL DO SÉCULO”. A definição pelo tema da pesquisa deu-se pelo aumento da patologização de depressão, fato no qual nos despertou interesse para como esse diagnóstico vem sendo elaborado, além do fato de que a medicalização tem sido bastante utilizada na atualidade com o objetivo de um alívio imediato ao sofrimento do sujeito. Sendo assim, acendeu o interesse de analisar até que ponto a escuta clínica se presta como alternativa à medicalização, discutir sobre o lugar do mal-estar como sintoma

social na contemporaneidade.

A realização desse trabalho ocorreu por meio de pesquisa bibliográfica sobre o índice do aumento das depressões e questões que afetam diretamente o sujeito, pois segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), na última década, houve um aumento de 18,4% de pessoas com depressão, correspondendo a 322 milhões de indivíduos. No Brasil esses índices também parecem maiores, pois 5,8% dos habitantes sofrem com a desordem.

Atualmente, nota-se que o aumento dos diagnósticos de depressão está relacionado às características da contemporaneidade, tais como tristeza, desesperança, desamparo e desânimo, sentimentos estes presentes nos discursos dos indivíduos como expressão de mal-estar. A tristeza pode ser compreendida, por vezes, como sinônimo de depressão. Sendo assim é de extrema importância o entendimento desses fenômenos. (MAGALHÃES; AZEVEDO, 2016)

Segundo Kehl 2009 apud MAGALHÃES; AZEVEDO;2016; p.8:

A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI. Por isso mesmo, os depressivos, além de se sentirem na contramão de seu tempo, veem sua solidão agravar-se em função do desprestígio social de sua tristeza.

Reconhece-se dessa forma que lidar com os mal-estares na sociedade contemporânea parece não ser tarefa fácil, levando os sujeitos a fazerem escolhas que aliviem o sofrimento de forma instantânea, na mesma rapidez do tempo no qual se vive. Roudinesco (2000) destaca que nos dias atuais o sofrimento psíquico manifesta-se sob a forma da depressão, causando no corpo e na alma uma mistura de tristeza e apatia, buscando a identidade e o culto de si mesmo, não acreditando, mas na veracidade das terapias. Logo, ele busca desvencilhar-se do vazio de seu desejo.

Vem à tona o tema da medicalização ao pensarmos na ideia de aliviar o sofrimento de forma rápida e a não credibilidade da veracidade das terapias. O conceito de medicalização é um tema recorrente do pensamento social e segue atualmente, sendo considerado de grande importância desde os anos 60 e 70, no Brasil. Esse debate também se fez presente, cabendo destacar aula proferida por Michel Foucault em 1975, na Uerj, em que o autor discute distintos aspectos da Medicina e da medicalização (FOUCAULT, 2010). O conceito se consagra a partir de estudos da década de 1970, que referenciava inicialmente as correntes marxistas e liberais humanistas. A medicalização denotava assim algo suspeito derivado da criação ou incorporação de um problema “não médico” ao aparato da Medicina, tornando-a um lugar da verdade, no qual juízos são sentenciados por especialistas que portam uma objetividade e uma moral neutra

aparentemente. Sendo assim, o enfrentamento das doenças assume um lugar de embate moral, essa retórica que imputa responsabilidade e culpabiliza ao indivíduo pelo seu próprio adoecimento.

Neste trabalho será abordado a depressão como sintoma social partindo de algumas características da contemporaneidade que podem ser disparadoras ou potencializadoras desse mal-estar. A evolução histórica de um social não acontece sem deixar certas marcas que a caracterizam e que estão relacionadas aos modos de constituição das subjetividades individuais e coletivas que surge nesse processo, já que “cada espécie de sociedade produz sua própria espécie de estranhos e a produz de sua própria maneira, inimitável” Bauman (2001). De acordo com o autor, consideremos a contemporaneidade como herdeira dos referenciais postos na Modernidade Líquida que se traduz na ideia de liquidez e de fluidez, sendo percebida no modo como as relações familiares, interpessoais, de trabalho, entre outras, são constituídas na atualidade, colocando à prova as certezas e os referenciais outrora construídos sob um modo de atadura social na Modernidade Sólida.

## **O CAMINHAR HISTÓRICO DA DEPRESSÃO**

Visando compreender a origem da depressão, nos debruçamos a estudar suas matrizes históricas. Sabemos que o termo depressão é de conhecimento de todos tornando-se popular no final do século XX sendo ainda hoje muito discutida em meio científico, correlacionando com aspectos da sociedade. Mas para surpresa de muitos, esses sofrimentos psíquicos se assemelham as depressões vividas na antiguidade, porém eram chamadas de melancolia.

Como destaca Kolb (1977), no século VI a. C surge a primeira classificação dos distúrbios mentais. Fala-se pela primeira vez em melancolia e mania. Portanto, séculos antes de Cristo, a melancolia e suas diferentes formas eram expressas tanto nas artes trágicas quanto nas filosóficas. Seguindo em este mesmo caminhar histórico, Hipócrates, segundo Holmes (2001), descreveu que as ações comportamentais seriam governadas por quatro instancias básicas do humor (líquidos): bílis negra, bílis amarela, fleuma e sangue, sendo a causa da melancolia um desequilíbrio no cérebro gerada pela bílis negra.

Contrariando a ideologia de Hipócrates, Aristóteles discorre em uma de suas obras sobre melancolia. Para ele, “a melancolia é colocada como condição de genialidade, responsável por capacidades distintas” (Teixeira, 2005, p. 44). Logo, Aristóteles relaciona sofrimento melancólico com percepção e inteligência do homem. Ainda na antiguidade é possível encontrar casos de depressão como por exemplo: na Bíblia no Antigo Testamento século IX a.C, no I Livro de Samuel no qual refere-se ao rei Saul. Também é possível observar nos escritos de Homero, na obra *Iliada* a história do suicídio de Ajax (Finazzi, 2003; Kaplan, 2002). Estas histórias demonstram fortes sentimentos de fraqueza e culpa caminhando para fins trágicos.

Entretanto, os conceitos Aristotélicos e Hipocráticos são os alicerces que perpassam os tempos e chegam à modernidade.

Sendo assim, a melancolia perpassa a história e séculos desde a medicina Árabe, tanto quanto a idade das trevas, atravessando as reformas protestantes, renascença chegando aos avanços científicos rompendo com a ideologia e limites religiosos. No final do século XVIII a melancolia é traduzida como “o grande sintoma do tédio destilado pela velha sociedade” (ROUDINESCO, 1997, p. 506). Com a chegada do século XIX e o surgimento da medicina mental e o início das classificações categóricas e subcategóricas das doenças, com isso a melancolia é instaurada como verdadeira doença mental. Como nos aponta Teixeira (2005). O termo melancolia é substituído por depressão inicialmente na psiquiatria europeia, tendo sua consolidação mundial a respeito da subjetividade contemporânea no século XX.

Atualmente, a depressão é a alteração afetiva mais estudada. Conhecida popularmente como “mal do século”, sendo circunscrita nas letras F32 e F33 da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) como “rebaixamento do humor, Globalização e melancolia: a depressão como doença ocupacional redução de energia e diminuição da atividade”, quando “existe alteração da capacidade de experimentar prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo” (OMS, 2019). O termo depressão é utilizado com frequência para se referir a qualquer um dos vários transtornos depressivos. Alguns estão classificados no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) por sintomas específicos: Transtorno depressivo maior (muitas vezes chamado depressão maior); Transtorno depressivo persistente (distímia); outro transtorno depressivo específico ou inespecífico. Hoje, seu diagnóstico é facilitado devido a presença dos sintomas e por todas as teorias.

## **Os manuais classificatórios**

Com a finalidade de facilitar a comunicação entre os médicos sobre as doenças da mente, a Organização Mundial de Saúde decide criar um capítulo para os transtornos mentais no manual denominado CID-10. Como mencionado no tópico anterior, a depressão está situada na categoria de transtornos de humor (afetivos) sob a denominação de Episódio Depressivo ou Transtorno Depressivo Recorrente. A CID-10 (2006) explica que os transtornos de humor não são suficientemente bem compreendidos para receberem uma aprovação universal, mas enfatiza que uma classificação deve ser tentada. Logo o diagnóstico varia de acordo com o quadro clínico do paciente.

A CID-10 (2006) cita, de forma genérica, que a principal perturbação nos transtornos de humor é a alteração do humor ou afeto, os demais sintomas surgem secundariamente. Ela ainda nos retrata que a grande maioria desses transtornos tende a ser recorrente e que frequentemente, eventos ou situações estressantes, tem ligação ao início dos episódios. Vale

ressaltar, que ao que se refere ao episódio depressivo, a CID-10, caracteriza três categorias, podendo os episódios serem leve, moderado e grave. O indivíduo que possui episódios depressivos “usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fragilidade aumentada e atividade diminuída” (CID-10, 2006, p.117). Também é possível observar alguns outros sintomas comuns nesses casos, tais como: cansaço após esforços leves; concentração e atenção reduzida; ideias de culpa e inutilidade; pessimismo do futuro; autoestima e autoconfiança reduzidas; visões desoladas e pessimistas do futuro; sono perturbado; ideias ou atos de autoagressão ou suicídio e apetite diminuído. Deve-se ressaltar que as três categorias (leve, moderado e grave) citadas acima, somente é utilizado no diagnóstico na ocorrência do primeiro episódio, pois do contrário, ao ser repetido outras vezes, o profissional deve classificá-los em uma das subcategorias do transtorno depressivo recorrente.

O transtorno depressivo recorrente ocorre de maneiras repetidas ou quando tem episódios breves de elevação do humor e baixa hiperatividade após um sintoma de depressão, sendo possível observar alguns níveis que compõe a subdivisão dele. Alguns níveis dessa subdivisão são: transtorno depressivo recorrente – episódio atual leve; transtorno depressivo recorrente- episódio atual moderado, transtorno depressivo recorrente- episódio atual grave sem e com sintomas psicóticos; transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão; transtorno depressivo recorrente não especificado e outros transtornos depressivos recorrente.

Também é possível localizar outros transtornos mentais no manual classificatório denominado como DSM-V-TR. De acordo com o próprio DSM (2013), ele foi produzido no intuito de ser utilizado nos contextos clínicos, de pesquisa e educacionais. Nele é possível observar que os transtornos mentais são divididos conforme o conjunto de critérios e características que os definem. No caso da depressão, é possível localizá-la no eixo I no qual é destinado a categoria dos transtornos clínicos e de outras condições que chamem a atenção clínica. Neste eixo, também é possível encontrar a sessão de transtornos de humor no qual possui aspectos relacionados a depressão. Em um primeiro momento, para esse manual, o episódio depressivo maior é descrito como um bloco de construção para o que virá posteriormente, o transtorno depressivo maior.

Segundo o DSM V- TR (2013), o episódio depressivo maior é caracterizado por um humor deprimido ou pela perda de interesse/prazer pela maioria das atividades, durante um período mínimo de duas semanas. Além dessas características, o indivíduo com esse tipo de depressão, deve estar acometido por outros quatro sintomas, tais são: diminuição da energia; alteração no apetite ou peso, sono ou atividade psicomotora; dificuldade para pensar, concentrar ou tomar decisões; sentimentos de desvalia ou culpa; planos ou tentativas suicidas; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida. Vale ressaltar, que esses sintomas devem ser acompanhados por sofrimento ou prejuízo significativo na vida social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do sujeito em sociedade.

Também é importante relatar que dentro das categorias dos transtornos depressivos existe a possibilidade de três tipos de diagnósticos: transtorno depressivo maior, transtorno distímico ou transtorno depressivo sem outra especificação. O que diferencia um transtorno do outro é o que o caracteriza, pois, o transtorno depressivo maior é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores. Em contrapartida, o transtorno distímico é caracterizado por um humor cronicamente deprimido que ocorre com uma frequência mínima de dois anos, praticamente todos os dias. Além disso, ainda é possível encontrar, pelo menos dois dos seguintes sintomas: insônia ou hipersonia; apetite diminuído ou hiperfagia; baixa autoestima; baixa energia ou fadiga; fraca concentração ou dificuldade de tomar decisões e sentimentos de desesperança. Já o que caracteriza o transtorno depressivo sem outra especificação, como o próprio nome já diz, nele inclui transtornos depressivos que não satisfazem os critérios, ou seja, sem especificação, para os outros dois transtornos citados anteriormente.

## **DEPRESSÃO COMO SINTOMA SOCIAL EM UMA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

Discutir a depressão como sintoma social a partir de características das contemporâneas que podem ser disparadoras ou potencializadoras de mal-estar é essencial. Devemos compreender que Freud já nos prenunciava na sua obra *O Mal-estar na civilização - 1929-1930*, os percalços entre o que o sujeito desejava e o que a sociedade os exigia, sendo o sujeito um sujeito da cultura, ou seja, na medida que se construía uma civilização sobre a renúncia das pulsões e buscando a sublimação nesse contexto civilizatório.

Atualmente, alguns fenômenos aparecem no campo analítico, um exemplo disso são as patologias alimentares (anorexia, bulimia), as excessivas manipulações cirúrgicas corporais e a dependência de álcool, drogas e medicamentos. Tais manifestações clínicas bem são distintas das paralisias e nevralgias com que Freud deparou-se nos tratamentos históricos. Podemos assim dizer que estas manifestações do sofrimento psíquico mudaram desde os trabalhos primitivos de Freud.

### **Civilização e cultura**

O mal-estar na civilização (*Das unbehagen in der kultur*), escrito em 1929-1930, traz reflexões importantes de Freud acerca do papel da cultura na condução do mal-estar, este é um trabalho fundamental da sua obra. A tradução realizada para o português se apresenta com o termo civilização, nos levando a um questionamento sobre a diferença entre cultura e civilização, ou especificamente, a que Freud queria se referir quando utilizava o termo kultur.

Freud, em *O futuro de uma ilusão* (1928), nos indicava que não iria distinguir entre cultura e civilização, destacando assim que os dois aspectos eram sinônimos ao usar o termo kultur. Por um lado, inclui todo o

conhecimento e capacidade que o homem adquiriu com o fim de controlar as forças da natureza e extrair a riqueza desta para a satisfação das necessidades humanas; por outro, inclui todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os outros e, especialmente a distribuição da riqueza disponível (FREUD, 1928/1996h, p. 16). No texto de 1930, nas mesmas ideias de raciocínio, propõe-se a pensar *kultur* (civilização no texto em português) como a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuítos, a saber: o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos (FREUD, 1930/1996i, p. 96).

Esta definição Freudiana é de grande abrangência, incluindo as construções simbólicas e materiais que direcionaria a vida humana, dado que os seres humanos não são guiados por instintos. Sendo assim, a *kultur* forjaria aquilo que ao homem de início, dada sua condição humana não tem: uma orientação natural. No percurso que Freud escolhe a ser traçado para analisar radicalmente o mal-estar é de suma importância compreender algumas das ideias anteriores que ele vinha desenvolvendo. A noção de desamparo (*hilfflosigkeit*), que foi apresentada no *Projeto* (1895), é importante para compreender algumas articulações dessa produção de 1930.

No *Projeto*, Freud trabalhava para descrever o funcionamento do aparelho psíquico em termos de movimentação energética e de registros dessa movimentação. Neste trabalho utiliza nomenclaturas biológicas, refere-se a grupos de neurônios, porém o aparelho que se descreve refere ao homem (homem de linguagem), que constrói uma orientação para sua ação no mundo, e não a um ser biológico orientado por instintos. Uma topologia da subjetividade sendo assim possível pensar o desamparo. O aparelho psíquico pensado por Freud no *Projeto* (1895) visaria à manutenção das excitações em um nível mínimo, considerando essa excitação desprazerosa. Assim, a excitação ou energia exógenas, advindo das percepções, deve ser descarregada em ações musculares. A excitação endógena, por tanto, nem sempre chega até a descarga motora, devendo ser mantida em níveis constantes e controláveis.

Posteriormente, em 1900, Freud irá trabalhar com a elucidação dessa circulação de energia no aparelho e da experiência da satisfação. Nesse esquema que apresentava duas extremidades, uma perceptiva e uma motora, como no desenho de um pente. Em geral, os processos psíquicos possuem uma direção que vai da percepção à descarga motora, deixando ao percorrer o aparelho registros de sua passagem, traços das percepções que incidem sobre ele - traços *mnêmicos*. O que tudo isso nos mostra é que as primeiras experiências de satisfação de uma criança junto ao seio materno, em que a energia atravessa o aparelho do perceptivo ao polo motor, deixaria registros *mnêmicos*, deixando inscrito representantes dessa satisfação. Ao mesmo tempo em que essa experiência é registrada (representada), ela é perdida como natural (ELIA, 2007). Na verdade, o que se inscreve dessa satisfação não é a satisfação em si, mas um representante dessa experiência.

Ainda assim, podemos encontrar no texto de 1926, *Inibição, sintoma*

e *angústia*<sup>1</sup>, Freud volta a essa noção de desamparo ao tratar da angústia, situando esta como um produto do desamparo mental<sup>2</sup>. Freud trata nesse ponto, o desamparo como a falta radical do objeto capaz de satisfazer, pois falta a mediação para a satisfação se colocar. Sendo assim, no campo humano, não podemos falar de instinto para o qual exista um objeto natural que possa satisfazer, mas sim podemos falar de pulsão (*trieb*), cujo Freud articulou o objeto, apresentando-se da forma mais variada. Na verdade, como visto anteriormente, a inserção do homem na linguagem permite pensar o desamparo.

É só de um lugar já inserido representacional que podemos tratar a ausência de objeto. Em tese, podemos dizer que o desamparo marca essa divisão entre a exigência de satisfação e a possibilidade de alcançar a satisfação e reconhecê-la como tal. Freud então apresenta o desamparo como estrutural, não podendo ser ultrapassado, contudo contornado. Seguindo nas obras do pai da psicanálise em 1911, no artigo *Formulações sobre os dois princípios que regem o funcionamento mental*, Freud irá sistematizar a hipótese outrora já presente muito germinal no *Projeto* de que o aparelho psíquico funciona segundo princípios organizadores, organizando a relação de satisfação. Frente ao desamparo humano original que colocará em subordinação a satisfação de um outro, um aparelho psíquico se construirá orientado por um princípio de organização, desse modo, resta contornar o insuportável que o desamparo apresenta, a saída é uma estratégia para lidar com aquilo que não tem solução natural: o desamparo e o atravessamento pela linguagem.

Buscando manter a excitação menor possível (mas não nulo, o que seria a morte) o princípio do prazer trabalha com limiar de excitação (pressão para satisfação), menor será o desprazer. Como o bebê, em sua dependência do outro para obtenção de satisfação, não pode controlar os objetos do mundo que lhe trariam a satisfação, diminuindo a excitação (princípio de inércia) é preciso criar alternativas que possam o auxiliar nesse contingente de excitação. O princípio do prazer forja então a equivalência: excitação é igual a desprazer.

Assim, o aparelho psíquico passa a funcionar tendo uma lógica de gerência do desprazer. Na tentativa de evitar o desprazer e na ausência de objeto, essa lógica organizacional do aparelho psíquico pode recorrer à alucinação do objeto, fazendo existir no mesmo o objeto suposto satisfazer. Dada a ineficiência desse princípio, pois a insatisfação continua mesmo diante do objeto alucinado. Como uma espécie de continuação desse, constrói-se um outro princípio: o princípio de realidade, que tem o objetivo de discriminar a presença do objeto na realidade e adiar ou transferir a satisfação na ausência do objeto. Sendo assim, o princípio da realidade busca modelar a excitação para que ela só apareça em situações determinadas, na qual poderá encontrar algo da ordem da satisfação. "a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade não implica a deposição daquele, mas apenas sua proteção" (FREUD, 1911/1996d, p. 242).

Freud em 1920 formula um novo dualismo pulsional: pulsão de vida

versus pulsão de morte. A pulsão de vida, Eros, visaria à ligação e à unidade. A pulsão de morte, Thánatos, visaria à divisão, à destruição, à restauração do estado inorgânico. A pulsão de morte seria silenciosa, mais que isso, indizível, uma vez que não se liga a representações de palavra (GARCIA-ROZA, 2005). Do contrário, a pulsão de morte, opõe-se à totalização objetivada pela pulsão de vida, atuando por seu princípio destrutivo, na instauração do novo, provocando a emergência de novas formas. A função desses dois princípios (do prazer, da realidade) é reguladora. Tendo seu objetivo regular a satisfação pulsional em função da relação prazer/desprazer, buscando de maneira alucinatória ou através do adiamento e do deslocamento para objetos a satisfação adequando-se às normas sociais - o princípio constitui o funcionamento de um campo.

Tendo o projeto de felicidade em construção ideativa e valorizada pelo humano, se vista sob o olhar dos princípios, passa a ser procurada através de uma negativa cujo seria: evitar o desprezer, embora Freud irá afirmar que não há nada preparado para que ela seja alcançada nem no micro, nem no macrocosmo. Diante disso, se faz necessária as construções de alternativas de contorno frente ao desprezer e da não satisfação direta das pulsões, pois segundo Freud (1930/1996i, p. 83):

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós, proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas.

A civilização tal qual nos auxiliaria nessa organização de possibilidades de alternativas fornecendo formas de satisfação adequadas ao projeto de cultura.

Dessa forma, a satisfação obtida logo deixa de satisfazer (FREUD, 1930/1996i). As possibilidades de felicidade são, restringidas a sua própria constituição, tendo o sentimento de infelicidade mais corriqueiro: o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que podem voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens (FREUD, 1930/1996i, p. 85). O princípio da realidade vem auxiliar o princípio do prazer para lidar com suas adversidades.

O princípio de realidade irá moderar toda insatisfação e a satisfação, buscando a uma ação possível. Contudo, sua ação nunca é satisfatória. Trata-se de um inquietante círculo, que demanda constante movimento das energias psíquicas.

“O programa de tornar-se feliz que o princípio de prazer nos impõe não pode ser realizado; contudo não devemos - na verdade, não podemos - abandonar nossos esforços de aproximá-los da consecução, de uma maneira ou de outra” (FREUD, 1930/1996i, pp. 90-91).

Sendo assim, pensar o sofrimento psíquico como efeito do impasse entre a exigência de renúncia imposta pela sociedade e o impulso para a satisfação seria possível? O sintoma neurótico é efeito das dificuldades dessa negociação, nesse caso, buscar modificações tais na civilização pode permitir a moderação da satisfação sem excessos de proibição ou de permissão, Freud chegou a articular em 1908, no artigo *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* essa proibição. Presenciamos hoje um contexto de gozo absoluto, alta permissividade sexual, mas será que podemos afirmar que ele é acompanhado de diminuição do sofrimento?

Em posse do conceito de pulsão de morte 1930, Freud é bastante claro ao explicar que não se trata de um problema da civilização que necessita ser aprimorado, porém de uma questão estrutural inerente ao homem, "de algo da natureza da própria função que nos nega satisfação completa e nos incita a outros caminhos" (FREUD, 1930/1996i, pp.110-111). Para o homem civilizar-se, ele adiou e modelou suas exigências de satisfação (sexuais e agressivas), estabelecendo assim um controle pulsional, ou ao menos tentando. Em troca dessa renúncia, a cultura lhe ofereceria satisfações que iria substituir, encarnadas nos inúmeros bens sociais que hoje nos cerca. Nesse quadro, aponta-se que a infelicidade humana seria proveniente de falhas na cultura em oferecer esse “bem” prometido como recompensa à renúncia. Porém, se a satisfação completa ainda insiste em não se apresentar, Freud, ao invés de culpar, embora não faça o contrário; os atrasos civilizatórios, supõe que o estado de insatisfação é inerente ao humano.

Podemos efetuar, gradativamente, em nossa civilização, alterações tais que satisfaçam melhor nossas necessidades e escapem às nossas críticas. Mas talvez possamos também nos familiarizar com a ideia de existirem dificuldades ligadas à natureza da civilização, que não se submeterão a qualquer tentativa de reforma (FREUD, 1930/1996i, p. 120).

O homem então renúncia para civilizar-se, mas é essa civilização que o ampara no impossível de viver. Sendo assim para justificar sua posição, Freud lança mão do conceito de pulsão de morte. Parte dessa energia pulsional seria organizada pelo aparelho e vinculada a objetos, mas outra parte dessa energia se encontraria fora da organização dos princípios, satisfazendo-se de forma alheia à regra de evitar o desprazer. “O homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança” (FREUD, 1930/1996i, p. 119).

Podemos assim então compreender que o sujeito, na contemporaneidade, apresenta modos diversos de se articular no mundo diante das demandas da cultura da sua época, produzindo assim, por vezes, sintomas – como por exemplo a depressão. Atualmente, o termo depressão, tem sido utilizado para nomear diversos sentimentos, como por exemplo, a tristeza que tem sido vista como sinônimo de depressão. Sendo assim a cultura é peça fundamental na constituição psíquica humana, sendo a relação desta de forma inegável com a sintomatologia de seu tempo.

Segundo dados da OMS já mencionado neste trabalho a depressão se sistematiza como sofrimento predominantes na sociedade contemporânea, como o pai da psicanálise sublinha não podemos desassociar o sofrimento psíquico do seu contexto social, pois cada sujeito encontra uma incompatibilidade entre suas necessidades e as exigências culturais sociais de seu tempo. “A prepotência da natureza, a fragilidade de nosso corpo e a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade” (FREUD, 1931). Sendo assim como lidar com a depressão na atualidade sem a relacionar com um sintoma social, este conceito não se define em função da grande incidência estatística da depressão como uma patologia. Esta ideia de sintoma social neste trabalho vai articular o discurso próprio ao sintoma no caso depressão, considerando assim o significativo utilizado na atualidade para rotular, identificar as mais diversas formas de mal-estares (DUNKER, 2015).

Podemos então analisar esse discurso ou suas características específicas culturais que podem ser disparadoras desse mal-estar (depressão). Como já citado no tópico acima, a depressão possui uma variedade de formas classificatórias, porém, elas destacam-se enquanto fenômeno na atualidade, pois percebe-se que ela se tornou um dos mitos em saúde mental na contemporaneidade, levando em consideração que a pluralidade de fatores da cultura atual. Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) publicados no Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança - a depressão, nos próximos 20 anos, poderia vir a ser a segunda das principais causas de doenças em todo o mundo, como também uma das principais causas para o afastamento dos sujeitos de toda natureza de atividades laborais, contribuindo para impossibilitá-los de vivenciarem sua existência nas dimensões sociais e coletivas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como objetivo traçar um breve panorama histórico da depressão e como possivelmente o aumento dos diagnósticos na atualidade está relacionado as características da contemporaneidade. Considerou-se as mudanças estabelecidas ao longo das épocas que perpassava na vida do sujeito e o modo em que se vive hoje, na contemporaneidade, tendo em vista uma sociedade espetacular, narcisista, fluida e vazia de referenciais sólidos, como produtoras de mal-estares.

Portanto, é possível enfatizar que cada época teria suas formas individuais de adoecimento, no qual expressaria as estruturais sociais vigente, tendo em vista que o mal-estar se constitui através das determinações culturais.

Logo, é possível dizer que os sujeitos contemporâneos muita das vezes não consegue corresponder as exigências da cultura de sua época, o que acarreta um sofrimento como processo intrínseco á condição humana, podendo levá-lo a depressão e ao desejo perdido de suas ideias. Situação essa, que provavelmente, em muitos casos os indivíduos não reconhecem que estão. Logo, é possível articular essa questão em si a interpretação da psicanálise.

Foi possível compreender a maneira de interpretação da psicanálise, no qual vincula os estados depressivos do indivíduo a sua inserção na cultura, podendo o mesmo se manifestar em qualquer fase da vida. Com essa vinculação, os mal-estares contemporâneos passam a ser vistos e tratados como uma possível doença, como no caso da depressão. Com isso, percebe-se que para lidar com essa tarefa difícil que são os mal-estares na sociedade contemporânea, os indivíduos são levados a procurarem de forma mais rápida, formas de aliviarem o sofrimento. Portanto, é possível observar que a contemporaneidade pode ser vista como um tempo no qual o sujeito não pode sofrer, não tendo o direito de parar para lidar com o seu próprio mal-estar e buscar suas causas e sintomas, sem poder se responsabilizar e procurar novas formas para lidar com ele. Diante desse contexto, surge então o fenômeno da medicalização.

Com o objetivo de encontrar maneiras mais ligeiras para lidar com o mal-estar, não visando uma elaboração subjetiva, surge os medicamentos psicotrópicos, como alternativa fácil, rápido e eficaz para os mal-estares, lançando então, o fenômeno da medicalização do sofrimento, no qual é possível observar atualmente. Logo observa-se que quanto maior a dor da existência, mais recursos farmacológicos são utilizados, sendo uma medicalização (des) medida na intensidade do sofrimento, tenda em vista que o sujeito busca se enquadrar em alguns padrões da sociedade atual, com a ideia de se satisfazer, possuindo alegria eterna, com uma vida sem sofrimento. Vale a pena ressaltar que não se buscou definir os sujeitos aos seus sintomas, nem diminuir ou invalidar os benefícios dos medicamentos e a importância da psiquiatria no tratamento da depressão. O que buscamos é frisar aqui é que os sintomas fazem parte da estrutura discursiva dos sujeitos e que há a necessidade de alerta para o uso excessivo e indiscriminado dos medicamentos, podendo fazer com que o sujeito passe a ser visto apenas como uma patologia.

Conclui-se que a escuta terapêutica é um meio essencial do trabalho clínico e psicossocial, pressupondo que a fala é um endereçamento ao outro, logo, gera um engendramento do laço social. A escuta clínica, oferece ao indivíduo o direito de expressar-se, falando de si e de tudo que lhe causa sofrimento, permitindo a mobilidade ao campo do simbólico e aos profissionais da psicologia, permitindo aumentar a sensibilidade ao que se refere no trato do sofrimento do outro. Vale ressaltar que a escuta

psicanalítica, no campo da saúde mental, é apenas um viés dentre tantas outras abordagens eficazes para o tratamento nesse contexto, tendo um posicionamento diferente na contemporaneidade, diante do sofrimento, das formas de subjetivações, tendo os sintomas como efeito do social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

DA SILVA MAGALHAES, Marilene Moreira; AZEVEDO, Fábio Giorgio Santos. (2016) *A (de) pressão e a contemporaneidade: notas sobre o sintoma social*. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros-1 ed.* São Paulo: Bomtempo,2015. Recurso digital

ELIA, L. (2007). *O conceito de sujeito* (2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Finazzi, M. E. P. (2003). *Breve Histórico sobre a Depressão*. Disponível: <http://www.campsm.med.br/artigos/depressao.htm>. Acesso em: 30 de agosto de 2020.

FOUCAULT, M. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Verve, v. 18, p. 167-194, 2010.

FREUD, S. (1996d). Formulações sobre os dois princípios que regem o funcionamento menta. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1911).

FREUD, S. (1996c). Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 9). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1908

FREUD, S. (1996i). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930).

FREUD, S. (1996b). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente escrito em 1895 e publicado em 1950).

GARCIA-ROZA, L. A. (2005). *Freud e o inconsciente* (21a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

HOLMES, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A. (2002). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas

KOLB, L. (1977) *Psiquiatria Clínica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

MAGALHÃES, Marilene Moreira da Silva; AZEVEDO, Fábio Giorgi Santos. *A (de) pressão como sintoma social: notas sobre contemporaneidade*. Revista de Psicologia Diversidade e Saúde 2016 Dez5(2):215-226

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)*. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/>. Acesso em: 13 MAI. 2020

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2013). *Mental Health Action Plan*.

ROUDINESCO, E. (1997). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Tradução, Vera Ribeiro. Rio de Janeiro. Zahar, 2000.

SIGMUND, F. O mal-estar na civilização (1931). In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 2006

TEIXEIRA, M. A. (2005). *Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria*. Revista de Psicanálise UNESP.