

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Ludmila Corrêa Gesualdi Chaves Gomes

MULHERES TRABALHADORAS DEPRESSIVAS:
Estilo de vida, consumo e doença mental

Taubaté-SP
2017

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Ludmila Corrêa Gesualdi Chaves Gomes

MULHERES TRABALHADORAS DEPRESSIVAS:
Estilo de vida, consumo e doença mental

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestre pelo programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação

Orientador: Prof. Dr. André Luiz da Silva

Taubaté-SP
2017

LUDMILA CORRÊA GESUALDI CHAVES GOMES

**MULHERES TRABALHADORAS DEPRESSIVAS:
Estilo de vida, consumo e doença mental**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação

Orientador: Prof. Dr. André Luiz da Silva

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Luiz da Silva / Universidade de Taubaté (UNITAU)

Assinatura _____

Profa. Dra. Maria Angela Boccara de Paula / Universidade de Taubaté (UNITAU)

Assinatura _____

Profa. Dra. Ana Lucia de Castro / Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” (UNESP)

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Obrigada Deus por me conduzir em mais um caminho, sei que o Senhor cuida de mim e orienta meus passos.

Ao meu amado marido Igor pela compreensão, torcida e cuidado.

À minha família pelo incentivo durante a caminhada.

Às professoras doutoras da minha graduação, Anelise de Barros Leite Nogueira e Sônia Maria Ferreira Koehler por me introduzirem de uma maneira excelente ao mundo da pesquisa.

Ao Professor Dr. André Luiz da Silva pela orientação e disponibilidade.

À Professora Dra. Maria Angela Boccara de Paula que desde o início acompanha minha pesquisa e faz contribuições significativas.

Às participantes da pesquisa, por compartilhar suas histórias de vida e pela confiança depositada em mim.

*“Na casa defronte de mim e dos meus sonhos,
Que felicidade há sempre!
Moram ali pessoas que desconheço, que já vi mas não vi.
São felizes, porque não são eu.”*
Ficções do Interlúdio /Poesias de Álvaro de Campo
Apud CASTRO, 2010.

RESUMO

Esse trabalho discute as relações entre as especificidades da sociedade contemporânea e os modos de subjetivação dos indivíduos que nela vivem. Como tem sido amplamente demonstrado, o estilo de vida e as práticas de consumo assumem formas distintas nessa sociedade. Por outro lado, pesquisas consultadas afirmam que o índice de depressão tem crescido e as mulheres são as mais diagnosticadas com esse tipo de transtorno. Diante disso, surgiu uma inquietação: existe relação entre o estilo de vida e os hábitos de consumo de mulheres trabalhadoras, diagnosticadas como depressivas por especialistas de uma rede pública de saúde, e o aumento da produção social de transtorno mental? Com uma preocupação de desenvolver uma análise dos aspectos simbólicos do desenvolvimento humano, tomado no seu sentido amplo, como experiência e formação identitária de indivíduos e grupos sociais, buscou-se conhecer a percepção de algumas mulheres selecionadas sobre a relação entre o estilo de vida, hábitos de consumo e o processo de produção social do transtorno mental denominado depressão. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa seis mulheres trabalhadoras, mães, que faziam uso de medicamentos controlados para depressão, usuárias do Serviço Público de Saúde Mental de um município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVP-LN). O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram organizados e analisados mediante a categorização das informações obtidas, orientada pela Análise Crítica do Discurso. As análises mostraram que as participantes se apresentaram por meio de suas trajetórias de vida, e que suas rotinas e hábitos guardam relação com suas histórias de vida. Foi possível perceber, que as participantes buscaram mudanças de estilo de vida na tentativa de que algo melhorasse em relação à saúde mental. Sobre o consumo, elas alegaram não serem consumistas, mas que compravam coisas para a casa ou para os familiares. Acreditam que a mulher deve ser independente do homem, porém, expressam essa opinião referindo-se a uma mulher abstrata ou idealizada. A depressão foi compreendida como sendo fruto de suas histórias de vida, alegando que, se parassem para pensar, poderiam afirmar que já se sentiam depressivas desde criança. A característica da sociedade contemporânea que mais apareceu nos depoimentos coletados foi a natureza fugidia das relações interpessoais. E por fim, quando questionadas, as participantes reconheceram existir uma relação entre a maneira como vivem e o transtorno mental com o qual foram diagnosticadas pelo serviço de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Humano, Estilo de Vida, Consumo, Mulheres, Depressão.

ABSTRACT

This work discusses the relations between the specificities of contemporary society and the modes of subjectivation of the individuals that live in it. As has been amply demonstrated, lifestyle and consumer practices take different forms in this society. On the other hand, polls indicate that the rate of depression has increased and women are the most diagnosed with this type of disorder. In face of this, there has been an uneasiness: is there a relationship between the lifestyle and consumption habits of working women, diagnosed as depressive by specialists in a public health network, and increased social production of mental disorder? With a concern to develop an analysis of the symbolic aspects of human development, taken in its broad sense, as experience and identity formation of individuals and social groups, we sought to know the perception of some selected women about the relationship between lifestyle, habits of consumption and the social production process of mental disorder called depression. For that, a descriptive, exploratory research with a qualitative approach was developed. Six working women, mothers, who used controlled drugs for depression, who use the Public Mental Health Service of a municipality in the Metropolitan Region of Paraiba and the Northern Coast (RMVP-LN), Brazil, participated in the study. The instrument used for data collection was the semi-structured interview. The collected data were organized and analyzed through the categorization of the information obtained, guided by the Critical Discourse Analysis. The analyzes showed that the participants presented themselves through their life trajectories, and that their routines and habits are related to their life histories. It was possible to see that the participants sought lifestyle changes to improve mental health. On consumption, they claimed not to be consumerists, but that they bought things for the home or for family members. They believe that the woman must be independent of the man, however, they express this opinion referring to an abstract or idealized woman. Depression was understood to be the fruit of their life stories, claiming that if they stopped to think, they could say that they had felt depressed since childhood. The characteristic of contemporary society that most appeared in the testimonies collected was the fugitive nature of interpersonal relations. And finally, when questioned, the participants recognized a relationship between the way they live and the mental disorder with which they were diagnosed by the health service.

KEYWORDS: Human Development, Lifestyle, Consumption, Women, Depression.

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAPS-II	Centro de Atenção Psicossocial
CEP/UNITAU	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté
CPS	Centro de Políticas Sociais
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FGV	Fundação Getúlio Vargas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Programa de Saúde Mental
RMVP-LN	Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problema	16
1.2 Objetivos	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.3 Delimitação do Estudo	17
1.4 Relevância do Estudo / Justificativa	20
1.5 Organização do Estudo	23
2. MÉTODO	25
2.1 Tipo de Pesquisa	27
2.2 População	28
2.3 Instrumento	29
2.4 Procedimentos para Coleta de Dados	30
2.5 Procedimentos para Análise de Dados	31
3. A NOÇÃO DE IDENTIDADE CULTURAL, SER MULHER E RELAÇÕES DE PODER	34
3.1 Identidade cultural descentrada	34
3.2 Ser mulher e relações de gênero	42
4. SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL INACABADA	54
5. DEPRESSÃO, MEDICALIZAÇÃO E SUAS REPRESENTAÇÕES	64
5.1 A construção social da depressão como excesso e vazio	64

5.2 A medicalização das subjetividades e dos afetos	73
5.3 As representações da depressão e a busca de significados	81
6. ESTILOS DE VIDA E PRÁTICAS DE CONSUMO DE TRABALHADORAS URBANAS	90
6.1 Estilo de vida e trajetórias	90
6.2 Práticas de consumo e produção de sentidos	97
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	123
ANEXOS	124

1. INTRODUÇÃO

Este estudo foi pensado e desenhado a partir das inquietudes que foram surgindo através do trabalho como psicóloga clínica. A maioria da clientela dos serviços de psicologia ainda são predominantemente mulheres. Ouvir diariamente distintas histórias de vida proporcionou conhecer suas lutas, anseios por igualdade e uma tentativa de se definir como pessoa. Percebe-se uma grande carga de cobranças sobre elas, o que muitas vezes, ocasiona transtornos, abalando sua saúde psíquica.

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar das pessoas. Porém, o organismo físico e os sintomas advindos dele são tendencialmente mais “ouvidos e respeitados” na contemporaneidade, do que o aparelho psíquico. Logo, os sintomas psíquicos precisam ser transformados em físicos para serem “vistos”, tornando-se assim o corpo, o palco para os sentimentos e sintomas ganharem realidade (para si e para o outro). Isso é muito comum, por exemplo, quando alguém passa por algum desentendimento na vida e fica com dores de cabeça, ou dor de estômago.

Por meio da experiência clínica percebe-se que os pacientes já chegam ao consultório com uma “doença” prescrita e com uma fala que revela que já buscaram saber sobre as causas, o tratamento e a possível cura. Enquadram-se num normativo encontrado, muitas vezes, na internet, que não faz ligação alguma com o que o indivíduo está sentindo e sua própria história de vida, experiências e escolhas. Na medida em que se vai ouvindo esse paciente, através da escuta clínica, o que se percebe é a reprodução de um discurso socialmente avaliado como “perito”, geralmente fragmentado e advindo da propaganda da indústria farmacêutica. Na verdade, poucos daqueles pacientes que chegam ao consultório de psicologia apresentam sintoma grave, que poderia ser enquadrado clinicamente como transtorno e que necessitaria de medicação. Boa parte dos pacientes apresenta condição relacionada a sentimentos comuns do ser humano e alguns indivíduos sentem dificuldades para aceitá-los. Esses incômodos, vividos e representados como transtornos são significativos e, de fato, ajudam as ciências humanas a interpretar as condições objetivas e simbólicas de vida na sociedade contemporânea. Contudo, talvez seja mais significativo ainda, o fato desses processos psicológicos estarem sendo transformados em “doenças”, muitas vezes recebendo, inclusive, a classificação de doenças físicas ou fisiologicamente localizadas (diagnosticadas) (DUARTE DA ROSA; WINOGRAD,

2011). Sem falar na representação, não excludente, de tais sintomas enquanto desvios ou fraquezas morais. Diante dessa “outra doença” (DUARTE, 1994), que é a expressão de sentimentos considerados ruins ou “patológicos” pela sociedade, o paciente se percebe enquadrado em uma doença passível de cura química e, muitas vezes, aceitar essa doença, tal qual definida hegemonicamente pelo viés biomédico e/ou moral, constitui-se na principal forma de amenizar sua angústia.

Na clínica psicológica da atualidade, as doenças que os pacientes mais se auto atribuem são a depressão e o transtorno de pânico, provavelmente por serem as doenças que têm os sintomas mais disseminados na internet e na mídia. Com isso, cria-se na sociedade a percepção de que, a cada dia, mais pessoas sofrem de transtornos mentais, sendo as mulheres as mais “atingidas”. A depressão é, sem dúvida, a epidemia deste século, os organismos internacionais de atenção à saúde admitem que se vive em uma sociedade depressiva (ROUDINESCO, 2000). Estima-se que o número de pessoas depressivas aumentará a cada ano (SANTOS; KASSOUF, 2007). Porém, cabe questionar como a depressão transformou-se em uma epidemia global. Não é difícil conceber que essa situação resulta de uma multiplicidade de fatores que se influenciam e se justificam reciprocamente: o estilo de vida que leva ao exercício do auto disciplinamento para conformação a rígidos padrões culturais (estético-morais), a auto atribuição do paciente, o poder perito de classificação do médico e, ainda, a necessidade de consumo de drogas gerada pela indústria farmacêutica. Vislumbra-se, portanto, o clássico tema das ciências sociais da relação entre indivíduo e sociedade, entre a subjetividade das agências singulares e a estrutura social objetiva. Ao fim, descobre-se que se está diante de uma construção social, uma representação da doença mental, que apresenta como lados da mesma moeda a depressão como criação patológica da sociedade contemporânea e a sociedade como expressão concreta das interações de pessoas tidas como (mais) depressivas.

A partir desse contexto, esse estudo foi cogitado para testar a hipótese, surgida na experiência clínica cotejada com a bibliografia, de que grande parte das pessoas não é clinicamente depressiva, mas se enquadra como tal para lidar com os sentimentos e emoções segundo a classificação e a prescrição da sociedade. Por que razão isso vem acontecendo? Teria alguma relação com as características da sociedade contemporânea? Existe relação entre o estilo de vida dos indivíduos contemporâneos e as “doenças” mentais mais comuns – e especificamente as associadas à depressão?

Mudanças específicas aconteceram na sociedade transformando o estilo de vida e os hábitos de consumo da população. Da mesma forma, o estilo de vida vem moldando a sociedade

contemporânea. E a hipótese dessa dissertação é que a depressão é uma doença socialmente construída, reflexo dessas mudanças e da relação dialética entre sociedade e indivíduo.

Difícilmente, apenas a psicologia teria condições para entender essas questões, já que necessariamente é preciso considerar a sociedade e a cultura para se chegar à compreensão sobre este modo de funcionamento psicossocial frente às demandas contemporâneas. Por isso, buscou-se uma forma interdisciplinar de unir trabalhos da sociologia, antropologia, psicologia e psicanálise, para compreender a relação entre a cultura, o indivíduo e os transtornos mentais atualmente mais comuns.

Segundo Fazenda (2008, p. 22), o método interdisciplinar “torna-se possível onde várias disciplinas se reúnem a partir do mesmo objeto”. Ou seja, é utilizado quando há a articulação das disciplinas para uma finalidade compartilhada. Afirma-se, assim, a interdisciplinaridade intrínseca ao campo de estudo do desenvolvimento humano, sobretudo na sua vertente social. Somente uma disciplina não teria todo o aporte teórico capaz de permitir a compreensão de fenômenos que se entrelaçam em sua constituição, como é o caso do estilo de vida e a vida mental (SIMMEL, 1973).

A sociedade, que Simmel (1973) define como sendo a interação de indivíduos, é o resultado de relações intersubjetivas e a formadora dos sujeitos que a constituem. Logo, buscar entender as condições e processos pelos quais os indivíduos, especificamente as mulheres, aceitam que estão adoecendo psiquicamente abrange analisar a sociedade e compreender a interdependência entre as noções de indivíduo e de sociedade. Não culpabilizando nenhuma destas instancias pela produção dos transtornos depressivos, mas, ao mesmo tempo, comprometendo ambas em relação à construção compartilhada da realidade (BERGER; LUCKMAN, 1991), dos processos de perturbações da vida e dos códigos públicos de entendimento cotidiano destes elementos – a realidade da vida e dos transtornos e as injunções que se apresentam no mundo da vida. Pois, diferentemente do que acreditava Durkheim (2012), esta pesquisa supõe que a sociedade não está acima do indivíduo. Em uma relação dialética, a vida social e a vida subjetiva se (re)constroem mutua e constantemente. Então, parte-se do pressuposto, já bastante demonstrado pelas ciências sociais, de que as características da sociedade, tal como se apresentam contemporaneamente foram formadas pelos indivíduos, que, por sua vez, têm estilos de vida condicionados pela realidade social.

Estilo de vida é a forma pela qual os indivíduos vivenciam o mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas (AMARAL, 1992). Há, nessa acepção, uma construção social da realidade, em que o indivíduo, por meio de suas interações subjetivas, cria e acredita em um tipo de realidade como verdadeira, que compõe a dimensão social de sua existência cotidiana.

De acordo com Berger e Luckmann (1991, p. 40), “a realidade da vida cotidiana é admitida como sendo a realidade. Não requer maior verificação, que se estenda além de sua simples presença”.

Essa representação da realidade, tomada por cada indivíduo como “a” realidade, sofre influências e, ao mesmo tempo, configura a teia de interações de cada membro da sociedade. Nesses termos, pode-se entender a sociedade como estando em constante transformação, como sendo constantemente presentificada pelo conjunto de inter-relações contemporâneas.

Contemporâneo é um termo utilizado para descrever os tempos atuais, um momento histórico, e, também, a maneira de viver e de se relacionar das pessoas de um dado momento. Muitas são as palavras usadas por diferentes autores, de acordo com suas teorias, para discorrer sobre o termo, como, por exemplo, “tempos hipermodernos” (LIPOVETSKY, 2004), “modernidade tardia” (GIDDENS, 1991; HALL, 2006) e “pós-modernidade” (LYOTARD, 1986). Nesta dissertação utilizou-se o termo “sociedade contemporânea” para se referir, às vezes, de forma aproximada, aos aspectos específicos que esses diferentes conceitos destacam do período presente.

No conjunto, as abordagens sobre o tempo presente entendem que ocorreram profundas mudanças sociais, culturais e econômicas nas últimas décadas na sociedade, modificando a subjetividade do humano ou gerando maneiras específicas de subjetivação. Da mesma maneira, outras formações sociais em outros momentos históricos também produziram formas de subjetivação diferentes e específicas nos indivíduos que existem ou que existiram noutros lugares e momentos.

Vive-se um período em que a tecnologia tem alterado profundamente as interações humanas. Com o advento e fortalecimento da industrialização, bem como com o surgimento da “sociedade da informação” (internet, realidade virtual, espetacularização da vida), muitas possibilidades de comportamento e de escolhas foram abertas e o consumo em geral passou a ter lugar de destaque nas condutas humanas. Tendo como base as suas fases, afirma-se que hoje o capitalismo centraliza seu funcionamento no âmbito do consumo e não mais nos estágios da produção. Os produtos, de maneira geral, são fabricados para terem durabilidade menor, se tornando “descartáveis” e incentivando assim, o aumento do consumo (BAUMAN, 2001). Por outro lado, as inovações dos instrumentos de produção, ocasionam, cada vez mais, o que os especialistas chamam de “desemprego tecnológico”, deslocando a centralidade da subjetividade dos indivíduos do trabalho e dos papéis profissionais para os estilos de consumo. Segundo Lowenkron (2003, p. 997), “ [...] na era atual, cujos ideais são pautados por exigências da sociedade de consumo, que promove a ilusão de liberdade individual irrestrita, o mal-estar

assume muitas formas de apatia, vazio interior, solidão e fracasso. Com isso, parecem ganhar relevo as figuras clínicas da depressão”.

As doenças da “cabeça” ou da “alma” também são características da sociedade contemporânea. Já foi dito que há uma “epidemia” de depressão e ansiedade na sociedade ocidental. Nos dias correntes, os imperativos de felicidade se fazem presentes (LIPOVETSKY, 2007). Certos roteiros de felicidade, manifestados principalmente nas redes sociais, como mulheres (e homens) bem-sucedidas, independentes, com o corpo idealizado, com alimentação “saudável”, são tão difundidos que, por estarem tão disseminados, se afiguram como irretocáveis, como imperativos, ou seja, como verdades absolutas (CASTRO, 2010; GOLDENBERG; RAMOS, 2002).

Rodrigues (2015, p. 10), acrescenta que “hoje há um imperativo de gozo, ou seja, há uma imposição de satisfação e prazer, e nesse caráter de mando, as pessoas querem tudo ao mesmo tempo agora. A tecnologia contribuiu muito para isso”. O que tem valor é o poder fazer o que quiser, na hora que tiver vontade, sem nenhuma barreira, sem nenhuma castração do desejo. A felicidade tornou-se atributo central e hipervalorizado no discurso sedutor que prevalece na sociedade contemporânea, permeado pelos diversos meios e processos de comunicação (CASTRO, 2010; LIPOVETSKY, 2007). Bem como, pela ideologia do individualismo tão cara à formação cultural do Ocidente (DUARTE, 1988).

Um tanto desse imperativo está na cultura construída pelo sistema neoliberal, em que tudo se torna objeto com um valor de troca. Por consequência, se a pessoa tiver dinheiro e acesso ao objeto que deseja comprar, será feliz (RODRIGUES, 2015). No sistema capitalista, a felicidade está intimamente ligada ao poder de compra.

De acordo com o exposto anteriormente, entre as características da sociedade contemporânea destacam-se a industrialização, a tecnologia, o consumo, o imperativo de felicidade, as relações virtuais, entre outras. Mas, ao mesmo tempo, é interessante pensar que, em plena era da informação e interação virtual, muitos se isolam e simulam ideais de felicidade. Acredita-se, então, que a internet acentuou esse isolamento social, criando um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que proporciona tanta conectividade, aumenta o número de pessoas que sentem solidão. As tecnologias de informação e de transporte foram introduzidas com a ideia de aproximar as pessoas, mas ainda assim, afirmam alguns autores, aumentam os níveis de angústia e solidão, na medida em que a troca de informações entre as pessoas se tornou mais superficial (virtual) (RODRIGUES, 2015). Esse fenômeno tem alterado de forma específica a configuração da família.

Mudanças na configuração familiar também ocorreram em função do novo papel social ocupado pela mulher. Grandes são as mudanças que o século XX e o início do XXI trouxeram para o lugar social da mulher. O acesso ao controle mais eficaz da procriação, a conquista dos espaços públicos, novas possibilidades de realizações pessoais e profissionais, tudo isso exigiu mudanças em sua posição subjetiva (ZALCBERG; AB'SÁBER; DUNKER; ALONSO, 2008), não obstante a manutenção dos propalados padrões culturais que reservam às mulheres o lugar de mãe e de dona de casa. Mesmo que as mudanças nas relações de gênero pareçam apontar concretamente para uma maior liberdade e autonomia das mulheres, há quem denuncie uma nova forma de controle e policiamento dos sujeitos, delimitados pela regulação das pulsões e da imagem corporal, o que pode significar uma pressão sobre o equilíbrio psíquico, sobretudo, ao que parece, no caso das mulheres.

Nas sociedades ocidentais, poderia se conceber que a cada período histórico corresponda um tipo de condição psíquica hegemonicamente prescrita como patológica. Existem doenças características de cada sociedade, que são “modas”, surgidas da constituição interdependente dos indivíduos e da sociedade, tornando-se uma doença socialmente produzida (pela linguagem corrente, sobretudo). Assim, a título de exemplo, pode-se observar que no período de Freud (1856-1939), em meados de 1930, a histeria era a doença mental que mais atingia as mulheres. No período pós-guerra, essa era a ansiedade. E hoje, ao lado de uma presença ainda importante da ansiedade, a depressão parece ser a “moda” nos diagnósticos (ROUDINESCO, 2000).

O que é possível perceber é que o aumento do diagnóstico de depressão aconteceu, por que se passou a tratar os sentimentos humanos com a identificação clínica e medicação. Sensações antes tidas como normais, tais como tristeza, luto, angústia, vazio, hoje, são sinônimos de fraqueza ou indisciplina moral; o indivíduo tem maior dificuldade para lidar com esses novos parâmetros dos códigos morais. É mais confortável ser diagnosticado com alguma doença que é passível de medicação do que conviver com a angústia e tentar entender as suas causas (RIBEIRO, 2003).

A indústria farmacêutica é peça fundamental nessa dinâmica de classificação do sentimento humano como doença. Toda a produção de drogas psíquicas está marcada pelo imperativo da performance social da “boa forma” e pelo consumo de mercadorias e serviços em geral como sinônimo de satisfação. É interessante notar que as lógicas do sistema de proposições dos manuais diagnósticos contemporâneos e da indústria farmacêutica são as mesmas. Em 1952, surgem os Manuais de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM), nos Estados Unidos, que posteriormente se propagaram para diversos países no mundo, e agora são

usados para a classificação dos transtornos mentais, tanto por psicólogos como por médicos psiquiatras. Se a indústria farmacêutica precisa vender antidepressivos, os manuais incluem critérios diagnósticos para as doenças que coincidem com as classificações prescritas pela indústria.

No DSM-III, por exemplo, o homossexualismo era classificado como doença e precisava ser tratado, após um longo período de questionamentos e pressões dos movimentos sociais, deixou de ser listado enquanto tal. No DSM-V o luto normal e saudável deve durar duas semanas, ultrapassado esse período é considerado depressão e passível de ser medicalizado. Com esses dois exemplos, nota-se que é grande a intensidade com que o social influencia as classificações de critérios para diagnósticos de doença mental, corroborando a afirmação de que as doenças são construídas socialmente.

Não é que não exista a doença, o transtorno, mas que há uma ênfase de acordo com os interesses políticos e econômicos de cada época (DUARTE DA ROSA; WINOGRAD, 2011). E cada vez mais, há a criação de condições sociais que favoreçam a extensão da população que pode ser incluída nos diagnósticos e alcançada pela medicalização (RODRIGUES, 2015). Visto que assim haveria um aumento do consumo de psicotrópicos industrializados.

O tema é complexo e envolve muitas variáveis, por isso a intensão não foi ser categórico e gerar generalizações, mas o que se buscou foi uma leitura crítica sobre o cenário contemporâneo da depressão feminina nas camadas trabalhadoras. O enfoque não foi na classificação da doença, segundo os critérios diagnósticos médicos, e sim na dinâmica de um adoecimento psíquico ancorada nas representações de algumas mulheres trabalhadoras e em relação com o contexto sociocultural.

1.1 Problema

As categorias de estilo de vida e hábitos de consumo assumem significações e particularidades distintas em contextos sociais, históricos e culturais específicos (BOURDIEU, 1983). Diante disso, torna-se instigante entender a relação destas categorias com processos mentais classificados como patológicos pelos saberes peritos e autorizados, considerando o caso de algumas mulheres trabalhadoras, de uma cidade do interior do estado de São Paulo, diagnosticadas como depressivas. Assim, surge uma questão:

Existe relação entre o estilo de vida e os hábitos de consumo de mulheres trabalhadoras identificadas como depressivas, com as características da sociedade contemporânea e o aumento generalizado dos casos classificados como doença mental, em especial a depressão?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Contribuir para a compreensão acerca da relação entre a cultura de consumo, os traços culturais da sociedade contemporânea e o processo de produção social da “doença mental”.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a maneira como as mulheres entrevistadas compreendem as características da mulher e da sociedade contemporânea.
- Identificar os significados atribuídos às causas da doença mental.
- Identificar se as mulheres que participaram da pesquisa atribuem causalidade social aos seus transtornos classificados como doença mental pelos peritos.
- Conhecer o estilo de vida e hábitos de consumo de mulheres trabalhadoras diagnosticadas como depressivas.

1.3 Delimitação do Estudo

O município onde a pesquisa foi realizada localiza-se na RMVP-LN, no estado de São Paulo. Ele é cortado pela rodovia presidente Dutra e possui população geral de aproximadamente 110 mil habitantes, de acordo com o censo de 2010, e uma população estimada em quase 120 mil habitantes para 2016. Conforme o Censo 2010, 48% da população era composta por homens e 52% por mulheres. A escolha desta cidade se deu por ser de fácil acesso para a pesquisadora, auxiliando o acesso aos órgãos competentes para a aprovação da realização da pesquisa e a coleta de dados.

Em relação aos indicadores financeiros da cidade, o rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios era de R\$ 600,00 e o rendimento nominal médio mensal dos domicílios era R\$ 3.117,34. O pessoal ocupado, ou seja, com carteira assinada era de 35.111 pessoas.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) vem crescendo progressivamente desde o início dos anos 1990, quando possuía o valor de 0,598, passando para 0,718 no ano de 2000 até atingir 0,798 em 2010. Parte-se do princípio de que o índice que atesta que houve melhora na vida da população pode não ter capturado as reais condições de vida cotidiana de uma das camadas sociais mais baixas do município. Um exemplo pode ser observado: o aumento da renda per capita média pode ter ocorrido em razão do aumento da jornada de trabalho entre os trabalhadores mais precarizados, ao lado do incremento da concentração de renda no município. Acredita-se que o “desenvolvimento” (a reconfiguração da formação estrutural das relações sociais) de uma cidade pode mudar as pessoas imprimindo novos hábitos e estilos de vida.

Houve uma tentativa de relacionar o IDHM e a saúde mental, buscando entrelaçar com o tema da qualidade de vida, porém foi uma tarefa árdua pela falta de dados disponibilizados pelo município. O que foi possível encontrar foram os locais de atendimentos que o município disponibilizava para os pacientes doentes mentais. No total, a cidade possuía 23 (vinte e três) estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje o município possui uma unidade de atendimento na área de Saúde Mental (segundo consta no site oficial da prefeitura da cidade), oferecendo consulta clínica com o médico psiquiatra, distribuição dos remédios controlados e acompanhamento com o serviço de Psicologia. A população tem acesso ao Programa de Saúde Mental (PSM) do município a partir do encaminhamento médico da Unidade Estratégica Saúde da Família (PSF) do seu bairro. Neste programa são atendidos pacientes com o grau de doença mediana. Os casos graves são encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os leves e estáveis são “tratados” no próprio posto de saúde do bairro. Essa classificação do grau da doença é feita pelo médico.

Vale expor que a rede territorial de serviços proposta pela Reforma Psiquiátrica inclui centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal nº 8.080 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

As emergências psiquiátricas que ocorrem na cidade em que a pesquisa foi realizada são encaminhadas para o hospital. A Santa Casa de Misericórdia do Município é um hospital geral de grande porte que dispõe de atendimento à população em várias especialidades, entre elas a Psiquiatria (conforme informações contidas no site oficial do hospital), onde o paciente em surto psicótico é encaminhado para internação.

O município também possui um Hospital Dia em Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). O Hospital-Dia oferece atendimento intermediário entre a internação integral e a atenção ambulatorial, com programas terapêuticos em regime de semi-internação, visando minorar a internação integral e promover a inserção dos egressos à esta nova proposta terapêutica. Tem capacidade para atendimento de 30 vagas/dia e é formado por uma equipe integrada e multiprofissional. Já o CAPS II atende pessoas com todo tipo de transtorno mental e cada paciente tem seu projeto terapêutico particular, que atende as suas necessidades e o momento da sua doença. O trabalho é mantido pelo convênio com o SUS, através da parceria com a Prefeitura Municipal (informações extraídas do site da instituição).

É importante mencionar que a cidade possui o CAPS II, dado que o modelo é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes e sua proposta é atender prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Estima-se que 8.000 (oito mil mulheres)¹ sejam acometidas pela depressão no município selecionado, pois com base nas estimativas da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre a ocorrência da depressão no Brasil e no mundo, 10,4% da população brasileira apresenta sintomas de depressão (BROMET, 2011, p. 2), sendo o país que, proporcionalmente, mais apresenta casos no mundo. A população desta pesquisa poderia ser os cerca de 121 milhões de indivíduos em todo mundo que, segundo a OMS (MAPA DA DEPRESSÃO, 2013), sofrem com a depressão. Ou, ainda, aproximadamente 80,6 milhões de mulheres que sofrem de depressão em todo o mundo, já que, segundo a mesma organização internacional citada acima (MAPA DE DEPRESSÃO, 2013), a depressão acomete duas vezes mais as mulheres do que os homens. Esses dados estatísticos são verificados em todo mundo, variando pouco segundo o contexto nacional.

No entanto, tendo como foco os objetivos dessa pesquisa, entendeu-se que o Serviço de Saúde Mental seria um local em que as possíveis participantes da pesquisa, ou seja, mulheres mães trabalhadoras diagnosticadas como depressivas, frequentariam e, assim, seria possível

¹ Cruzando as informações dos dois estudos da OMS citados neste parágrafo, estima-se que dois terços dos 10,4% dos brasileiros com depressão sejam mulheres, isto é, 6,9% da população. Pressupondo que esses percentuais se reproduzem linearmente em cada município brasileiro, o que obviamente não ocorre, mas permite chegar a algum número, calculamos que 6,9% dos 120 mil habitantes do município correspondam ao número de mulheres residentes acometidas pela depressão. O resultado da operação foi arredondado para baixo. Na verdade, na pesquisa da OMS que foi realizada em 18 diferentes países, o Brasil foi representado por pouco mais de 5 mil entrevistas realizadas apenas na cidade de São Paulo (BROMET, 2011).

localizá-las com maior brevidade. E para a coleta de dados, foi selecionada uma *amostra* de seis mulheres, residentes neste município, usuárias do Serviço Público de Saúde Mental.

Com base nos dados sobre as camadas trabalhadoras no Brasil, apresentados na próxima seção da Introdução, estipulou-se o perfil das participantes dessa pesquisa, que fossem mães, para caracterizar a família e entender o consumo pessoal e familiar, e trabalhadoras, com o intuito de qualificar o sustento através da “carteira assinada” e o trabalho duro. Então, partindo dessa esfera maior “nova classe média” ou “classe trabalhadora”, caracterizada fortemente pelo consumo, foi possível se aproximar de um grupo bem menor de mulheres. Além do consumo ampliado, as doenças mentais, especificamente a depressão, também podem ser destacadas como uma característica da sociedade contemporânea. A depressão será em todo o mundo o maior problema de saúde por volta do ano de 2030, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Globalmente, a depressão já é a segunda principal causa de incapacidade, com pouco mais de 4% da população afetada por ela (OLIVETO; RAMOS, 2016).

1.4 Relevância do Estudo/Justificativa

A sociedade contemporânea possui características que influenciam na formação dos estilos de vida, hábitos, subjetividades das pessoas cujas interações a constitui. O capitalismo, o desenvolvimento tecnológico, a internet, o consumo são alguns dos itens singulares que a identificam. O consumo é um tema que tem estado em evidência nas pesquisas sociais e econômicas. Com base no incremento do consumo, por exemplo, acredita-se que houve diminuição da pobreza no Brasil na última década, e com isso a criação de uma “nova classe média”. Os estudos conduzidos pelo economista Marcelo Neri (2008; 2011), responsável pelas pesquisas realizadas pelo Centro de Políticas Sociais (CPS) da Fundação Getúlio Vargas – FGV, acerca desse tema relatam que a predominância, nessa “nova” classe, é de pessoas empregadas com carteira, com alto índice de consumo, que correspondem a mais da metade da população brasileira, e que, portanto, possuem grande importância política. Nesses estudos, as mulheres têm uma representatividade, entre outros pontos, no consumo, tanto o consumo pessoal como o consumo familiar.

No entanto, existem críticos a essa teoria, como o sociólogo Jesse de Souza (2010), que alega que as análises centradas na renda, não permitem compreender os processos constitutivos das “classes sociais” e suas fronteiras. Para ele, essa nova classe média, trata-se dos trabalhadores, de famílias com configurações bastante diversas, mas firmemente amarradas pela valorização do “trabalho duro”, do compromisso com a manutenção da reprodutibilidade

da própria família, o estímulo para investir na melhoria da educação, mas sempre conciliada com o trabalho. Enfim, são dois pontos de vista diferentes, um mais focado em números, estatísticas, setor financeiro e outro com uma vertente mais sociológica, porém ambos apontam para o fato de que o consumo vem aumentando e as pesquisas procuram delimitar e caracterizar essa população que consome, ficando evidente a importância dela na representatividade da população brasileira.

Como é possível notar, tanto na questão do consumo, como na da depressão, a mulher tem uma representatividade maior que a do homem. Elas são peças-chaves no consumo familiar, do mesmo modo, são mais afetadas pela depressão. Diante disso, é de suma importância entender as mulheres que fazem parte dessa classe trabalhadora que ganha destaque pelo consumo, e pesquisar sobre seus estilos de vida e hábitos de consumo. E, a partir de suas características, buscar conhecer as possíveis relações entre os últimos e os processos de produção social de doenças mentais, tendo como ponto de partida a percepção das participantes da pesquisa. Portanto, poder se aproximar das possíveis (mas não exclusivas) causas sociais de produção desses transtornos mentais, pode auxiliar essas mulheres a refletirem sobre suas práticas, gerando modos diferentes de viver e, conseqüentemente, de produzir e reproduzir saúde e doença mental.

Com a intenção de promover o debate teórico a respeito da sociedade contemporânea e da ocorrência de depressão em mulheres trabalhadoras, tendo como viés a temática do estilo de vida e hábitos de consumo, optou-se, no início da pesquisa, por realizar um “estado da arte” do novo fenômeno brasileiro, criado com base no consumo, denominado por alguns como “Nova Classe Média” e por outros, “Nova Classe Trabalhadora”, uma vez que consumo é um tema intrínseco à sociedade contemporânea.

Esse debate se faz importante, pois com a diminuição da pobreza no Brasil nas duas últimas décadas, muito se tem falado sobre a criação de uma “Nova Classe Média” ou “Nova Classe Trabalhadora”, para alguns sociólogos. Jessé Souza (2010) vai além e nomeia essa camada de “batalhadores”, no sentido em que são trabalhadores pobres, sugerindo com essa adjetivação um certo sofrimento ou esgotamento dados pela condição precária dos empregos e os sacrifícios pessoal, físico e/ou psicológico que exigem. Os estudos acerca desse tema relatam que as pessoas que fazem parte dessa classe representam a imagem mais próxima da sociedade brasileira hoje. As mulheres entrevistadas nesta pesquisa se enquadram nessa classificação.

Na sequência, para situar a dissertação e conhecer minimamente o que se produziu nos últimos anos sobre a temática da vida mental de mulheres trabalhadoras, foram utilizados os descritores: “Depressão” e “Classe Trabalhadora” para elaborar uma busca no Banco de Dados

de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e também no diretório de dados da Scientific Electronic Library Online Brasil (SciELO.br), biblioteca eletrônica que abrange uma coleção qualificada de periódicos científicos brasileiros. O período considerado na busca foi delimitado entre 2003 e 2015, por marcar um determinado período político-econômico do país, associado ao fenômeno identificado como “novo desenvolvimentismo” ou “neodesenvolvimentismo” brasileiro, implementado ao longo do governo do partido dos trabalhadores (CASTELO, 2012; BOSCHETTI, 2013). Após uma análise breve do título, das palavras-chave e do resumo, nenhum artigo foi selecionado, visto que os temas não tinham relação direta com os assuntos e objetivos dessa dissertação, revelando assim, a originalidade deste estudo. Realizou-se uma nova pesquisa, com os descritores: “Mulheres” e “Depressão”. Nos estudos encontrados, a depressão é estudada com base nos vínculos à algum outro fenômeno, como por exemplo, câncer de mama, diabetes, aborto, migração, envelhecimento, violência doméstica, encarceramento entre outros. Localizaram-se três estudos que, de certa forma, auxiliaram no debate teórico sobre os objetivos dessa dissertação. O primeiro diz respeito a crenças e valores associados ao consumo indevido de benzodiazepínicos, especialmente entre mulheres (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2012). Outro artigo relata os significados das experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em nível de Atenção Básica na cidade de Teresina, Piauí, Brasil (CAVALCANTE; SILVA, 2008). E por fim, o terceiro descreve aspectos epidemiológicos, biológicos, sociais e psicológicos associados a diferenças devidas ao gênero nas depressões (JUSTO; CALIL, 2006).

Continuando as buscas com os descritores “Mulheres” e “Depressão” mais quatro artigos contribuíram para a fundamentação da pesquisa. Martim, Quirino e Mari (2007) relatam um estudo qualitativo sobre a depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. Santos e Kassouf (2007) realizaram um estudo sobre a relação entre fatores socioeconômicos e depressão com ênfase nos efeitos da educação, objetivando avançar no conhecimento e discussão sobre a relação entre fatores socioeconômicos e saúde. O estudo realizado por Fleck et. al (2002) relata que os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial. Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tais. É interessante apontar que desde 2002 já se falava do alto índice de pessoas diagnosticadas com depressão e de ter se tornado um problema na saúde pública (FLECK et. al, 2002). E por fim, um artigo em que é analisada a vida das mulheres diagnosticadas com depressão (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Ao analisar o discurso de trinta e três mulheres, pesquisadores perceberam que os motivos de uso dos remédios farmacêuticos mais citados foram diminuição da ansiedade, problemas de insônia e fuga dos problemas (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2012). Esses resultados aproximam-se da hipótese desta dissertação, por vários motivos, como por exemplo o uso indevido da medicação, receitas médicas produzidas de maneira indiscriminada, a necessidade de buscar medicamentos como fuga de questões que são da ordem psicossocial, tais como a ansiedade e a fuga dos problemas.

Com esse levantamento assistemático, que permitiu conhecer a área temática da dissertação, pode-se justificar que a pesquisa também é relevante quanto a contribuição para a produção de conhecimentos no campo da ciência do Desenvolvimento Humano e da Psicologia, pois a compreensão desses fenômenos é de suma importância para a área, visto que afeta os modos de vida das pessoas e, portanto, a constituição simbólica de suas subjetividades. O trabalho também proporcionou contribuições pessoais referentes ao conhecimento acadêmico, auxiliando o aperfeiçoamento profissional, e favorecendo a interação e a aprendizagem entre pesquisadora e participantes.

1.5 Organização do Estudo

No primeiro capítulo desta dissertação foi apresentada a introdução ao tema estudado, juntamente com o problema que se teve a verificar se existe relação entre estilo de vida e hábitos de consumo de mulheres trabalhadoras depressivas e o aumento da produção da doença mental. Apresentou-se também os objetivos geral e específicos, a justificativa do estudo, assim como a delimitação do estudo, através da caracterização do município onde a pesquisa foi realizada.

No segundo capítulo foi exposta a metodologia da pesquisa, definida como exploratória e qualitativa quanto à forma de abordagem do problema. Foi utilizada a entrevista semiestruturada para a coleta de dados em seis participantes caracterizadas como mulheres trabalhadoras, mães, diagnosticadas com depressão e em tratamento, que fazem uso de medicamentos antidepressivos prescritos, pacientes do Serviço de Saúde Mental. Elas foram indicadas aleatoriamente pela psicóloga do serviço. Nesta sessão ainda foi descrito o procedimento para coleta e análise de dados, que foi realizado criando um paralelo das informações levantadas com as teorias apresentadas a fim de evidenciar as respostas ao problema proposto, tendo amparo teórico interdisciplinar.

Posteriormente, mais quatro capítulos foram escritos buscando a relação entre teoria e a fala das participantes da pesquisa. No capítulo três descreveu-se o conceito de identidade, discutiu-se a construção social da realidade, partindo do pressuposto que existe uma relação dialética entre sociedade e indivíduo, promovendo logo após, uma discussão em torno da temática do feminino e as relações de poder, a partir do imaginário social, acreditando que ser mulher ou ser homem é uma construção social e não uma biologia determinante. Sendo assim, o conceito de gênero foi introduzido e a condição de submissão da mulher, ainda nos dias atuais, foi associada aos possíveis fatores de produção de “desequilíbrio emocional”.

Em seguida, no capítulo quatro, apresentou-se uma breve abordagem de teorias selecionadas que descrevem a sociedade atual, assim como suas características. Pontuou os relacionamentos interpessoais como exemplo de transformação na sociedade e através das falas das participantes, verificou-se que as mesmas indicam uma relação entre as características da sociedade contemporânea e o surgimento de transtornos mentais.

O tema da depressão foi discutido no capítulo cinco, onde foi feito um traçado sobre a origem da doença e o conceito de normal/patológico. Foi abordada também a depressão sob o viés de uma doença construída socialmente, em que a cultura exerce papel ativo na classificação, caracterização e critérios diagnósticos, não enfocando assim nos aspectos biológicos e médicos. Tratou-se também do fenômeno da medicalização do corpo e da emoção que possivelmente interfere no aumento das queixas depressivas. Por fim, buscou-se interpretar os sentidos que as participantes da pesquisa dão para seus estados emocionais, interpretando-se as explicações das causas de seus sofrimentos.

A temática do sexto capítulo foi Estilo de vida e hábitos de consumo. Neste capítulo foram consideradas as relações sugeridas entre o estilo de vida, incluindo as trajetórias de vida, os hábitos de consumo e a queixa de depressão.

Em seguida, nas considerações finais, foram retomados os elementos importantes da análise dos discursos e buscou-se responder ao problema da pesquisa, bem como, apontar suas lacunas e as possibilidades que se abriram para novas pesquisas.

2. MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. O instrumental metodológico, ou seja, a bússola de todo o processo desta pesquisa foi inspirado nos trabalhos desenvolvidos pelo campo que ficou conhecido como Interdisciplinar.

Para orientar as interpretações dos dados coletados, responder à questão do problema e atender os objetivos propostos nesta dissertação utilizou-se a sociologia, antropologia, psicologia e psicanálise. A técnica de investigação, ou seja, o método utilizado como estrutura para organizar esses dados e delimitar o caminho metodológico de interpretação foi proposto pela Análise Crítica do Discurso.

Buscou-se considerar os aspectos culturais do fenômeno estudado. Sendo a cultura algo intrínseco ao homem e seu existir, a visão plural de significações culturais foi adotada ao longo desta pesquisa. A sociologia e a antropologia auxiliaram na interpretação de significações culturais das mulheres participantes dessa pesquisa, principalmente nos temas de sociedade contemporânea, estilo de vida e hábitos de consumo. Já a psicologia e a psicanálise, contribuíram com o entendimento dos aspectos subjetivos e comportamentais e com a dinâmica do adoecimento psíquico dessas mulheres. A Análise Crítica do Discurso considera o discurso como uma prática social, e busca despertar uma atitude crítica nos falantes (INIGUEZ, 2005), pois considera o participante da pesquisa ativo e não apenas um sujeito que se submete, por isso o intuito é que ele “saia” da pesquisa, no mínimo, pensando em coisas que nunca havia pensando, para que se desperte para uma visão mais crítica da realidade.

A Análise Crítica do Discurso tenta evitar atribuir um significado pré-determinado, trabalha com diversidades metodológicas e considera o discurso inseparável do contexto social em que foi produzido.

A abordagem da cultura visou considerá-la tanto um espaço quanto o objeto de debate sobre questões que se concentram não apenas na constituição da subjetividade, mas também em discussões sobre o poder, a representação e o discurso (SEDGWICK; EDGAR, 2003). Dessa forma, buscou-se analisá-la descrevendo os seus significados compartilhados, portanto, públicos.

A pesquisa procurou se apropriar de literatura acadêmica com diversidade metodológica (que refletiu o pretendido pluralismo da pesquisa interdisciplinar) apoiada em uma variedade

de abordagens e disciplinas. Essa diversidade oferta inúmeras possibilidades de interpretação de significados e significações.

Sendo assim, a pesquisa valeu-se de teorias e métodos distintos para analisar o material coletado, apontando relações desses com a linguagem (BECKER, 1993). Nota-se que é cada vez maior o interesse que a linguagem desperta nas ciências sociais, pois através dela é possível conhecer pensamentos, mas também realidades, uma vez que a linguagem é fruto da sociedade e uma prática social. E nesse sentido, permite considerar a cultura como *contexto*. “O ato de compreender as intenções de um falante ou a "simples" interpretação de uma informação ou de uma comunicação são inseparáveis do contexto em que foram produzidas” (INIGUEZ, 2005, p. 111). Os significados, os discursos (linguagem) e as culturas são públicos e especificamente organizados, e nesta condição conformam os pensamentos e práticas, ainda que disso não se tenha consciência:

[...] somos vítimas de uma traiçoeira ilusão egocêntrica quando acreditamos sermos donos de nossos discursos e quando consideramos a linguagem como simples instrumento que se encontra a nossa disposição para ser manipulado a nossa vontade. Na verdade, é a própria linguagem que manda em nós, causando, modelando, constringendo e provocando nosso discurso, a tal ponto que bem se poderia dizer que é a linguagem que fala através de nós (Martin Heidegger, (1889-1976) apud INIGUEZ, 2005, p. 36).

Por ser inseparável da realidade em que foi produzido, o discurso é central para o método desta pesquisa. Aqui, “discurso é entendido como um conjunto de práticas linguísticas que mantêm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como essas práticas atuam no presente, mantendo e promovendo essas relações: é trazer à luz o poder da linguagem como uma prática constituinte e reguladora” (INIGUEZ, 2005, p. 125). Analisar o discurso é assumir uma perspectiva a partir da qual se podem analisar, principalmente, os processos sociais.

Para realizar a análise do discurso, as ciências sociais aproveitaram-se das experiências acumuladas da linguística e dos estudos da comunicação, e a partir da junção do conhecimento dessas disciplinas (ciências sociais, linguística e comunicação), surgiu o uso de vários métodos, como por exemplo, a análise de conteúdo e as várias modalidades de análise do discurso, como a sociolinguística interacional, a etnografia da comunicação, a análise crítica do discurso, a psicologia discursiva, entre outras (INIGUEZ, 2005).

Faz-se necessário e importante reforçar esse caminho histórico da análise do discurso, pois originalmente, a expressão "análise do discurso" designava uma área exclusiva da

linguística, com isso, confunde-se ainda hoje de “quem” é essa expressão quando se propõe o método de análise. No entanto, a análise do discurso não é um patrimônio exclusivo da linguística e já contou com as contribuições de outras disciplinas acadêmicas, como a antropologia, a sociologia, a psicologia, a comunicação, a filosofia, etc. E todas fizeram suas contribuições e desenvolveram métodos específicos de análise. Essa diversidade de contribuições gerou atribuições e filiações disciplinares heterogêneas, que se traduziram em práticas muito variadas. Essas, por sua vez, tiveram como resultado concepções também diferentes, porém com um objetivo em comum, de consideração da análise do idioma em seu uso, seja esse falado ou escrito (INIGUEZ, 2005).

O que se busca com a Análise do Discurso Crítica num trabalho interdisciplinar é o significado de determinado tema para aquela pessoa ou unidade social específica, costurando uma trama de discurso, teoria e cultura, sem qualquer pretensão de representatividade generalizada ou generalizável.

Diante disso, durante essa pesquisa, procurou-se perceber o objeto de estudo através da perspectiva das agentes sociais entrevistadas, buscando a compreensão das significações que elas próprias colocaram em prática na interpretação e construção de sua experiência do mundo social.

Em função de a realidade social aparecer de acordo com a maneira como os indivíduos veem o mundo, o meio mais adequado para captá-la é o que propicia ao pesquisador ver o mundo através "dos olhos dos pesquisados" (GOLDENBERG, 2007, p. 27). Isso se torna possível, a partir do momento que se estabelece um diálogo aberto e livre com os participantes da pesquisa, sem se ater a questões fechadas e estanques, e respeitando a própria fala do depoente que surge durante o encontro.

2.1 Tipo de Pesquisa

Essa é uma pesquisa interpretativa com abordagem qualitativa. Para Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa permite trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, convergindo para uma compreensão mais aprofundada das relações dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis quantitativas.

2.2 População

As participantes desta pesquisa foram: mulheres trabalhadoras, mães, diagnosticadas com depressão e em tratamento, que faziam uso de medicamentos antidepressivos prescritos, pacientes do Serviço de Saúde Mental numa cidade da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVP-LN), indicadas aleatoriamente pela psicóloga do serviço e selecionadas ao aceitar colaborar com a pesquisa.

Essas mulheres foram indicadas de forma aleatória (respeitando os critérios mínimos estabelecidos), pois o interesse da pesquisa não estava na forma como elas foram diagnosticadas ou há quanto tempo possuíam o diagnóstico, mas sim como elas próprias explicavam suas condições e experiências. Sendo assim, não se consultou prontuários e nem os critérios que o médico psiquiatra utilizou para classificá-las, para que assim a pesquisadora fosse para as entrevistas com o menor viés possível neste tema da doença mental, estando livre para ouvir as falas dessas mulheres, a ponto até de poder se questionar, se eram realmente depressivas, e poder observar as relações entre o estilo de vida e seus hábitos de consumo, com o poder do saber perito do médico psiquiatra.

Utilizou-se um nome fictício para identificar cada mulher participante da pesquisa, pois assim o anonimato ficaria assegurado, conforme as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté. Optou-se em nomeá-las por nome de flores por gosto da pesquisadora e por acreditar que as flores têm um processo constante de nascer e morrer e que em determinada época estão mais bonitas, mais floridas e em outras, estão secas, sem folhas, mas mesmo assim não deixam de existir. Ou seja, bem similar com o processo natural da vida, em que em algumas fases da vida se está bem, bonito, realizado e em outras, triste, com preocupações, mas mesmo assim vivo. E as flores ensinam que além de não ser possível estar florida o ano inteiro, é saudável os períodos que caem as folhas são fundamentais para a floração cíclica.

Em princípio, a população foi definida em 10 (dez) participantes, pois se acreditava que este número possibilitaria análise detalhada e profunda dos discursos das participantes e forneceria base suficiente para o tratamento do material e ampliação da discussão em tempo hábil, dada a natureza exploratória da pesquisa. A ideia era que após esse número as entrevistas demonstrariam certa saturação. Porém, no decorrer da pesquisa não se conseguiu atingir o número inicialmente proposto, pois duas das mulheres indicadas pelas psicólogas do serviço de saúde mental marcaram e não compareceram na data, hora e local agendados previamente. E

outras duas mulheres indicadas não tiveram interesse em participar da pesquisa. Restando, portanto, uma “população” final de seis mulheres.

No entanto, acredita-se que isso não prejudicou os objetivos da pesquisa, pois, segundo Goldenberg (2007, p.49), “os dados da pesquisa qualitativa objetivam uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social”. Sendo assim, nesta dissertação, não houve a preocupação de promover generalizações sobre o tema e sim aprofundar nas representações subjetivas das participantes da pesquisa, logo se considerou que um conjunto de seis informantes constituiu um grupo “bom para pensar” questões relacionadas com estilo de vida, hábitos de consumo, produção de doença mental e sociedade contemporânea.

Ainda de acordo com a antropóloga Mirian Goldenberg (2007, p.50), “a representatividade dos dados na pesquisa qualitativa em ciências sociais está relacionada à sua capacidade de possibilitar a compreensão do significado e a ‘descrição densa’ dos fenômenos estudados em seus contextos e não à sua expressividade numérica”. Desta forma, a quantidade é substituída pela intensidade. Diante disso, é possível afirmar que o número de participantes, nesse tipo de pesquisa, não é determinante, frente à riqueza que a imersão profunda nos discursos dos indivíduos possibilita a compreensão do tema pesquisado.

Saroldi (2014), quando fala sobre a responsabilidade de não criar generalizações, acrescenta que as obras de Freud e Lacan são fortes exemplos de que é no entrelaçamento da escuta clínica do “um a um” com as contribuições de outras disciplinas que se pode lançar alguma luz sobre o que se chama de “sintomas sociais”.

Após a indicação, as informantes foram contatadas e convidadas, pela pesquisadora, a participarem da pesquisa. Com aquelas que aceitaram participar do trabalho de forma voluntária, combinou-se o dia, horário e local que fosse mais conveniente para elas. Antes do início das entrevistas, receberam os devidos esclarecimentos éticos e houve a apresentação dos objetivos do estudo e assinatura do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (conforme Anexo I).

2.3 Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista individual semiestruturada (conforme Apêndice I). Foram realizadas entrevistas com base em um prévio roteiro de seis perguntas sobre o tema, todavia, as entrevistas não se limitaram exclusivamente

a ele, ficando em aberto a exploração de outros assuntos, de acordo com a fala das entrevistadas e os fatos que elas vinham a revelar (ARAÚJO, 2008).

A entrevista foi elaborada com base nos objetivos dessa pesquisa, sendo composta por seis eixos norteadores: participantes, estilo de vida, práticas de consumo, ser mulher, depressão e sociedade contemporânea. No eixo participantes, a ideia era colher dados sobre história de vida, o que faziam em seu cotidiano, família, relacionamentos afetivos, estudo, trabalho, lazer, ou seja, conhecer a vida diária das participantes. No eixo estilo de vida pretendeu-se conhecer os seus hábitos e suas motivações para se ter essa maneira de viver a vida. No eixo relacionado às práticas de consumo, buscou-se conhecer o que, como, onde e por que compravam; se sempre foi assim, ou algo mudou. Se mudou, foi a partir de quando e por quê. No eixo seguinte, ser mulher, a intenção foi conhecer a função da mulher e seu papel na sociedade, características, sua relação com o estilo de vida e práticas de consumo. No eixo sobre depressão, era conhecer quando iniciou, motivos, causas, medicação, como se sentia; qual a causa ou motivo que desencadeou o processo de adoecimento. E no último eixo, sociedade contemporânea, buscou-se conhecer quais suas características, o que provocava as características apontadas, que relação existia entre a sociedade, e as doenças mentais, etc.

Segundo Martucci (2001), esse tipo de entrevista caracteriza-se por uma conversa intencional entre duas pessoas, dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter informações, utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

2.4 Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente foi realizado contato com o responsável pelo Serviço de Saúde Mental de uma cidade da RM-VALE-LN, para esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e verificação do desejo e da possibilidade de participação das usuárias do serviço. Além do contato com o responsável houve também conversa com a psicóloga do serviço para adquirir conhecimento sobre o funcionamento da instituição, quanto à rotina de horários, atendimentos, frequências e possibilidades de realização da pesquisa. Feito isso, foi confeccionado um ofício para o Secretário de Saúde do município onde a pesquisa foi realizada, solicitando permissão para sua realização (Anexo II).

Após a permissão do secretário de saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP-UNITAU), que tem a finalidade de

defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, sendo aprovado no dia 11/09/2015 sob o número CAAE 48023615.0.0000.5501 (Anexo III).

No momento seguinte da aprovação pelo comitê, a pesquisadora fez novamente contato com a psicóloga do Serviço de Saúde Mental para definição do início da pesquisa. À psicóloga foi solicitado que apresentasse, de forma sucinta, a pesquisa juntamente com seus objetivos para suas pacientes trabalhadoras que eram mães diagnosticadas com depressão e em tratamento, que faziam uso de medicamentos antidepressivos prescritos. Das que se interessaram em participar, a psicóloga passou para a pesquisadora o contato, para que a mesma expusesse de forma mais detalhada sobre a pesquisa e agendasse uma data, local e horário individual para a realização das entrevistas.

Às interessadas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Apêndice I), que foi devidamente assinado, assegurando o sigilo de sua identidade, bem como sua saída do estudo, se assim desejarem, a qualquer tempo.

A próxima etapa foi a coleta de dados por meio de entrevista individual semiestruturada, com roteiro prévio de seis perguntas (conforme Apêndice I). O local da entrevista foi escolhido pelas participantes, sendo assim, quatro entrevistas aconteceram no consultório da pesquisadora e duas na própria instituição (Serviço de Saúde Mental). Vale pontuar que não foi perceptível que o local tenha sido uma variável que influenciou, de alguma maneira, as respostas dessas mulheres. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas posteriormente, sendo organizadas com base na Análise Crítica do Discurso e analisadas com base no material da revisão de literatura, na Teoria Cultural e na Psicanálise.

As informações armazenadas no formato digital e em papel serão mantidas sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, quando então serão inutilizadas.

2.5 Procedimentos para Análise de Dados

Após a entrevista, os dados foram transcritos, organizados e analisados mediante a classificação das informações obtidas, orientada pela Análise Crítica do Discurso, como método e como perspectiva nas ciências sociais.

É importante salientar que existem várias orientações e tradições da Análise do Discurso, desde as pertencentes exclusivamente a linguística, passando pela escola francesa, com representantes como Orlandi (2000), até filiações das ciências sociais, como a Análise Crítica do Discurso, com uma modalidade que estabelece um diálogo interdisciplinar, não tendo

um método único a ser seguido. Sendo assim, a concepção adotada, nesta dissertação, considera “a Análise do Discurso como um meio de colocar em prática o papel da linguagem como eixo de compreensão e estudo dos processos sociais” (INIGUEZ, 2005, p. 105). Em outro ponto, o autor caracteriza a forma assistemática de realização da interpretação indutiva dos discursos:

A Análise Crítica do Discurso constitui uma estratégia para abordar os discursos segundo a qual a teoria não pré-configura nem determina a maneira de focar as análises, nem delimita o campo da indagação e da exploração. Ao contrário, a teoria é utilizada como uma caixa de ferramentas que permite formar e abrir novas visões e novos enfoques e onde o/a analista se converte em artífice graças a seu envolvimento com aquilo que estuda (INIGUEZ, 2005, p. 118).

O pesquisador-analista assume uma postura que problematiza as questões, abrindo novos campos de investigação e novas perspectivas de estudo, com o auxílio da teoria para ampliar a compreensão. Portanto, esse método permite abrir mão de construções a priori de áreas (ou eixos) de significação, privilegiando o discurso como um todo e não suas partes fragmentadas. A Análise Crítica do Discurso dá ênfase ao estudo das ações sociais que são colocadas em prática por meio do discurso. “Para a Análise Crítica do Discurso, o discurso é, sobretudo uma prática social, já que não é contemplado como uma 'representação' ou reflexo dos processos sociais; ao contrário, seu caráter constitutivo é que é ressaltado” (INIGUEZ, 2005, p. 119).

Nesse contexto, na primeira etapa houve a transcrição das entrevistas gravadas, se atentando para a entonação de voz, os silêncios, as dificuldades de respostas, dentre outras observações importantes. Após, houve releitura exaustiva e atenta de todo material transcrito, realizando a marcação das falas relevantes, tendo como base o problema e os objetivos da pesquisa.

Feito isso, classificou-se as falas relevantes segundo os seis eixos estruturadores da pesquisa, conforme o instrumento de coleta de dados utilizado nas entrevistas, a saber: 1) participantes – autoimagem e vida cotidiana 2) estilo de vida, 3) práticas de consumo, 4) ser mulher, 5) depressão e 6) sociedade contemporânea. Esses eixos foram dispostos em uma tabela e em cada item foram colocadas as falas das participantes que correspondiam ao tema. A partir da tabela montada, foi-se buscando compreender os significados que as falas apresentaram sobre o tema, tendo como parâmetro as experiências das entrevistadas, o envolvimento da pesquisadora e as teorias selecionadas na revisão de literatura.

Em seguida analisaram-se os discursos, por meio da revisão de literatura, teorias e conceitos, e depois foi feita a ligação entre as falas das participantes e a teoria, promovendo confirmações e contrariedades das falas entre si e entre as falas e o corpo teórico delimitado na pesquisa.

Em razão da natureza da Análise Crítica do Discurso, a dissertação não está dividida numa parte inicial de revisão de literatura e outra de resultados e discussão. Teorias e entrevistas foram discutidas dentro de capítulos temáticos, dispostos a seguir.

3. A NOÇÃO DE IDENTIDADE CULTURAL, SER MULHER E RELAÇÕES DE PODER

3.1 A identidade cultural descentrada

Stuart Hall (2006) argumenta que as identidades modernas estão sendo “descentradas”, isto é, deslocadas ou fragmentadas. O autor defende que a atual transformação das sociedades está fragmentando as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que até o início do último quarto do século XX forneciam sólidas localizações aos indivíduos. Essas transformações mudam as identidades também, no sentido de produzir um duplo deslocamento, a “descentração” dos indivíduos tanto de seu lugar no mundo social e cultural quanto de si mesmos (que do ponto de vista dos indivíduos causa a “crise de identidade”). A crise permite que a identidade, pela experiência da dúvida e da incerteza, seja evidenciada e se torne objeto de manipulação dos indivíduos. Nesse sentido, a pós-modernidade é também uma pós-concepção essencialista ou fixa de identidade, como era o caso no período do Iluminismo).

Stuart Hall (2006) apresenta três definições de identidade que se relacionam às visões dos sujeitos ao longo da história: o sujeito do Iluminismo, o sujeito sociológico e o sujeito pós-moderno. Na definição do sujeito do Iluminismo prevalece a ideia de essencialismo. O indivíduo representa-se como sendo totalmente centrado, unificado, imutável. Dotado das capacidades da razão, consciência e ação, o indivíduo do iluminismo (o sujeito cartesiano) possuía uma identidade vivenciada como um núcleo interior, que nasceria com o sujeito e com ele se desenvolveria, sem ser perturbado de maneira significativa pelo contexto exterior.

O sujeito sociológico teria sua identidade formada na interação entre o eu e a sociedade (Interacionismo simbólico). A identidade é produzida na interação do núcleo interior (o eu real) com a sociedade. A mediação entre o interior e o exterior, o subjetivo e o objetivo seria a produtora da identidade sociológica na sociedade moderna. A identidade moderna resultaria da interação entre os pensamentos subjetivos e os valores e significados objetivos dos papéis sociais oferecidos pela sociedade aos sujeitos. Nesse sentido, Hall afirmará que a identidade “sutura” o sujeito à estrutura.

A identidade do indivíduo pós-moderno é provisória, descentrada, multifacetada. Na pós-modernidade, o processo de identificação se tornou mais provisório, variável e problemático. As novas identidades não são unificadas em torno de um “Eu” coerente; elas tornam-se descentradas, muitas vezes contraditórias. Essa condição seria fruto do caráter específico da modernidade tardia (pós-modernidade) que seria definido pela mudança. Por definição as sociedades modernas são sociedades de mudanças constantes, rápidas e permanente, e isso se intensifica na modernidade tardia. Hall entende que, talvez, a mudança mais significativa seja o “desalojamento do sistema social”, segundo como o define Anthony Giddens. O desalojamento do sistema social seria a “extração” das relações sociais dos contextos locais de interação e a sua reestruturação ao longo de escalas indefinidas de tempo e espaço (HALL, 2006).

Segundo Hall (2006), a conceituação do sujeito moderno mudou em três pontos estratégicos: (1) com o nascimento do “indivíduo soberano”, surgido no bojo do humanismo renascentista e da filosofia Iluminista. O indivíduo soberano ou autônomo teria sido moldado no seio de alguns movimentos sociais, entre eles, a Reforma Protestante, as revoluções científicas e o próprio Iluminismo. (2) O Sujeito racional cartesiano. E (3) a “mesmidade” do ser social, ou seja, o entendimento de que uma identidade permanecia a mesma ao longo do tempo (J. Locke). Já em meados do século XX, surge uma concepção mais social do sujeito. O indivíduo passou a ser percebido como mais localizado e definido no interior de grandes estruturas e instituições que sustentam a sociedade. Hall argumenta que, à medida que as sociedades modernas se tornavam mais complexas, elas foram adquirindo um impulso mais coletivo e social.

A sociologia, na esteira dessas alterações, desenvolveu uma explicação alternativa do modo como os indivíduos são formados subjetivamente através de uma participação em relações sociais mais amplas e, inversamente, do modo como os processos e as estruturas são sustentados pelos papéis que os indivíduos neles desempenham. A melhor expressão dessa concepção desenvolveu-se no chamado Interacionismo Simbólico, corrente da sociologia norte-americana desenvolvida, entre outros, por George Mead e Erving Goffman, da Universidade de Chicago, no início do século XX (GOLDENBERG, 2007).

Essa concepção sociológica contribuiu para o processo de “descentramento” do sujeito contemporâneo, mas outras interpretações teóricas auxiliaram nesse deslocamento. Mas Hall (2006) cita outros cinco avanços teóricos nas ciências sócias e humanas que participaram nesse

processo de “descentramento” final do sujeito cartesiano: o marxismo (Marx e Althusser), a psicanálise (Freud e Lacan), a linguística estrutural (Saussure), a teoria do poder disciplinar (Foucault) e o feminismo.

Segundo Hall (2006), a concepção de história de Marx, que fora redescoberta pelos marxistas na década de 1960, que afirma que os homens não podem fazer sua própria história pois são condicionados pelos determinantes históricos, foi um elemento fundamental do deslocamento da centralidade do sujeito nos rumos de sua existência. Althusser afirma que Marx privilegiou em sua teoria as relações sociais, em detrimento da noção abstrata do homem enquanto possuidor de uma essência própria a cada sujeito.

Segundo Hall (2006), as ideias de Freud de que nossos desejos se formam a partir de processos psíquicos inconscientes e que estes possuem uma lógica que difere da lógica racional minou a concepção do sujeito racional portador de uma agência vinculada à sua identidade fixa. Lacan desenvolve esse deslocamento ao defender que o Eu é algo que a criança aprende, que não é inato e sim construído na relação com o Outro. A psicanálise legou à modernidade a noção de que a identidade é formada, ao longo do tempo, através de processos inconscientes, e não algo inato, existente na consciência do momento do nascimento.

A linguística estruturalista de Saussure afirma, de acordo com Hall (2006), que os indivíduos não são autores do que falam e dos significados que expressam através da fala. Falar uma língua não é somente expressar os pensamentos interiores, mas também ativar todo um acervo de significados inseridos nos sistemas culturais específicos dos quais os indivíduos fazem parte. Assim, não se tem controle algum sobre os significados produzidos. Essa é uma concepção que questiona a noção da soberania e autonomia de pensamento e ação do sujeito.

Foucault, nas palavras de Hall (2006), propõe que a constituição da sociedade moderna e do sujeito desta sociedade ocorre em razão do poder disciplinar que se encarrega de regular e vigiar a espécie humana, tanto na esfera coletiva como individual. Essas sociedades disciplinares teriam como objetivo a formação de corpos dóceis, no sentido em que a vida, as atividades, o trabalho, os prazeres sexuais, as felicidades e infelicidades do indivíduo, estejam sob o controle estrito dos especialistas, oriundos dos regimes disciplinares do moderno poder administrativo.

Por fim, Hall (2006) refere-se à consequência do feminismo que surgiu ao lado de outros movimentos libertários. O feminismo questionou a distinção entre público e privado e trouxe

para o espaço público assuntos como família, sexualidade, trabalho doméstico, que permaneciam no âmbito da intimidade dos indivíduos, politizando a subjetividade, a identidade e o processo de identificação.

O atual contexto de globalização agindo sobre a fragmentação do sujeito tradicional (com um núcleo essencial), como constatou-se, descentrou completamente os indivíduos de seu mundo social e de si próprios. Cabe lembrar, como consta na obra de Stuart Hall (2006), que o processo de globalização, socioculturalmente caracterizado como um processo de compressão tempo-espacial, não atinge todos os habitantes do planeta da mesma forma e na mesma intensidade. O que significa dizer, que essas definições teóricas devem ser abordadas enquanto tendências, e nesse sentido, dizendo respeito a todos os indivíduos.

Sendo assim, segundo Hall (2006), ao mesmo tempo em que a formação subjetiva contemporânea se torna mais fluida pelas multiplicidades ofertadas no mercado global, tenderia à homogeneização cultural. Porém, ao lado da tendência homogeneizante, surge o fascínio pelas diferenças culturais. Apesar desta visão de sujeito soar como perturbadora, visto seu caráter de incerteza e imprevisibilidade resultante do deslocamento constante, segundo Hall (2006), tem características positivas, pois se, de um lado, desestabiliza identidades estáveis do passado, criando “crises de identidade”, de outro, abre-se a possibilidade de desenvolvimento de novos sujeitos.

Para Agier (2001) não existe definição de identidade em si mesma, os processos identitários não existem fora de contexto, são sempre relativos a algo específico que está em jogo (no caso específico desse trabalho, as expectativas da pesquisadora e das participantes da pesquisa quanto ao discurso sobre a perturbação mental). O autor relata que, o ponto de partida das buscas de identidade individuais ou coletivas é o fato de que somos sempre o outro de alguém, o outro de um outro: “É necessário, então, pensar-se a si próprio a partir de um olhar externo, até mesmo de vários olhares cruzados” (AGIER, 2001, p. 9).

Para compreender o comportamento e a identidade do indivíduo pós-moderno é necessária uma abordagem que não parta somente do individualismo, de um indivíduo consciente de si; como em todas as épocas, é preciso que se analise a sociedade, considerando que o indivíduo tem a necessidade de identificação e de uma adequação às exigências do social para se constituir e se sentir pertencente ao meio. Portanto, para compreender a identidade do indivíduo contemporâneo, faz-se necessário analisar a sociedade, que indireta e diretamente “diz” o que é esperado dele, constituindo sua identidade. Segundo Bauman (2001, p. 30), “não

há outro caminho para buscar a libertação senão ‘submeter-se à sociedade’ e seguir suas normas. A liberdade não pode ser ganha contra a sociedade”.

Desde o século XVIII o individualismo vem se construindo. A noção de indivíduo se consolida na modernidade, com o pensamento moderno da ideia do indivíduo enquanto entidade independente, detentora de uma dimensão interior e apta a auto-observação (GARCIA; COUTINHO, 2004).

As psicanalistas Garcia e Coutinho (2004, p. 131), corroborando as ideias apresentadas acima de que a identidade contemporânea está se tornando múltipla e mais fluida, fazem um apontamento para o sofrimento psíquico advindo dessa condição e afirmam que:

[...] o que caracteriza o individualismo contemporâneo é uma experiência de desenraizamento, de *errância*, vinculada à perda de referências simbólicas, que leva a uma busca constante de ancoragens identitárias, ainda que transitórias. [...] a figura de um *indivíduo errante*, sem amarras e à deriva, como paradigmática dos novos contornos que o individualismo assume em nossa época. Sugerimos que a errância contemporânea traduz-se em uma modalidade de sofrimento psíquico, associado a uma situação de insegurança ou instabilidade identitária, exacerbada pela imposição da busca do prazer constante e sem restrições. Nossa suposição, referendada pela escuta clínica, é de que este estado de coisas apresenta-se subjetivamente por meio de diversas manifestações de sofrimento psíquico, articuladas a uma experiência de desamparo perturbadora (GARCIA; COUTINHO, 2004, p.131).

A sociedade contemporânea possui suas especificidades e, conseqüentemente, produz efeitos na subjetividade do indivíduo, porém ambos estabelecem uma relação dialética, de influência mútua. A industrialização crescente, o advento da internet, as mudanças na posição social da mulher, o consumo frenético e os imperativos de felicidade, influenciam na transformação da subjetividade. A psicanálise auxilia na compreensão de como essas transformações sociais tem relação com os distintos modos de subjetivação que passaram a compor a subjetividade do indivíduo, em um universo cada vez mais múltiplo, onde inúmeros elementos subjetivantes da modernidade perderam sua força.

Um desses elementos é a queda da autoridade paterna, que passou a afetar os modos de subjetivação que aparecem na atualidade. Aqui o termo “paterno” é contemplado não apenas a figura do pai enquanto representante da família, mas também o que sua função representa, como a norma, a lei e a interdição.

Conforme Rocha (2014, p. 225) “a pretendida liberdade defendida pelo discurso pós-modernista jamais deixou de ser pós-ideológica, na medida em que é possível pensar um cambiamento entre as tradicionais estruturas reguladoras da subjetividade (nome-do-pai,

Estado, laços sociais de alteridade) por novas regulamentações sociais que passam pelo crivo das relações de consumo”.

Para melhor entendimento dessa falsa liberdade e as dinâmicas reguladoras advindas da mídia, dos hábitos de consumo (ditando a maneira como o sujeito deve se comportar), a aproximação com o discurso psicanalítico sobre as instâncias do aparelho psíquico pode ser útil. Segundo a psicanálise existem três instâncias: Ego, Id e Superego. De maneira sucinta, o Ego é a instância reguladora, ele harmoniza os desejos do Id com a realidade do Superego, o Id é representante do prazer e o Superego faz a função da lei, da norma, das regras, que enquadra o indivíduo na cultura. No entanto, o Superego tem duplo funcionamento: contenção e exigência. Por um lado, interdição ao gozo desenfreado do indivíduo, por outro, o seu funcionamento é uma exigência imposta ao ego. Mas as estruturas sociais estariam deslocando esse funcionamento:

Se a atual sociedade transformou-se em uma sociedade excessivamente permissiva, em que as noções de lei, autoridade e costumes se enfraqueceram, em termos de avidez por um limitado modelo de identidade, o que resta à atualidade é muito mais a função de exigência do que de contenção de gozo (ROCHA, 2014, p. 226).

Ou seja, o indivíduo moderno é impelido a fazer da própria vida um constante campo de gozo, com isso se enrijece, sem ter o mínimo espaço de manobra a alternativas criativas de se transformar a existência. Assim, a exigência que se instala pela moção superegóica é de fazer da própria vida um constante campo de gozo. Gozo não mais correspondente às estruturas de uma sociedade patriarcal, mas sim de uma onde as identidades não são fixas e ancoradas em grandes narrativas (como as de gênero).

Se a identidade é formada a partir da interação entre indivíduo e sociedade, é preciso também levar em consideração que a identidade social é afetada pelas condições oferecidas em cada contexto e momento histórico. A relação do indivíduo com a sociedade se dá de forma recíproca e incessante, logo, ao tentar entender a identidade deve-se levar em consideração seu caráter social e as trajetórias de vida dos indivíduos (CASTRO; O'DONNELL, 2015).

Na dinâmica de se apresentar (ao outro, à pesquisadora, no caso) vai se formando uma autoimagem específica que varia e produz múltiplas identidades na forma de discursos, declarações de si, conforme as diferentes interações subjetivas. A identidade é a história que cada indivíduo conta de si mesmo. É uma narrativa produzida no diálogo com o outro e originária do “trabalho sobre si”, isto é, da fabricação da imagem que se quer que o outro reconheça.

Pode-se dizer que as mulheres entrevistadas se apresentaram a partir de suas identidades imaginadas, pois ao contarem suas trajetórias de vida estavam falando de suas constituições, de seus contextos, que a constituíram da maneira como se viam e da maneira como queriam ser vistas pela pesquisadora. Em uma primeira instância, as participantes foram convidadas a falar de si livremente e a respeito de sua vida cotidiana, como trajetória de vida, o que faziam em seu cotidiano, família, relacionamentos afetivos, estudo, trabalho e lazer.

Por ocasião da entrevista, Orquídea tinha 61 anos de idade, era separada, possuía ensino médio completo, trabalhava em casa cuidando dos netos para as filhas trabalharem. Possuía três filhas e quatro netos. Já trabalhou em uma loja e como empregada doméstica. Considerou-se muito apegada à família e relatou que quando se separou do marido, há treze anos, sofreu muito.

Porque quando eu me separei, realmente, eu fiquei muito mal mesmo, mal mesmo. (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Lavanda se apresentou, principalmente, através da atividade laboral. Quando participou da pesquisa tinha 33 anos de idade, era empregada doméstica, relatou gostar muito do trabalho e que trabalhava desde os oito anos de idade. Tinha três filhos, morava com eles e com um companheiro, com quem estava há dezessete anos. Ela disse que estudou até a sexta série do ensino fundamental.

Gosto, gosto sim, eu já trabalhei de olhar filho dos outros, antigamente eu até tinha paciência, hoje em dia tenho vontade, mas não é meu ramo, eu gosto de limpar, eu gosto de, a pessoa sai, estar limpo, a pessoa voltou, está cheiroso, eu gosto disso, é uma coisa que eu faço muito bem feito, entendeu? Eu moro junto a 17 anos, tenho uma menina de 17 anos também, uma outra com 12, e um menino de nove, e não tenho mais filhos (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Lírio começou seu discurso expondo sobre sua relação com o atual companheiro. Tinha 46 anos de idade, era separada há oito anos, mas no período que a encontramos morava com um novo companheiro. Relatou brigar muito com o atual marido. Naquele momento era empregada doméstica e gostava do que fazia. Estudou até a sexta série do ensino fundamental.

[...] não estou vivendo muito bem com esse meu marido, a gente briga muito. (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Gardênia tinha 50 anos de idade. Tinha três filhos e um neto. Era separada. Na ocasião da entrevista estava afastada do trabalho por causa da depressão. Trabalhou no refeitório de funcionários de um grande hotel. Relatou não gostar de sua atividade laboral. Estudou até o terceiro ano do ensino médio, porém, não chegou a concluir essa série.

Ao falar sobre si, demonstrou a dificuldade que apresenta com a ocupação atual.

Odeio cozinha, odeio tudo, aliás, não trabalho na cozinha, mas faz parte, é a minha área. Então eu não posso fazer unha, eu não posso fazer uma maquiagem, eu sempre... agora eu não sou mais, mas eu sempre fui muito, como fala... muito vaidosa. Então eu perdi minha vaidade lá. Eu acho que foi por isso que deu novamente a depressão em mim. Eu não gosto, mas não tem... (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Jasmim tinha 50 anos de idade, era professora, se formou em pedagogia e possui pós-graduação em psicopedagogia. Estava afastada do trabalho por questões de doença física e mental e atualmente está em processo de reabilitação profissional, pela Previdência Social (“pelo INSS”). Tinha três filhos e era casada, no período que concedeu a entrevista.

Descreveu suas atribuições laborais ao ser requisitada a falar sobre si.

Eu sou professora do Ensino Fundamental, e tendo a pedagogia também, eu posso dar aula, até o ensino médio não tendo professor habilitado, eu atuei como diretora, como coordenadora, vice-diretora, e agora, agora em 2012 que eu voltei para sala de aula, mas como eu já estava num processo de adoecimento, aí eu acabei ficando em licença, e não voltando para sala de aula (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Girassol tinha 63 anos de idade, era casada há 43 anos, mas convivia com o marido, aproximadamente, há 48 anos, tinha dois filhos e três netos, fazia chocolates para vender. Estudou até a quarta série do ensino médio.

[...] a minha vida foi muito sofrida desde pequena, 10 anos comecei a trabalhar, a gente era muito pobre, e meu pai era alcoólatra, então já foi uma vida sofrida. Aí casei sofri mais, apanhei muito, nunca tive coragem de denunciar por causa dos filhos, eu não trabalhava, então a mulher tem muito medo, e antigamente era assim L., casou tem que aguentar, então aguentei muito, muito dele e fiz tudo para meu filho e minha filha estudarem, me dei tudo de mim, trabalhava muito (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

No momento em que foram convidadas a falarem livremente sobre si, duas temáticas puderam ser observadas, uma relacionada aos relacionamentos e sentimentos conjugais e

familiares e outra relacionada ao trabalho. Foi possível perceber que cada participante se apresentou com o que tinha de mais evidente, de mais angustiante em suas vidas, naquele momento. Ressalvando-se as expectativas das mulheres entrevistadas com o trabalho de pesquisa, tudo leva a crer que o transtorno mental é vivido com tanta intensidade e de forma tão sofrida por essas mulheres, que se apresenta como o primeiro ponto a ser contado por elas, quando questionadas sobre sua história de vida.

Três participantes já iniciaram suas falas escolhendo fatos da vida para se descreverem e se apresentaram com um fato triste, relacionado à perda, sofrimento, brigas no casamento, decepções etc. As outras três se apresentaram com dados básicos como idade, profissão, família, mas ainda nessa primeira questão falaram sobre fatos dolorosos de suas histórias de vida.

Faz-se necessário apontar que no dia em que foi realizada a entrevista com cada participante, fisicamente todas estavam bem, com uma fisionomia boa, arrumadas, algumas estavam indo para o trabalho, Lírio e Lavanda, e outra estava voltando do trabalho, Girassol. Orquídea foi com o neto e depois ia levá-lo ao centro da cidade para passear. Gardênia e Jasmim (que estão afastadas do trabalho por causa da depressão) estavam bem-dispostas. Ou seja, aparentemente não estavam com humor depressivo.

3.2 Ser mulher e relações de gênero

Como afirmam Hall (2006) e Agier (2001), o indivíduo se constitui a partir do outro, ou seja, a partir das interações intersubjetivas. Para Berger e Luckmann (1991, p. 49) a “realidade da vida cotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como lidamos com eles nos encontros face a face”. Isso significa que quando o indivíduo se relaciona, muitas vezes, ele já possui preconceitos socialmente compartilhados denominados tipos, classificações, criando tipificações do que seja bonito, feio, doença, saúde etc. (CASTRO; O’DONNEL, 2015). A partir desses esquemas tipificadores vão se configurando as interações das pessoas. Em etapas sucessivas, as tipificações (os autores chegam a associá-las com “estereotipizações”) vão ganhando concretude e sentido. O conjunto das etapas pode ser definido como o processo de socialização do indivíduo numa nova instituição social.

Berger e Luckmann (1991, p.175) definem o processo de socialização como sendo a “ampla e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela”. Pode-se pensar então, que a identidade se configura no jogo contínuo entre indivíduo e sociedade, em meio aos mecanismos de socialização.

Pode-se avançar no debate sobre o conceito de socialização afirmando que os processos de socialização são da ordem do simbólico, pois envolvem os significados e valores que os indivíduos e grupos atribuem à realidade. Dentro dessa ordem simbólica, inscrevem-se o imaginário social e o imaginário psíquico. Birman (1991, p. 8) nota que essas realidades, a simbólica e a psíquica, se constituem pela *linguagem*: “a linguagem é a matriz originária e o instrumento primordial onde se modelaram os conceitos da *realidade social* e da *realidade psíquica*, que são constituídas como campos de objetividade pela ordem simbólica”. Portanto, as investigações que buscam reconstituir a construção social de uma determinada realidade e as representações sobre determinado fenômeno utilizam a interpretação como o instrumento fundamental de leitura dos dados.

Por essa via, é possível pensar, a partir da relação dialética, que existe uma estrutura social que condiciona os hábitos e as práticas discursivas dos sujeitos. Por isso, deve-se sempre contextualizar a ação do ser humano, pensar os sujeitos sociais e suas práticas discursivas nos contextos mais amplos de práticas e relações sociais, e como pontua Traverso-Yépez (2015, p. 48) “entre discurso e relações de poder”.

As relações de poder se dão de maneira sutil e silenciosa, e muitas vezes, até não dita. Por exemplo, o medo de perder um emprego faz com que o indivíduo se submeta a certas condições ou o receio de “perder” o casamento faz com que muitas mulheres se submetam a práticas de dominação por parte dos homens. Esses são exemplos de relações de poder que vão se configurando ao longo do tempo e que influenciam os pensamentos e as ações dos indivíduos.

Os discursos, em alguns casos, consciente e em outros inconscientes, têm o poder para construir as formas sociais de uma maneira opressiva para certos grupos. O cenário político e social influencia muito essas relações de poder. Segundo Traverso-Yépez (1999, p. 49),

Levar em conta a estrutura social e as relações de poder, que devem ser “legitimadas”, afasta-nos dessa visão individualista dos fenômenos sociais complexos, que pressupõe centrar-se nos comportamentos dos sujeitos em termos de motivações, atitudes e patologias individuais. Permite-nos, portanto, colocar no quadro mais amplo da estrutura social que contextualiza os processos psicossociais e dá sentido aos mesmos.

O indivíduo aceita as relações de poder, não por que ele quer, mas sim porque não consegue perceber alternativas em função da realidade que está inserido, “a aceitação normativa, em que o indivíduo interioriza as expectativas morais da classe dominante e

considera legítima sua própria posição de inferioridade, e a aceitação pragmática, em que o indivíduo se submete porque não percebe uma alternativa realista” (TRAVERSO-YÉPEZ, 1999, p. 52).

Configurando um processo de naturalização que afirma que as coisas são assim por que tem que ser assim. E o indivíduo passa a não ter um pensamento crítico sobre as situações e problemas da sociedade. Cria-se uma tendência de aceitar as coisas de forma passiva e naturalizada.

O que está de errado com a sociedade em que vivemos, disse Cornelius Castoriadis, é que ela deixou de se questionar. É um tipo de sociedade que não mais reconhece qualquer alternativa para si mesma e, portanto, sente-se absolvida do dever de examinar, demonstrar, justificar (e quem dirá provar) a validade de suas suposições tácitas e declaradas (BAUMAN, 2001, p.33).

Essas relações de poder se dão em todas as esferas e setores da sociedade. É preciso saber que existem e que regem as relações. Dar conta disso é apostar que os indivíduos são capazes de desenvolver um pensamento crítico sobre suas práticas e ideologias, reestruturando assim, suas práticas, seu estilo de vida, seus hábitos, e as estruturas sociais, que aparentemente já vem posicionadas e tidas como natural.

Um exemplo disso é o papel da mulher na sociedade. Existia uma relação de poder com o homem e seu papel já era posto e tido como natural, quando se nascia mulher, seu destino já estava determinado. Porém, a posição da mulher na vida social ocidental se viu alterada e transformada nas últimas décadas. A mulher do século XIX tinha o seu espaço de atuação reduzido ao lar. (ALONSO et. al, 2008, p. 146). Os novos lugares sociais e as novas tecnologias introduziram mudanças significativas nos discursos sobre as mulheres e modificaram o imaginário social sobre o feminino.

Porém, a sociedade ainda é patriarcal e machista. Os homens possuem um lugar privilegiado frente às mulheres. Em alguns cargos no mercado de trabalho eles conseguem uma remuneração maior, o lar e as questões que diz respeito a ele são, muitas vezes, responsabilidade das mulheres.

Verifica-se que as características sexuais foram fatores condicionantes para a identificação de papéis impostos pela sociedade, atividades estas que, embora pudessem ser exercidas por ambos, foram entregues a apenas um deles, configurando desigualdades sociais que implicam, até hoje, na exclusão feminina (OLIVEIRA, 2012, p. 153).

Sobre esse ponto, Bourdieu (2007) recorda que os sujeitos masculinos e femininos são socialmente e corporalmente construídos, e que os meios de socialização inscrevem e criam algumas “regras” que passam a ser vividas como verdades absolutas sobre o que é ser homem e o que é ser mulher. Segundo o autor, “a divisão entre os sexos parece estar ‘na ordem das coisas’, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável” (BOURDIEU, 2014, p. 21). Ou seja, essa diferença entre homens e mulheres passou a ser natural na sociedade e sem muitos questionamentos. Se você nascesse mulher seu destino já estava traçado, sem ter muito que fazer, já que era tido como uma condição natural. Ou seja, uma construção social naturalizada, que é a divisão entre os sexos.

Pautado na condição da mulher nas sociedades ocidentais do século XIX, surge o conceito de gênero, ligado ao movimento feminista. Com a saída para o mercado de trabalho, as mulheres passam a lutar por outra posição na sociedade. Na tentativa de desnaturalizar alguns discursos sobre sua condição enquanto mulher, impostas pela definição do sexo, o conceito de gênero passa a ser adotado nos discursos de luta e defesa da mulher.

Antes, as características sexuais eram fatores determinantes para a identificação dos papéis imposto, sendo homem ou mulher, seu destino já estava traçado. Os movimentos feministas passaram a questionar essa posição, que ser homem ou mulher não deveria ser definido pelo sexo biológico de cada um, mas a partir de relações sociais e culturais. E a partir daí grandes mudanças foram acontecendo no imaginário social sobre, principalmente, o feminino (OLIVEIRA, 2012).

Essa foi a motivação de muitas teóricas feministas para criação e aprofundamento da categoria de gênero. Elas passaram a buscar uma explicação lógica para essa divisão social entre os sexos tida como natural e normal, buscando entender o porquê os homens eram superiores as mulheres, simplesmente por serem do sexo masculino. E é daí que surge o conceito de gênero, na tentativa de desmistificar o mito que marcava a diferença entre as funções biológicas (OLIVEIRA, 2012).

Bourdieu (2014, p. 24) pontua que “a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho”. Inicia-se então uma luta contra o determinismo biológico, onde os aspectos anatômicos entre os órgãos sexuais, e, no entanto, físicos, eram determinantes para enraizar atividades que deveriam ser exercidas, só, por mulheres ou preferencialmente por homens. Diante disso, foi-se percebendo que essa diferença além de biológica, era também um produto cultural e social, ou seja, essas diferenças foram socialmente construídas e assimiladas.

Bourdieu (2007) esclarece que sujeitos masculinos e femininos constroem-se não apenas socialmente, mas também corporalmente. Os corpos e suas diferentes posturas, inclinações, falas, gestos e maneiras de agir seriam fruto de todo um trabalho de construção social. Os mais diferentes meios e instrumentos de socialização/educação (dentre os quais se destacam a família, a Igreja e a escola) inscrevem na sociedade um conjunto de disposições duradouras, aparentemente naturais, que irão ditar a maneira como os corpos masculinos e femininos deverão comportar-se, formando o que o autor chama de “*habitus sexados*”.

A história passou a ser escrita por homens que ocupavam cargos públicos. Eles ditavam como a mulher deveria se comportar e qual era sua função. O homem parecia ser o soberano inquestionável na sociedade patriarcal (OLIVEIRA, 2012). “As diferenças visíveis entre os órgãos sexuais masculino e feminino são uma construção social que encontra seu princípio nos princípios de divisão da razão androcêntrica, ela própria fundamentada na divisão dos estatutos sociais atribuídos ao homem e à mulher” (BOURDIEU, 2014, p. 30).

Se o homem ditava o que era “ser mulher”, acredita-se que tinha uma razão social que orientava seus pensamentos e ações. Mais do que separações biológicas, existia uma opinião predeterminada, construída socialmente, que acabava separando os indivíduos em categorias. “As aparências biológicas e os efeitos, bem reais, que um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de “biologização” do social produziu nos corpos e nas mentes conjugam-se para inverter a relação entre as causas e os efeitos” (BOURDIEU, 2014, p. 14).

O social fornece atribuições de gênero. E diante da introdução desse pensamento na sociedade e das lutas feministas, muitos foram às modificações sociais de gênero que ocorreram na sociedade brasileira nas últimas décadas. “Não se nasce mulher, torna-se mulher”, é a máxima de Simone de Beauvoir, apresentada por Oliveira (2012). Isso retrata a construção cultural impressa no sexo. Logo, é preciso aprender a ser mulher, já que a condição biológica em si, não fala e nem orienta o que é ser mulher. Essa orientação vem da cultura, já que é uma construção social. E para tornar-se mulher é uma luta essa construção de sua identidade. Uma vez que tem que lutar para corresponder ou, então, lutar contra os conceitos e preconceitos rígidos da sociedade sobre sua posição.

E a mulher tem conseguido isso. Aos poucos ela tem lutado, e transformado o imaginário social sobre o feminino. Porém, na tentativa de se auto afirmar, corre-se o risco de criar um imperativo do que é ser mulher. Lima *et al.* (2013) diz que na falta de um significante histórico que descreva o feminino, ele parece ser inesgotável. Para o homem, não, pois socialmente, ele já tem um lugar e uma função historicamente determinado. Sendo assim,

parece que as mulheres estão buscando construir a própria feminilidade embasadas nos tradicionais ideais masculinos.

Já se percebe esses imperativos na sociedade. Segundo Rocha (2014), há um sofrer histórico contemporâneo que aponta para a impossibilidade de se alcançar os padrões idealizados colocados para o gênero feminino. Mulheres irreais são cotidianamente consumidas em anúncios midiáticos que afetam o imaginário de cada um. O atual “culto ao corpo”, cuja forma padrão é o corpo “malhado” (modificado pelo trabalho de si sobre o próprio corpo) e “belo” (semelhante ao padrão estético estabelecido), tem se travestido em uma verdadeira “moral estética” que impõe o que se deve fazer e como o corpo de ser apresentado (GOLDENBERG; RAMOS, 2002).

Para a psicanálise, o que é de uma ordem imaginária (irreal) não consegue ser atravessado por uma condição simbólica do indivíduo. Ou seja, a mulher não consegue simbolizar que para ser a mulher bela, jovial e autossuficiente apresentada pela mídia, há que se pagar um alto preço. Como não tem esse atravessamento, passa-se a acreditar que num passe de mágicas pode se tornar o que se deseja ser. Para isso, estão disponíveis no mercado diferentes produtos e serviços de belezas, prontos a serem consumidos: cirurgias plásticas, modificações no corpo, dietas, exercícios ou outras maneiras de se ficar “em forma”.

A mulher está submetida ao significante que está no discurso do outro, pois historicamente tem sido o homem que denomina o seu papel. Na teoria freudiana, a mulher tem uma posição faltante, pelo fato de não possuir o falo. Logo, na ausência do falo, propriedade do homem, há uma elevação do auto investimento, para ser o falo, ou seja, estar ligado à busca fálica. Diante disso, a mulher precisa provar sua potência em todos os aspectos da vida. Para desfazer essa história de dominação e rejeição, ela precisa ser simultaneamente boa como mãe, como esposa, como trabalhadora, não podendo falhar.

E hoje, com as modificações sobre a representação do feminino, parece que ela quer recuperar o “tempo perdido”, tentando mascarar a falta constituinte (LIMA *et al.*, 2013). Historicamente, a figura feminina foi subjugada em diversos âmbitos na sociedade. Ela não era livre e era impedida de assumir seu desejo. Ela era impedida de trabalhar e tinha que limitar suas funções ao lar, na questão sexual ela não mostrava o seu desejo, apenas satisfazendo ao homem. A sociedade contemporânea corrobora com esse mascarar, promovendo, através da mídia, do excesso do consumo, das redes sociais, sua supervalorização como objeto narcísico do gozo. Onde a mulher busca, por meio do auto disciplinamento, o corpo ideal, a juventude, saúde, sucesso e felicidade, de modo que tais excessos acabam por provocar sofrimento psíquico.

Segundo Hita (1998, p. 183), tem-se encontrado importantes análises na psiquiatria e na sociologia sobre a relação do gênero com a saúde mental. Eles apontam na direção da identificação de um conjunto de circunstâncias e situações, mais ou menos gerais, sobre a condição da mulher ao longo da história, que buscam elucidar os contextos e situações específicas enfrentadas pela mulher por pertencer ao gênero feminino. Tratam-se de situações que, se de um lado, começam a mudar, por outro, continuam sendo vigentes para grandes contingentes de mulheres que vivem em um contexto marcado pela presença concomitante de novos e velhos modelos de ser mulher.

A desordem psicoafetiva (depressão), conhecida como o mal do século, como foi dito, manifesta-se mais nas mulheres do que nos homens. Segundo Russel (1985, citado em HITA, 1998, p. 182) “Ela [a depressão] é um dos problemas mentais mais diagnosticado no século XX e até muito recentemente é pensado como o principal problema feminino”.

É interessante pensar que, apesar de todos os avanços anunciados sobre a diminuição da desigualdade de gênero e da opressão masculina sobre as mulheres, existem abordagens que enfatizam que a mulher sofre mais de distúrbios psicoafetivos do que os homens devido a posição que ela ocupa na sociedade, caracterizada, muitas vezes, por subordinação, falta de poder e autonomia e acúmulo de funções (HITA, 1998). É possível perceber que a mulher, na sociedade contemporânea ganha foco, em função de questões de consumo das mais diferentes esferas, do corpo ideal, da alimentação saudável, do conhecimento formal, do tempo livre, da felicidade ininterrupta e até do sofrimento psíquico, quando um ou mais desses itens não são adquiridos. Enfim, os marcos para definir a trajetória de vida das mulheres estão na própria cultura da qual elas fazem parte.

Essa cultura pode estar definindo, paradoxalmente, uma opressão ainda maior e mais potente, uma vez que ela se transforma em um rígido controle de si a um forte padrão normativo (moral) de condutas, traduzido no cuidado de si enquanto fabricação da pessoa com corpo saudável e belo e da felicidade incondicional (e, portanto, paradoxal). Porém, observa-se que essa submissão se exerce por um poder que é geral e, portanto, não atinge apenas as mulheres. Outro ponto a se levantar é que as conquistas do feminismo não se distribuíram de forma genérica entre as camadas sociais. Assim, o trabalho que pode indicar a independência da mulher de classe média, pode ter um sentido bem diferente para a mulher das camadas menos abastadas. O trabalho (geralmente, precarizado) da mulher das camadas pobres da sociedade pode, de fato, representar mais um fardo que se soma aos outros tradicionalmente constituídos pelo papel de mulher que é, por exemplo, mãe (solteira ou não) ou dona de casa.

Yaccoub (2011) aponta uma centralidade no papel da mulher, agora responsável também por oferecer conforto e bem-estar à família. Algo que parece uma atualização de suas funções de *chefe da casa*: manter a unidade do grupo familiar, cuidando de todos e zelando para que tudo esteja em seu lugar.

Na história das civilizações ocidentais, o homem sempre teve o lugar de provedor e a mulher de cuidadora do lar. Mas, a partir do século XIX, a industrialização acelerada passou a demandar um número maior de trabalhadores, necessitando assim que as mulheres pobres fossem para o trabalho nas fábricas. No início do século XX, também as mulheres dos segmentos médios saem dos espaços privados para ingressarem no mercado de trabalho e passam a ocupar cargos de apoio em empresas enquanto se preparam para o casamento (NETO; FERES-CARNEIRO, 2005).

Sendo assim, é possível pensar que “ser homem e ser mulher” já chega até as pessoas carregadas de sentidos, de ideologias, através da história. Pode-se não saber ao certo como se constituíram, porém, a normatividade dos papéis tradicionais de gênero tem um peso na maneira de se comportar como tal. “Os sentidos não estão só nas palavras, mas na relação com a exterioridade, nas condições em que eles foram produzidos e que não dependem só das intenções dos sujeitos” (ORLANDI, 2000, p. 30).

Muito já se caminhou na temática de gênero. O padrão de comportamento que é esperado do homem e da mulher (e de outros papéis sexuais também), pelas razões discutidas por Hall (2006), parece estar menos ancorado/enraizado na sociedade. Mas, ainda há fortes definições do que compete a cada um desses papéis sociais. A pressão ainda é grande para os homens que não trabalham, por exemplo, e ainda se espera que toda mulher case e seja mãe. Nestes termos, imagina-se que existe uma relação próxima entre a condição de submissão da mulher e o “desequilíbrio” na sua autorregulação emocional. Dessa maneira, procurou-se conversar com as mulheres trabalhadoras participantes da pesquisa sobre o tema para verificar como elas percebem as relações de gênero e a condição de ser mulher na sociedade brasileira.

Eu acho que cada uma tem o seu jeito, basicamente eu acho que não mudou muito, porque desde antigamente tinha aquelas que eram mais submissas a..., e tinha outras que já se impunham, mas hoje em dia ainda a gente encontra algumas que se acham felizes porque tem um marido e sente prazer em ficar ali, sei lá, vivendo com alguma coisa, eu não sei explicar como é que eu digo. Eu acho que não mudou, basicamente não mudou muito (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Pra mim tá tudo igual a, homem mulher, para mim tá tudo igual, não tem diferença mais não (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Para Orquídea não houve mudanças, é possível perceber que historicamente, a figura feminina foi subjugada, a mulher era impedida de trabalhar, suas funções eram limitadas ao cuidado do lar, sexualmente não estava autorizada a demonstrar seu desejo e existia uma forte relação do poder com o homem, no qual a mulher ficava subjugada numa posição inferiorizada (LIMA et al., 2013). Contrariamente à visão de Orquídea, outra participante diz que homens e mulheres são iguais.

As diferenças sim diminuíram entre homens e mulheres, mas não está tudo igual, a sociedade ainda é machista e patriarcal. No mercado de trabalho, por exemplo, a mulher recebe financeiramente menos que o homem, muitas mulheres possuem duplas jornadas, pois ao chegarem em casa tem a responsabilidade com os cuidados do lar (OLIVEIRA, 2012).

Outra participante falou sobre ser mulher, apresentando uma visão mais forte, idealizada e supervalorizada do papel da mulher.

Eu acho que a mulher hoje ela é corajosa, se ela tiver que largar ela larga [o marido], mulher não precisa de homem para viver, ela se sustenta sozinha, entendeu? (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Mas Lírio, quando questionada o que representava para ela ser mulher hoje, respondeu de maneira vaga, sem explicações e argumentos.

É eu gosto de ser mulher, mas eu não sei te explicar o que é ser mulher, nos dias de hoje (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

A mulher tem buscado se afirmar em muitas coisas, iniciando, talvez, um novo processo de autocontrole ou disciplinamento do feminino, onde a pressão para que ela seja perfeita é grande, para que consiga dar conta de tudo sozinha, para que tenha o corpo idealizado culturalmente (LIMA et. al, 2013). Não pode haver falhas e nem dependência do homem para consolidar e marcar sua nova posição na sociedade. Frente a exigências de regulação tão intensas, organizar-se emocionalmente não é tarefa fácil. A condição depressiva pode expressar as experiências do modo como as participantes lidam com as injunções que se apresenta social e culturalmente para as mulheres.

Como coloca Orlandi (2000, p. 47) “para que a língua faça sentido é preciso que a história intervenha”. Diante de tantas transformações do feminino na sociedade, pode-se dizer que ainda se vive uma fase de transição. O modelo antigo de mulher já não se enquadra mais atualmente,

mas ainda não está configurado o seu novo papel. Há muitos questionamentos e dúvidas em relação ao lugar que é dado a cada gênero. Vive-se um momento de constituição do que é ser mulher nos tempos atuais.

A participante mais nova, com 33 anos de idade, apresentou a temática dos direitos iguais entre os gêneros.

[...] mulher tem que ter os direitos iguais (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Contudo, é interessante notar que a mesma participante que falou sobre a temática dos direitos iguais, delimitou os papéis sociais que são esperados dos homens, num referencial mais antigo.

Eu posso pagar uma conta, que é sua obrigação, então eu posso sair, posso beber (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

A luta feminista para a equiparação das mulheres aos homens ainda é constante no dia a dia das pessoas. Desde o campo do trabalho até os temas relacionados ao lar, os direitos não são iguais. O fato de as mulheres trabalharem em igual número de horas que os homens e com as mesmas funções não significa necessariamente a sua libertação, pois, ao mesmo tempo, trabalha em sua profissão e no lar, duplicando sensivelmente a sua jornada de trabalho. Ou seja, possíveis mudanças que foram para melhor, podem ser, ao mesmo tempo, uma continuação da dominação e do papel de subjugada da mulher.

A sociedade identifica determinados comportamentos como mais adequados a um sexo do que ao outro. Logo, as pessoas vão construindo seus valores e conceitos, com base no que a sociedade determina, condicionando suas práticas discursivas. Determinados comportamentos discursivos comuns à cultura masculina são proibidos à feminina e vice-versa. No universo dos homens, pela construção social, ele é o provedor da família e deve se encarregar de todas as despesas financeiras da casa. Enquanto para as mulheres, certos tabus cristalizados no discurso são estendidos às questões sexuais (prazer no ato sexual, não reprodução) e sociais (frequentar bares).

Outro tema que apareceu atrelado ao significado de ser mulher nos tempos atuais foi a necessidade de a mulher ser independente. Conhecendo a história social do papel da mulher na sociedade, é possível perceber que essas mulheres falavam na tentativa de reescrever uma nova história, diferente da vivida até o momento, de ser a mulher somente dona do lar, de submissão

e repressão. Assim, Girassol falou sobre a independência se referindo à maternidade e as novas configurações dos relacionamentos conjugais.

A mulher precisa ter alguém para sair, eu falo hoje em dia a mulher não precisa nem casar para ter um filho, ela arruma um parceiro bom, que ela queria ter um filho, tem um caso pode ter, pode cada um [morar] na sua casa (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Outra participante também falou sobre a mulher não depender de ninguém.

Eu acho que a mulher, mulher mesmo, não depende de ninguém, ela tem que ser assim, sabe, ela trabalhar e ir à luta para conseguir o que ela quer. Se cuidar, ser bonita, eu não estou fazendo, eu sei que não, mas o certo é você fazer uma academia. E assim, luta pelo que ela quer, porque tem muitos que ficam de braços cruzados esperando, eu acho então que não faz o meu estilo (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Mas Jasmim, parece ter uma concepção oposta ao das duas anteriores:

Então eu vejo assim que a sociedade, vem perdendo esta referência, eu tenho duas referências de mulher, eu tenho a referência de mulher da palavra de Deus de provérbios, a mulher que edifica o seu lar, que cria, sabe educar seus filhos, apesar do meu marido ser dependente total, ele é o chefe da família entendeu, então eu tenho esta referência. E tenho a minha mãe como referência também, de como elas nos educou, como que a mulher deve se comportar, a questão da educação, de não ser vulgar entendeu, de não se desvalorizar (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Girassol apresentou uma referência de configuração familiar moderna, em que a mulher contemporânea não precisava de um modelo de família clássica, composta por pai e mãe, para ter um filho. Gardênia apontou uma visão idealizada do papel da mulher. A mulher não precisava do homem para viver, coisa que antigamente era vivido pelas mulheres e tido como normal. Jasmim reproduz um discurso religioso de família, fortemente marcado pela clivagem tradicional e desigual dos papéis de gênero entre cônjuges. Ela apresentou dois exemplos de mulher, o modelo cristão e a educação que recebeu de sua mãe, ambos expressam um lugar bem específico da mulher como dona de casa submissa ao marido e totalmente dedicada aos filhos. A fala de Jasmim enuncia, por outro lado, a mudança cultural ao relatar que a sociedade vem perdendo “esta referência”. A sociedade está se modificando em relação ao papel da

mulher, e não perdendo uma referência, mas sim a transformando. Porém, ainda existe a visão idealizada do papel da mulher, como aquela única responsável pelo lar.

Realmente, frente às questões sexuais do passado, a repressão e a anulação da mulher foram substituídas por uma liberdade maior e pela independência nos dias atuais. Porém, no discurso social isso não é totalmente possível e aceito. Ainda existe muita pressão sobre as mulheres que não casam e não têm filhos. Bourdieu (2014) pontua que o casamento continua sendo, para as mulheres, o meio privilegiado de obter uma posição social. Ou seja, vive-se hoje uma transição do papel da mulher na sociedade.

É uma luta social e histórica atrelada ao papel da mulher. Vive-se um momento de transição, entre a mulher antiga, do lar, submissa ao homem, e a mulher moderna, dona de si e de seus desejos, o que gera ambiguidades. Jasmim, por exemplo, pontuou que, mesmo o marido sendo dependente total, ele era o chefe da família, seguindo assim o modelo de família cristã.

A identidade feminina é produto social e reflexo mediado do olhar do outro. O que é ser mulher toma referências que vêm de fora, dos referenciais da religião, da mídia. O sexo masculino também é responsável pela formação discursiva da identidade da mulher. A mudança deverá começar pela quebra dos padrões discursivos e pela desnaturalização das crenças e dos comportamentos verbais presentes no discurso masculino sobre a mulher. Por outro lado, a busca do sentido do sofrimento ou transtorno envolve muitos aspectos da vida pessoal dos indivíduos. A noção de ser mulher, como foi visto, envolve as histórias de vida e as trajetórias pessoais, como também as visões de mundo. O argumento é que a identidade, a noção de pessoa (ser mulher) e a desordem mental se misturam nas visões de mundo e na busca de significados que os indivíduos realizam.

Neste capítulo foi possível perceber que dificilmente as participantes conseguiram abstrair a noção de uma mulher genérica e outra para se colocarem como parâmetro concreto do que é ser mulher. A mulher narrada foi sempre uma outra mulher, distante e abstrata (talvez a única exceção tenha sido a menção à própria mãe como modelo, feita por Jasmim). É recorrente nas interpretações do “ser mulher” a referência à família. Ser mulher, na maioria das falas, é sinônimo de ser esposa e ser mãe. Assim, apesar de, em geral, se defender que a mulher seja livre e independente, algumas entrevistadas parecem manter um relacionamento tenso, em que, segundo o depoimento coletado, o companheiro parece ser opressivo. Em qualquer sociedade, a identidade é construída socialmente pelas práticas discursivas, cujo discurso é produto da cultura que a construiu. Assim, a identidade feminina é definida pelo discurso de seu interlocutor. Resulta do efeito espelho, identifica-se pelo reflexo do olhar do outro.

4. SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL INACABADA

Muitas são as terminologias utilizadas para definir o momento atual. Embora não haja um termo comum utilizado pelos teóricos, as características da sociedade atual são definidas de maneiras muito parecidas e complementares.

[...] muita gente argumenta que estamos no limiar de uma nova era, a qual as ciências sociais devem responder e que está nos levando para além da própria modernidade. Uma estonteante variedade de termos tem sido sugerida para esta transição, alguns dos quais se referem positivamente à emergência de um novo tipo de sistema social (tal como a “sociedade da informação” ou a “sociedade de consumo”), mas cuja maioria sugere que, mais que um estado de coisas precedente, está chegando a um encerramento (“pós-modernidade”, “pós-modernismo”, “sociedade pós-moderna”, e assim por diante) (GIDDENS, 1991, p. 8).

O sociólogo Bauman (2001), em seu livro *Modernidade Líquida*, faz uma caracterização da sociedade atual como sendo “leve”, “líquida”, “fluida” e infinitamente mais dinâmica que a modernidade “sólida” que a sucedeu. A passagem de uma para a outra provocou inúmeras e profundas mudanças em todos os aspectos da vida humana, pois se passou a viver em uma época de liquidez, fluidez, de incerteza e insegurança, onde os referenciais da modernidade sólida foram se perdendo e dando lugar à lógica do agora, do consumo, do gozo e da artificialidade. Sendo assim, os indivíduos da modernidade líquida não possuem mais padrões de referências e nem lugares pré-estabelecidos para se situarem e as relações se tornaram mais frágeis.

As angústias que aparecem nos sentimentos humanos, considera o amor líquido e a felicidade vivenciados em um universo marcado pelos laços fluidos, que não permanecem, não se estreitam, desobedecem à lei da gravidade, ou seja, à ausência de peso. Segundo o autor, a fluidez dos vínculos, que marca a sociedade contemporânea, encontra-se inevitavelmente inserida nas próprias características da modernidade (BAUMAN, 2001). Essas e outras características contribuem para a emergência de uma nova subjetividade, a da *sociedade pós-moderna*.

Jean-François Lyotard (1986) também se ocupa das transformações ocorridas na sociedade contemporânea. Para o autor, do ponto de vista das transformações que ocorreram nas formas de produção cultural, enquanto na sociedade moderna eram as ciências que criavam as verdades e as leis, bem como o ideal público de bem-comum, na *sociedade pós-moderna* a dúvida, a desconstrução, a desconfiança, as suspeitas, a não-existência de verdades marcariam o saber. A pós-modernidade seria marcada pela desconstrução das grandes narrativas do período precedente (LYOTARD, 1986).

Para Gilles Lipovetsky (2004), teórico da hipermodernidade, a pós-modernidade deu espaço para o estado cultural que ele chama de hipermodernidade. O termo “hiper” se refere a uma exacerbação dos valores criados na modernidade, gerando os hiperconsumos, hipercorpos, hiperfelizes, ou seja, tudo elevado à máxima potência. Os tempos atuais são caracterizados pela cultura do excesso, onde todas as coisas são intensas e urgentes. Para o autor, as mudanças na sociedade hipermoderna ocorrem num ritmo muito acelerado e o indivíduo vive constantemente preocupado com o futuro, ele se observa no presente e se pensa no futuro.

O sociólogo inglês Anthony Giddens (1991) diz que se vive numa época marcada pela desorientação, pela sensação de perda de controle e de que não é possível compreender plenamente os acontecimentos sociais. A modernidade transformou as relações sociais e também a percepção dos indivíduos e coletividades sobre a segurança e a confiança. A forma de viver em sociedade decorrente da modernidade também se modificou, rompeu com tradições de forma nunca antes vistas. “Tanto em sua extensibilidade quanto em sua intencionalidade, as transformações envolvidas na modernidade são mais profundas que a maioria dos tipos de mudança característicos dos períodos precedentes” (GIDDENS, 1991, p. 10). A sociedade atual seria marcada pelo excessivo, porém, o autor adota uma denominação menos engajada e prefere chama-la de *modernidade tardia*.

Outro teórico que estuda a condição pós-moderna, é o geógrafo britânico David Harvey (1993), que traz a ideia de compressão espaço-tempo. A tese de Harvey é a de que, no período do iluminismo havia no indivíduo a noção do “Vir-a-Ser”, tendo uma importância central na percepção social do tempo e do espaço, ou seja, existia uma construção e uma história dotada de sentidos, um processo para tornar-se aquilo que se desejava. Já na condição pós-moderna, instaurou-se a primazia do “Ser”, implicando assim numa crise de representatividade do tempo e do espaço, dinamizada pela lógica da acumulação flexível.

O termo de autoria de Harvey (1993) ‘acumulação flexível’ caracteriza as transformações das relações econômicas na condição pós-moderna e na transição das formas de organização do trabalho. A ideia se pauta na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de

trabalho, dos produtos e padrões de consumo da *sociedade pós-industrial*. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Nestes termos, o autor usa a expressão “condição pós-moderna” para se referir ao momento presente.

Nas obras desses autores (BAUMAN, 2001; LYOTARD, 1986; LIPOVETSKY, 2004; GIDDENS, 1991; HARVEY, 1993) destacam-se alguns padrões característicos da cultura contemporânea, nunca vividos em outros períodos históricos, como a noção de espaço-tempo, flexibilidade e fluidez, como também mudanças aceleradas e a incorporação do conceito de hiper em todas as coisas que se faz e acredita.

Seja como for que se defina o tempo presente, acredita-se na sociedade sendo constituída a partir das interações dos indivíduos, interações estas estabelecidas em suas vidas cotidianas, configurando a realidade social. Peter Berger e Thomas Luckmann (1991), apontam o conceito de real como algo concreto e que independe da crença do ser humano para existir. Mas esse algo real só adquire realidade social quando ganha um valor significativo, quando passa a fazer sentido dentro do sistema de significados compartilhados por um grupo determinado. Esse processo de construção social da realidade diz respeito também à realidade da subjetividade humana:

Estamos afirmando, então, que o social do psiquismo humano não está determinado pela tipologia dos ‘objetos’ (outros sujeitos), mas se constitui a partir da construção de um mundo de significados compartilhados num conglomerado humano, sendo, portanto, um processo social, cultural e historicamente situado (TRAVERSO-YÉPEZ, 1999, p. 40).

Segundo Castro e O’Donnell (2015, p. 35) “a realidade não é tomada como um dado em si, mas como algo socialmente produzido e partilhado entre os diferentes indivíduos que compõem o grupo ao qual se refere”. Sendo assim, para os autores, a realidade e o conhecimento são relativos e construídos socialmente. E essa construção é influenciada pelo grupo que a define. O mundo social se torna real em função da vida cotidiana das pessoas. A vida cotidiana equivale à própria realidade para os indivíduos que dela participam. Sendo assim, a realidade social corresponde à realidade da vida cotidiana. “Cada indivíduo tem uma perspectiva sobre o mundo social diferente dos demais, apreendendo os elementos a seu redor conforme um ‘aqui’ e um ‘agora’ que dizem respeito apenas à sua vivência subjetiva” (CASTRO; O’DONNELL, 2015, p. 37). E cada um, compartilhando sua vivência subjetiva, forma a realidade social. Ou

seja, a realidade é simbólica (ou significativa). Birman (1991, p. 7-8) irá afirmar que “o real é capturado pelas redes de sentido inscritas na ordem simbólica”.

A ideia da construção social da realidade propõe que os sujeitos sociais são construídos por essa realidade (a noção de indivíduo, por exemplo) mas eles são também os autores dessa construção. Isso trata-se de uma das mais importantes problemáticas das Ciências Sociais: o da influência recíproca da estrutura social e do autor (sujeito individual) (HERZLICH, 1991). Enfim, reforça-se que os sujeitos e a sociedade pós-modernos são constituídos socialmente.

Como se pode notar, pós-modernidade hipermodernidade, modernidade tardia são termos utilizados para descrever, não somente um momento histórico, mas, também a maneira como as pessoas se relacionam. Privilegia-se neste trabalho o uso do termo sociedade contemporânea para fazer referência a esse modo de ser. Hoje, os seres humanos se tornam atores de uma sociedade dotada de uma gama de complexidade que define novos padrões para um comportamento e um estar junto ao outro, muito particulares e singulares. Algumas dessas características apareceram nas entrevistas coletadas.

Lírio² apontou a falta de relacionamento, de ajuda, de conversa como uma das características da sociedade atual e relatou que a falta de companheirismo interfere em sua doença.

Ah, um exemplo assim porque, eu sempre gostei de companheirismo, essas coisas, eu o meu primeiro marido, não foi meu companheiro, e esse segundo também não é meu companheiro, se eu tiver um problema eu for contar para ele, é a mesma coisa, é melhor não contar um negócio guardar para você, porque você vai ficar pior, se eu passar mal, eu acho que eu morro lá dentro da minha casa, eu penso assim, porque ele não vai me ajudar, então é por isso que eu já fico já nervosa, às vezes eu fico até pensando, será que está compensando eu estar vivendo essa vida.

[...]

Interfere, [isso] interfere bastante, porque aí eu fico nervosa, daí já começa dá aqueles sintomazinhos de depressão, você fica meio cabisbaixa, aí é onde eu acho que interfere bastante (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Sobre as características da sociedade contemporânea, Gardênia, outra entrevistada, disse que as pessoas eram falsas e os relacionamentos eram baseados em trocas e interesses:

Eu acho assim que as pessoas são muito falsas. Na minha época, quando eu era mais nova não tinha isso, tanto é que eu tenho amigas até hoje daquela época do passado, hoje em dia não, hoje é tão difícil, hoje eu mantenho as

² Como foi esclarecido no capítulo de Método, os nomes das participantes da pesquisa foram substituídos por nomes de flores para se garantir o anonimato.

minhas amizades porque também se você for fazer grosso assim você não tem amizade com ninguém. Mas eu acho a sociedade é muito falsa, para ela assim, quando está rendendo alguma coisa para ela está tudo bem, não está mais, já vira a cara, e tudo L. Assim, financeiramente igual, eu tenho amigas assim que se tem uma relação que a mãe não aceita e tal, aí ela fica amiga minha porque ela vem na minha casa para ligar para o rapaz, para o rapaz vir na minha casa esperar. Se eu vou dormir mais cedo, ou não quero ninguém na minha casa, aí vira a cara.

[...]

Porque a correria, eu acho que as pessoas te dão atenção quando eles estão interessados em alguma coisa. Tudo tem interesse, até namoro.

[...]

Isso é péssimo, e amigas também fazem isso agora. Então se eu estou com o carro na porta levando todo mundo, todo mundo é minha amiga, se eu não quero ir mais aí você vê que não existe mais aquela amizade sabe. É muito difícil (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

A fala de Gardênia sobre as amizades efêmeras baseadas no cálculo consumista pode exemplificar as ideias de Bauman sobre a sociedade contemporânea. Imerso nesse processo rotativo de inclusão e exclusão instantâneas nas suas relações afetivas, a “humanidade líquida” teme afirmar a potência unificadora do amor. A “moralidade líquida” possibilita que a figura do outro seja de um estranho que só adquire importância quando se presta a satisfazer os próprios objetivos egoístas. No contexto da vivência líquida, se relacionar se caracteriza como um ato arriscado, pois não se conhece, de antemão, as consequências das experiências afetivas. Uma vez que o “outro” é considerado apenas uma peça que rapidamente entra em processo de obsolescência, tranquilamente se usufrui o seu potencial pessoal para que logo após se possa dispensá-lo, sem que haja quaisquer crises de consciência da parte do indivíduo consumista de afetos e experiências. Conforme diz Bauman (2001, p.10) acerca dessa dinâmica afetiva, “é preciso diluir as relações para que possamos consumi-las”.

Ainda em referência à temática dos relacionamentos na contemporaneidade, a participante Girassol expôs que a família hoje é diferente, disse que as pessoas não conversam mais, tudo é na base da troca, que hoje o dinheiro rege as relações, não se tem mais afeto e nem diálogo.

As famílias eu acho que não educa, eu vejo pela minha filha, eu acho que os filhos hoje não têm educação, faz isso que eu te dou isso, eu acho que é onde estraga, não tem diálogo. Graças a Deus hoje nós, quando o meu filho vem, a gente ainda come junto na mesa, isso ainda quando eles vêm, ainda sou acostumada cafezinho da tarde que os avós tinha antigamente. Minha neta quando vem, fala: “Ai vó café da tarde”, que ela fala [que] lá em São Paulo a gente não toma café, põe à mesa. Tomo café junto, ainda na minha casa, ainda tem essas coisas. Agora eu vejo que as famílias estão muito assim, os pais não

querem saber. Você vê, no meu tempo, dez horas você tinha que entrar em casa, não importa a idade. [Hoje] os pais não sabem onde os filhos estão, onde acontece bebedeira, acontece tanta coisa, o meu filho ele bebia L., mas eu sabia onde ele ia com 40 anos. “Mãe vou em tal lugar, qualquer coisa me liga, assim.” A minha filha também é uma ótima filha, o meu problema com ela é esse, ela é uma filha que faz assim para mim beijar a cabeça, ela não me dá um abraço, ela não me dá um beijo, ela acha que eu defendo mais o irmão do que ela, que eu não gosto dela. Mas não é, não é isso. Então eu acho que família precisava dar mais atenção aos filhos, se unir mais sabe, não dar tanta liberdade que nem dão, porque, se formar em família, vai ficar cada vez pior. (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Como se sabe, a estrutura das famílias ocidentais tem sofrido muitas alterações ao longo da história. A família enquanto instituição social e enquanto ordem simbólica (SARTI, 2004) muda suas configurações. A caracterização de família vem se formando de maneira mais ampla, com novos modelos e diferentes formas de relações entre os membros, de acordo com os ideais valorizados por movimentos sociais e por novas subjetividades.

As tecnologias de comunicação que estão modificando as relações também alteram as relações familiares. E se este fato será visto como positivo ou negativo, dependerá da maneira como serão conduzidas as relações entre as pessoas no espaço familiar. Outro aspecto referido e ainda interconectado com os relacionamentos é a questão da mídia e do consumo como sendo mais um elemento que interfere e influencia nas relações interpessoais atuais. Jasmim, falou sobre inversão de valores, sobre o fato de as crianças se tornarem adultos precocemente e sobre a influência da mídia nas escolhas das compras e na definição do padrão de corpo ideal.

[...] as eu vejo a sociedade assim, uma inversão de valores, a criança, ficando adulto muito rápido, com a questão da mídia que tem que usar marca tal, se não ter tal coisa não é feliz, e não é isso, eu não vejo desta maneira, eu acho que a presença é muito importante, falar para o filho, falar para o seu marido: “Olha isso aí que você fez ficou muito bom!

[...]

eu vejo muita mídia, eu penso assim que é falta também de esclarecimento entendeu, às vezes, o que é que você vê? Tem pessoa que ela já tem o corpo perfeito, mas ela ainda quer mais e mais ainda, e aí, às vezes, coloca até a vida em risco, como a gente vê no noticiário. Então, é aquilo que eu falo pra você, a gente precisa aprender a se amar, a se conhecer, gostar de você [mesma].

[...]

aí você acaba fazendo coisas para permanecer no grupo, para ser aceito na sociedade, entendeu, então é essa questão.

[...]

e aí perdeu o vínculo, e aí tenta o quê? Comprar, então aí [é] onde há essa coisa do consumismo, em um celular tal, o celular está excelente, mas lançou um novo, e tem que ter aquele, se eu não tenho aquele, eu não estou feliz, eu choro, eu sou infeliz, você é a culpada, ou o culpado pela minha infelicidade, eu quero tênis tal. Então tem muito isso. A sociedade vive muito isso.

[...]

Então *vai ser uma pessoa doente*, porque a principal coisa que ele não vai conseguir é manter relações com os outros (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Essa participante fez uma relação entre as características da sociedade contemporânea, os hábitos de consumo excessivo e as doenças de um modo geral, evidenciando as questões que buscou-se discutir neste trabalho. As pessoas ficam doentes por não conseguir comprar tudo o que deseja e por não conseguir manter relações interpessoais.

Sabe-se que atualmente a mídia tem um papel importante no comportamento de consumo das pessoas e tem o poder de influenciar a massa, mudar hábitos de consumo, cria novos públicos, novos ídolos, novos produtos. Isso se deve ao fato, da mídia, principalmente a televisão, trabalhar com os modismos, com coisas e situações que façam com que as pessoas se identifiquem com aquilo, gerando um sentimento de pertencimento. Outra característica apontada por Jasmim remete à definição de felicidade paradoxal de Lipovetsky (2007). Para o autor a atual sociedade do hiperconsumo organizar-se-ia em função da felicidade: a produção dos bens e serviços, os lazeres, as mídias, a vida urbana seriam pensados e com vista à nossa maior felicidade. Contudo, paradoxalmente, o homem (e a mulher) contemporâneo viveria em um estado de desamparo, tornando-se o único responsável por atingir seu êxito. Isso o predisporia frustrações, medos e ansiedades, levando-o à produção de novas e efêmeras necessidades de consumo de coisas e de subjetividades (as procuradas amizades sinceras de Gardênia). Segundo o filósofo, o paradoxo se instala na existência do sujeito, pois os ideais de felicidade e de hiperconsumo insaciável são inatingíveis (LIPOVETSKY, 2007).

Uma das mulheres trabalhadoras, Lavanda, ao falar sobre a sociedade contemporânea fez alusão ao fato de já ter usado drogas anteriormente, e afirmou que o consumo está cada vez mais frequente.

Porque cada vez mais as pessoas não querem mais trabalhar hoje, as pessoas querem ganhar dinheiro fácil. É dinheiro fácil, entendeu, tem pessoas que param de trabalhar para poder vender [drogas], quantas aí onde eu moro ou mesmo lá, você vê. Tem mulher que aceita o marido vender, o dinheiro está fácil, eu gosto de me vestir. Então vamos com dinheiro fácil que é mais fácil.

[...]

Você bebe hoje em dia, você usa, você fica alegre, você esquece dos problemas, pelo menos por enquanto estiver anestesiado.

[...]

As pessoas esquecem dos problemas quando usa [droga], você perde a noção, eu acho que você não se preocupa com nada, você não está nem aí com nada, se ficar é ruim para você, só que daí enganos, porque acabou o efeito no dia

seguinte, a depressão e o desânimo bate mais forte (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Lavanda relatou que uma das características da sociedade contemporânea era o desejo das pessoas de ganhar dinheiro fácil e uma das maneiras de se conseguir isso seria vendendo drogas. Segundo ela, as pessoas consomem bebidas alcóolicas e drogas para ficarem alegres e esquecerem dos problemas; porém, quando termina o efeito das substâncias os sintomas da depressão voltam mais fortes. Um comportamento que, de fato, não é incomum e que revela o imediatismo que regula as escolhas e desejos dos indivíduos da sociedade contemporânea.

Quando Lavanda foi questionada sobre a possível relação das características da sociedade listadas com a depressão, ela não soube explicar.

É um pouco ligado com tudo (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

No entanto, outras duas participantes, Orquídea e Lírio, relataram que a sociedade mudou muito. Orquídea fez uma comparação dos valores de sua época com a sociedade atual e não falou sobre a possível relação entre as mudanças de valores e sua “doença”.

A Sociedade? Mudou muito, os valores agora está tudo mudado. Muita coisa que a gente achava importante na minha época, hoje em dia é questão de cada um. Aquele que foi criado de um jeito preserva algum valor, mas a maioria vai se perdendo pelo caminho e já não vai mais, não acompanha aquela tradição, o jeito que os pais foram criando, então às vezes o próprio pai já não consegue, o mesmo passado, o mesmo jeito que aprendeu, então já vai...
[...]

Ansiedade? Eu acho que não, eu sou assim (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Lírio também afirmou que a sociedade mudou, mas não consegue explicar o que mudou. E sobre a possível relação com sua doença ela não a fez diretamente, mas sim com o modo como ela vive a vida:

Não sei te explicar, mas não vejo com bons olhos não [...]. Mudou bastante né [...]. Pra pior, está muito pior [...]. É, como eu vivo a vida sim. (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Perguntou-se a Girassol se ela conseguia ver alguma relação com sua doença e as características da sociedade contemporânea apontadas por ela, e ela disse que sim, mas deu um exemplo da doença do neto:

Eu vejo, você vê meu neto, saiu uma mancha aqui branca nele, foi no médico é Vitiligo, mas só que saiu só essa. A minha filha não nota nada, o que é que eu noto? Quando a minha filha briga com marido, a mancha está mais branca, então eu acho que afeta sabe, no psicológico dele (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Ou seja, talvez seja mais fácil falar de alguém e não dela diretamente. Porém, é possível perceber que ela reconheceu que o lado emocional interfere na saúde física. E apontou a falta de olhar da mãe para as necessidades do filho, que tem ligação com as mudanças que aconteceram na família na atualidade, segundo apontado por ela.

Quando Gardênia também foi questionada se ela via alguma relação entre as características da sociedade atual que ela elencou com sua condição mental, ela ficou surpresa ao perceber que poderia haver sim uma conexão entre as características que ela pontuou e a depressão:

Ah, eu acho que sim porque a gente se sente tão para baixo eu acho e, porque então é mesmo, eu acho que a minha autoestima é até por isso, a sociedade que a gente vive hoje. Tem muita discriminação, as pessoas, qualquer probleminha são discriminadas. Então tem sim, é mesmo, eu não tinha pensado nisso L., mas é mesmo, Porque antes eu era feliz e agora eu não sou mais? Eu não sou uma pessoa feliz, eu posso estar rodeada de pessoas, porque eu conheço muita gente, mas eu não me sinto feliz ali, eu sei que é tudo uma falsidade. Ou é da minha cabeça?

[...]

...eu só fiquei com isso na cabeça, de eu achar, eu nunca tinha parado para pensar nisso, que tem a ver com a doença a depressão hoje em dia pode ser o tipo das pessoas com que a gente se relaciona, com o mundo que está hoje, não entra na minha cabeça, eu acho que é mesmo (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

É interessante como ela ficou surpresa com a relação que estabeleceu entre as características das interações interpessoais (sociedade) contemporâneas e sua doença. Ela acreditava que sua autoestima ficava baixa por causa da discriminação e que a depressão teria a ver com os tipos de relacionamentos travados no cotidiano (“conheço muita gente”, “é tudo uma falsidade”). Talvez aqui esteja a expressão pessoal daquilo que a sociologia denomina relações fluídas. Mas, cabe o registro, com outras poucas palavras ela disse que sua depressão estava ligada com um pouco de tudo, querendo referir-se à história de vida e à família.

Luiz Fernando Dias Duarte (1988), no trabalho sobre a doença dos nervos nas classes populares no Rio de Janeiro, também demonstrava como seus informantes culpavam a sociedade, isto é, as relações intersubjetivas travadas no cotidiano profissional, familiar e comunitário, pelo surgimento do estado nervoso.

Claudine Herzlich (1991) analisou o discurso popular francês sobre a gênese da doença mental e também constatou que os informantes imputavam essa origem à sociedade agressiva e opressora. Os franceses entrevistados atribuíam ao “modo de vida” moderno e urbano, “perverso”, que seria imposto aos indivíduos, a causa de suas doenças mentais. A autora acreditava que isso poderia revelar como a interpretação coletiva dos estados do corpo colocava em questão, no sentido próprio, a ordem social. Conforme sua interpretação, “a dupla oposição ‘saúde-doença’ e ‘indivíduo-sociedade’, que organiza a representação, dá sentido à doença.” (HERZLICH, 1991, p. 26).

Pode-se voltar ao depoimento de Jasmim para constatar essa busca de sentido para entender a doença e a sociedade (doente):

Então vai ser uma pessoa doente, porque a principal coisa que ele não vai conseguir, é manter relações com os outros, aí vai ter..., achar que o chefe persegue, que o outro está com inveja dele por causa do trabalho, da promoção que ele ganhou. Então vai ter sempre isso daí, então é uma inversão de valores, se você perceber, o que é que uma empresa quer? Que a pessoa seja criativa, que tenha iniciativa né, que saiba resolver problemas, *que seja voluntário*. O que é ser voluntária? [É] você dar o seu melhor, não o que resta, e ele: “Não, você acha, eu vou deixar de tomar a minha cervejinha, para ir lá fazer um trabalho?” Não vai porque ele foi criado dessa maneira. E aí adoce, e *a sociedade fica doente também*. É o que nós estamos vendo hoje, principalmente, na questão, o momento atual do nosso país. (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Jasmim consegue atribuir significado, inclusive, para a condição do trabalho precarizado que acomete os trabalhadores. Através da saúde e da doença, afirma Claudine Herzlich (1991), temos acesso à imagem da sociedade, tal como o indivíduo a vive (como produtora de desordem nos indivíduos), e compreendida nessa imagem, a doença ganharia significação e sentido. Na representação dos “nativos” franceses, a doença personificava e materializava a “imposição” social. A doença mental seria, portanto, uma metáfora da sociedade opressora e perversa.

5. DEPRESSÃO, MEDICALIZAÇÃO E SUAS REPRESENTAÇÕES

5.1 A construção social da depressão como excesso e vazio

Nas últimas décadas tem havido um profundo debate sobre a questão do processo saúde/doença na sociedade. Existem divergências. Algumas linhas teóricas afirmam que o surgimento de doenças é um processo puramente biológico, outras dizem ser um processo histórico social e outras ainda afirmam ser o entrelaçamento dos dois.

Embora existam diversos ângulos para se compreender a doença mental, como a origem na combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, acredita-se que ela é uma construção da sociedade, pois ela se materializa, ou seja, só tem seu valor na cultura que a reconhece como tal. Acredita-se que o homem não é um ser dado por natureza, mas constituído, em larga e indefinida medida, pelo seu entorno também humano (RIBEIRO, 2003). O processo de produção de saúde e/ou doença, seja ela mental ou física, é reflexo e metáfora da vida social.

Os conceitos de normal/patológico e de saúde/doença são relativos. Do ponto de vista cultural, o que em uma sociedade é considerado normal, em outra ou em outro momento histórico pode não ser. Nesta perspectiva, o conceito de saúde/doença também é visto como processo dinâmico, em transformação, e explicado por uma multicausalidade, que além das variáveis biológicas individuais, incluem as socioculturais, na forma de representação ou representação social.

Birman (1991, p. 7-8) afirma que a representação é o modo como o indivíduo (mediado pelo coletivo) imagina que é a sua relação com a realidade material objetiva: “o real é capturado pelas redes de sentido inscritas na ordem simbólica” [...] “a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois, fora dos sujeitos coletivos e históricos”. Ou seja, o real só se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, que lhe oferece consistência significativa (dentro do sistema compartilhado por uma comunidade social determinada).

Claudine Herzlich (1991) lembra que a ideia da construção social da realidade propõe que os sujeitos sociais são construídos por essa realidade (a noção de indivíduo, por exemplo), mas eles são também os autores dessa construção. Nas palavras da autora, as representações sociais formam categorias do entendimento e da linguagem, exprimindo, para aqueles que a

usam, uma evidência imediata. Desse modo, um modelo abstrato transforma-se numa experiência concreta, direta. Herzlich diz que “[...] uma representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.” (HERZLICH, 1991, p. 25, grifos no original). Isto é, exigidas para a sua inteligibilidade, afinal, a representação não é só a formulação coerente de um saber, ela é, ao mesmo tempo, interpretação e questão de sentido. Sendo assim, em cada sociedade existe um discurso (linguagem) sobre a doença que não é independente do conjunto das construções mentais de expressão (representações).

Dizer que a doença é socialmente construída (pela representação) não significa que ela não exista e que não precise de medicação, e sim que se faz necessário ter um olhar crítico ao que é imposto pela sociedade como verdade absoluta e, também, levar em consideração que fatores sociais e culturais são responsáveis por definirem e transformarem suas representações.

Santos (2011) expõe quatro argumentos sobre a construção social das doenças mentais. O primeiro é que todo conceito científico é invenção da imaginação, sendo assim é facilmente confundido com a realidade que se pretende relatar. O segundo diz respeito a um paradoxo segundo o qual aquilo que se acredita ser verdade sobre o ser humano, influencia os comportamentos que se pretende explicar. A terceira tese diz que a trajetória das doenças é influenciada pelas crenças dos doentes e dos médicos, face à sua evolução e prognóstico. E por último, alega que os profissionais de saúde, tal como os doentes, são influenciados por papéis que são também socialmente construídos.

Segundo Laurell (1982, p. 3), a melhor forma de comprovar o caráter histórico da doença é a partir do processo que ocorre na coletividade humana. Segundo a autora, “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”. Ela defende a teoria de que é possível apreender melhor o caráter social da doença nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentam. Cada sociedade, em cada momento histórico, parece “produzir” modos de adoecimento diferentes. Além disso, as pessoas que se diferenciam no grau de *status*, poder econômico e organização social quase sempre apresentam uma patologia diferente, específica de seu grupo. E ainda, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas (LAURELL, 1982). Na sociedade contemporânea parece ser a depressão a doença da “moda”.

Cada grupo social dentro da mesma sociedade “produz” saúde e doença relativamente particular. Os grupos possuem estilos de vida singulares, maneiras comuns de se relacionar, de se vincular, modos de subjetivação próprios e valores compartilhados internamente, o que faz

com que produzam doenças específicas ou classifiquem sintomas ou manifestações somáticas como tais. Diante disso, é possível pensar que a maneira como as pessoas vivem e o modo como elas acreditam que vivem (suas representações) produzem mais doença ou mais saúde.

Para Laurell (1982, p. 9), numa perspectiva macrossociológica, “as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção”. A autora continua a pontuar que:

[...] a análise histórica mostra como as necessidades das classes dominantes, que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto, condicionam um ou outro conceito de saúde e doença. Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista (LAURELL, 1982, p.9).

Pode-se lembrar, ainda, que a ideia de doença oculta (a incapacidade ao trabalho), ganha, em função dos interesses da classe dominante, o caráter de moralidade. Doenças não-reconhecidas às classes trabalhadoras, serão definidas, então, como vadiagem, preguiça, mentira, transformando-se em motivo de vergonha e recusa por parte do paciente.

Quando as mulheres entrevistadas nesta pesquisa, que foram diagnosticadas com depressão pelo médico psiquiatra do serviço público frequentado, contam para as pessoas sobre sua “doença”, muito provavelmente ativa-se um sistema de crenças sociais, que está latente, e que influencia a maneira como lidam com o transtorno. Nas falas abaixo as participantes expuseram as crenças sociais daqueles que convivem com elas. Em grande medida, eles afirmam que a depressão seria frescura, fraqueza e falta de Deus, isto é, fraqueza moral. Essa talvez seja a maior dificuldade que se coloca ao indivíduo que se queixa de depressão: o sentimento de vergonha de ser portador de uma desordem mental que é rotulada como fraqueza moral. Esse julgamento social, geralmente demarcado pela narrativa religiosa, expõe o aspecto paradoxal da relação entre sofrimento psíquico e doença mental: o sofrimento mental não é visto como doença mental, mas não pode ser considerado mera fraqueza moral, sendo percebido pela psiquiatria como uma “desordem mental ou déficit a ser corrigido” (DUARTE DA ROSA; WINGRAD, 2011, parafraseando Ehrenberg, 2005 e 2008).

Lavanda falou a respeito do que pensava seu marido, que também já teve depressão, sobre o assunto:

Olha, depressão tem uns que diz que é fraqueza. Meu marido fala muito isso para mim, eu parei de tomar remédio no estalo, nove meses, parou mesmo. Só que, quando ele sobrecarrega ele começa a beber, e ele diz assim: “olha quanto tempo você está tomando remédio, você é fraca, você se abate”. Eu já tirei, fiquei 20 dias sem tomar (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

O sujeito psíquico se constitui, ao mesmo tempo, em que o sujeito social. O homem freudiano é o homem civilizado, marcado pela dimensão biológica, mas inevitavelmente determinado pelas suas relações com o outro. Agier (2001) aponta que o indivíduo se constitui por meio dos olhares externos. E esses olhares imprimem valores, crenças, julgamentos e determinam comportamentos. O indivíduo é um ser ativo dentro do seu meio, é ao mesmo tempo, produto e produtor da realidade social.

A palavra depressão, de um lado representa uma desordem psíquica para a psiquiatria, mas por outro, se tornou uma expressão corriqueira, que remete a muitas significações no imaginário popular. Essas significações vão desde um estado momentâneo de tristeza, passando por estado moral desviante, até um quadro clinicamente “estourado” que compromete o “funcionamento” cotidiano do sujeito.

Para as pessoas do círculo de convívio de Lírio, a depressão era entendida como frescura:

Isso, às vezes até sobre a doença da gente mesmo, porque as pessoas não entendem, acha que a gente tem frescura né, e só a gente sabe o quanto não é frescura, né (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Jasmim disse que as crenças e significados da depressão para quem convive com ela era falta de Deus, castigo por estar em pecado e frescura.

Aí as pessoas não entendem isso, ah você, eu sou Cristã. “Ah, você [tem] falta de Deus, é falta de oração, vamos orar mais...” Então ao invés de ajudar, vem algumas críticas e você fica cada vez pior, você fica mesmo no fundo do poço ali, não quer levantar, você acha que vai morrer.

[...]

Falta de Deus, como eu sou cristã, você está em pecado, tem algum pecado oculto, e Deus está te castigando, entendeu?

[...]

E aí eu sofri muito *bullying*: “Ah você não quer dar aula; ah você é mimada; tira a licença sem remuneração; Ah isso é frescura...” Aí nossa aquilo, sabe assim eu ficava cada vez mais deprimida de ver o ser humano, não ter um

olhar, não respeitar a dor do outro (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

O imaginário social expressa-se por ideologias e utopias nativas e científicas de diferentes momentos históricos, e expressa-se também por símbolos, alegorias, rituais e mitos. Esses elementos formam visões de mundo e modelam condutas e estilos de vida. Logo, esse imaginário social pode tornar-se receptor das projeções dos medos, interesses e aspirações, modelando comportamento, condutas e visões de mundo desde que partilhado por pessoas criando uma comunidade de sentido e solidificando uma determinada visão de mundo.

Vale ressaltar aqui o processo histórico-cultural da evolução da doença mental. Em princípio, os doentes mentais eram de alguma maneira, afastados da sociedade. Com o passar dos séculos foram introduzidos novamente na vida social. Segundo Santos (2011), na Idade Média os doentes mentais eram abrigados nas igrejas e tinham a função de bobos da corte. Do século XVI ao XIX, saíram das igrejas e passaram a ser isolados em asilos, conventos e albergues. No final da Idade Média até a Idade Moderna o doente mental passou a ser visto como um alguém possuído pelo demônio, e o tratamento era feito com espancamentos, privação de alimentos, torturas, aprisionamento para que estes se livrassem dessa possessão. No século XVII já existiam hospitais para os excluídos socialmente, que eram os doentes mentais, criminosos, mendigos, inválidos. Embora a loucura tivesse passado do campo mitológico para o âmbito médico, ainda a medicina não tinha elementos para defini-la. Surgiu, no século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes. Os asilos foram substituídos, então, pelos manicômios, estes somente destinados aos doentes mentais.

Joel Birman (1991) lembra que, apesar da heterogeneidade discursiva do campo médico, a problemática da produção da saúde se inscreve como condição histórica de constituição da medicina moderna. “A medicina moderna passa a ocupar um lugar estratégico nas sociedades industriais, nas quais a norma da saúde substitui paulatinamente o ideal de salvação regulado pelo discurso religioso” (BIRMAN, 1991, p. 16). Portanto, para Birman, no campo da saúde nos inserimos no registro da ética, regulado pelos valores da vida, da morte e do poder. “Enunciar um discurso sobre a norma, seja esta considerada como normatividade vital seja como normalização, é formular um discurso sobre os valores” (BIRMAN, 1991, p. 20).

O caráter de obrigação moral é bastante evidenciado pelos discursos das mulheres trabalhadoras que mencionamos acima, bem como, na fala de Girassol abaixo, que evidencia que no seio de seu grupo, algumas pessoas não têm o “direito” de ficar doente:

E pior que a família não acredita, né, acha que é frescura.

[...]

Eles acham que é frescura, ainda mais no meu caso que eu não fico direto na cama, não fico sem fazer nada. “Como que você está doente e você está fazendo serviço?” Só que eu tenho que fazer, eu não posso ficar parada (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Existe um rótulo da pessoa depressiva. Influenciados por estereótipos culturais e veiculados pela mídia, muitos têm uma imagem equivocada do comportamento e da aparência do indivíduo com depressão. Na visão do senso comum, esta pessoa raramente sai de seu quarto, veste-se com desleixo, e parece estar sempre triste. Porém, nem todos que sofrem de depressão têm o mesmo comportamento. Embora a sociedade atual demonstre, de modo geral, um maior conhecimento sobre a depressão, o que se vê, muitas vezes, é uma compreensão equivocada desta desordem ou transtorno e de seus sintomas. Popularmente, a depressão é marcada pelo estigma da doença mental, e comporta concepções equivocadas sobre os diferentes modos de manifestação desta desordem mental.

A esse respeito, Lowenkron (2003, p. 998) lembra que “as mudanças sociais são capazes de engendrar novas formas de subjetividade e que as classificações de transtornos mentais são construções de uma dada cultura ou, como conclui Serpa (p. 218), “são produtos de uma comunidade de crenças e aspirações visando atingir determinado fim”.

Michel Foucault (1972) interpreta o processo histórico-cultural de surgimento da patologização dos sentimentos e comportamentos tidos como desviantes de forma seminal a partir da relação que estabeleceu entre verdade e poder. Ao estudar o surgimento das sociedades disciplinares, Foucault (1972) afirma que, na modernidade, saber é poder. Com o surgimento das especialidades disciplinares foram criando-se relações de poder a partir de uma dinâmica de autorregulação, onde o indivíduo internaliza determinadas normas e comportamentos que passa a ser natural e automático (CASTRO; O’DONNEL, 2015).

O investimento nessas novas formas de saber (não por acaso chamadas “disciplinas”) propunha um claro esforço de classificação e normatização do mundo natural e social, valendo-se da legitimidade da “verdade científica” para criar padrões de normalidade. Surgia, então, a figura do “especialista”, autoridade em determinado assunto e portador de uma legitimidade que, sob os auspícios de “verdade”, o habilitava a dizer o que deveria ser considerado “normal” (CASTRO; O’DONNEL, 2015, p. 94-95).

Esse processo, segundo Foucault (1972), instituiu a crescente organização e classificação científica dos indivíduos. Frente ao que se considerava desvios daquilo que era

julgado normal para os seres humanos, formou-se um complexo sistema de categorias de “patologias sociais”. Aos saberes científicos que definiam o que era ou não patologia, foi permitido que, além do diagnóstico, produzissem a “cura” das doenças sociais. O que foi efetivado por meio do disciplinamento do comportamento dos indivíduos classificados como doentes, depois de serem recolhidos em instituições específicas, geridas pelos diferentes saberes disciplinares: manicômios, hospitais, prisões, escolas entre outras.

Sendo assim, os binômios normal/patológico e saúde/doença podem ser considerados como um produto social, à medida que a classificação é feita dentro de uma conjuntura de controle e de relações de poder. Como lembra Birman (1991), para o caso do saber médico nas sociedades industriais, a normatividade médica substituiu o ideal de salvação do discurso religioso enquanto referência ética.³

Um bom exemplo do saber médico-científico valorizado como crença observa-se quando o indivíduo desconhece alguma doença, mas quando ouve o “especialista” falar sobre o assunto na mídia, as dicas, os valores e os conceitos divulgados tornam-se a verdade absoluta sobre o assunto; as dicas e receitas enunciadas são incorporadas ao comportamento e ao estilo de vida como obrigações morais. O que se nota é uma proliferação de especializações técnicas, cujos benefícios não são negados, porém, elas também conduziram à fragmentação na forma de entender o humano. Elas engendraram um saber especializado como forma de poder, ou seja, um discurso perito. O indivíduo contemporâneo acredita e autoriza esse poder perito.

Desta forma, o discurso médico, por exemplo, passa a exercer poder sobre o corpo e a mente das pessoas, pois o que ele afirma é seguido e reproduzido com a força da obrigação, influenciando o estilo de vida e as interações em sociedade. Neste tema, a questão da normalidade e da patologia acaba por desvelar o poder que a ciência tem de, a partir do diagnóstico fornecido por um especialista, formular o destino de um indivíduo rotulado como desviante.

A depressão também pode ser entendida como o efeito de transformações socioeconômicas, da revolução tecnológica, de mudanças de sistemas simbólicos, de crenças e das relações humanas. Nos indivíduos contemporâneos, a interpretação do sentido é substituída por atos ou por sintomas somáticos, e dentre os sintomas manifestados do sofrimento psíquico na atualidade, sobressaem os transtornos depressivos, com o sentimento de vazio interior, entre outros (LOWENKRON, 2003).

³ Contudo, cabe lembrar que o indivíduo considerado anormal pode não ser assim considerado em outro momento ou circunstância, realçando a necessidade de relativizar as diferenças históricas e socioculturais.

Para Roudinesco (2000), a depressão trata-se da expressão de uma conversão da sociedade contemporânea a um novo paradigma, segundo o qual sentimentos habituais dos seres humanos passam a ser tratados como intoleráveis, e, conseqüentemente, necessitado de medicalização. Essa é a perspectiva de Alain Ehrenberg que ironicamente declara que hoje em dia os erros dos indivíduos se pagam de pronto e internamente, ou seja, com a depressão nervosa generalizada. Não há mais um lado de fora, o social, que age ou decide pelo e sobre o sujeito. Esse seria um efeito da sobreposição da linguagem psicológica aos discursos social e político no tratamento das questões (conflitos) do cotidiano. Esse movimento integraria, segundo o autor, o projeto de naturalização do psiquismo e corresponderia à regulação do cuidado de si sob os auspícios do discurso científico da saúde mental (DUARTE DA ROSA; WINOGRAD, 2011). Para Duarte da Rosa e Winograd (2011, p. 42), Ehrenberg demonstra que no bojo da naturalização do psiquismo, ou da transformação do cérebro no verdadeiro sujeito das experiências, “vários discursos científicos prometeram oferecer meios de aperfeiçoar a existência e corrigir suas insuficiências, tarefas que culminaram na medicalização da existência e na medicamentação do mal-estar psíquico”. Esse bem-estar oferecido no discurso e prática médica seria a resposta à cultura do mal-estar subjetivo que caracterizaria a sociedade contemporânea. Um dos principais sintomas do mal-estar contemporâneo, como vimos é o transtorno de humor identificado como depressão (maior ou menor) nos manuais diagnósticos psiquiátricos internacionais, revelando uma proliferação de categorias nas quais o sofrimento psíquico pode ser classificado. (DUARTE DA ROSA; WINOGRAD, 2011).

Essa condição de mal-estar, que caracteriza a cultura contemporânea, pode ser observada nos discursos das participantes da pesquisa. Assim, a participante abaixo expôs que possuía boa família, mas sentia falta de alguma coisa, que ela nomeava como vazio.

Não sei, eu só sei dizer para você que eu tenho assim os filhos bons, meu filho não dá trabalho, tudo que você fala ele está fazendo, eu tenho um marido bom, você entendeu, e que é companheiro; não é “o” marido, mas eu sinto... Como eu faço sempre a pergunta para M. e o doutor A., no mesmo tempo que eu estou bem, eu não estou, tem dia que bate aquele desânimo, eu sinto falta de alguma coisa, mas não sei dizer o quê. ...Aquele vazio (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Existe um vazio, um desânimo, uma falta de algo inexplicável. Era um vazio que, aparentemente, não tinha razão lógica para existir, já que tudo estava “em ordem”. Segundo Lowenkron (2003, p. 1001), “condições de grande mutabilidade e turbulência esvaziada de

sentido, como as que encontramos no mundo contemporâneo, operam contra a construção de uma vida interior, contra a criação de uma alma, atividade que requer tempo e espaço”.

Birman (1997), pontua que Freud, assinala a posição estratégica do conceito de desamparo no psiquismo, indicando que “face ao desamparo do sujeito na cultura não existe cura possível, mas somente a perspectiva de constituir um estilo subjetivo que seja capaz de lidar com os conflitos insuperáveis”, ou seja, buscar recursos psíquicos internos para lidar com a angústia e o vazio (BIRMAN, 1997, p. 12).

Na sequência do depoimento de Lavanda, observa-se a forma como ela lidava com sua situação emocional.

Hoje em dia, eu choro, choro, vou para o quarto, choro, choro, passou. Vou lá, eu tomo meu banho, tomo o meu banho, dou uma despertada, ou sento remédio para dentro já deito e durmo mais cedo (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Testemunha-se um sentimento de angústia e sofrimento semelhante ao da mulher do caso analisado por Freud. Se a paciente do fim do século XIX sofreu por sentir-se incapaz de manter a unidade familiar, a mulher contemporânea não escapa de tal destino. “A versão pós-moderna da falência em alcançar os ideais colocados não se desdobra mais sobre o atributo da dignidade e unidade familiar, mas sim da incapacidade na realização de um gozo” (ROCHA 2014, p. 237). É muito provável que a epidemia de depressão esteja se espalhando pelo mundo dado que todos os quadros e sintomas de sofrimento emocionais são classificados como patológicos, apoiados no imperativo de felicidade.

O termo depressão incorporou-se ao senso-comum com significados diferentes da definição contida nos Manuais de Transtornos Mentais, o que revela uma concepção social da doença usada por determinada população. Socialmente, a depressão era compreendida como frescura na vida cotidiana dessas mulheres. E essa compreensão pode dificultar a maneira como elas lidam com os sintomas da depressão e a maneira como buscam entender suas questões.

Rodrigues (2015) aponta que diante do empobrecimento simbólico, fruto da sociedade contemporânea, o sujeito tem menos ferramentas psíquicas para lidar com o sofrimento, com as angústias e frustrações do dia a dia. E na maioria dos casos, os antidepressivos são oferecidos como tábua de salvação.

5.2 A Medicalização das subjetividades e dos afetos

Seja em função do discurso competente da medicina, seja em função dos diferentes significados partilhados sobre a doença mental no conhecimento comum, e apesar da negação social do direito a ser diagnosticado como doente para sujeitos de determinadas camadas sociais, o fato é que, atualmente, o sofrimento psíquico manifesta-se, dentre outras, sob a forma da depressão. Segundo Roudinesco (2000, p. 17), “a depressão domina a subjetividade contemporânea, tal como a histeria do fim do século XIX imperava em Viena através de Anna O., a famosa paciente de Joseph Breuer”. A depressão é a quarta principal causa de incapacitação em todo o mundo e, de acordo com projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2030 ela será o mal mais prevalente do planeta, à frente de câncer e de algumas doenças infecciosas. Com uma especificidade: o diagnóstico depressivo recai duas vezes mais sobre as mulheres em comparação com os homens. Hoje, segundo um estudo epidemiológico publicado na revista especializada BMC Medicine, 121 milhões de pessoas estão deprimidas. O universo de brasileiros com depressão é de 11 milhões de pessoas e as mulheres são pelo menos duas vezes mais propensas a terem a doença quando comparadas com os homens. Quando considerado um período de 12 meses seguidos, o Brasil lidera, entre os países em desenvolvimento, o *ranking* mundial de prevalência da depressão (OLIVETO; RAMOS, 2011).

Pelo alto índice de pessoas diagnosticadas com depressão e com o mercado lucrativo que se instalou a partir dela, com um elevado consumo de remédios antidepressivos, enriquecendo a indústria farmacêutica, “a OMS prevê, para as próximas décadas, uma mudança nas prioridades da saúde, uma vez que doenças como a depressão, altamente lucrativa estão tomando o lugar de doenças infecciosas, por exemplo, que não são lucrativas”. Essa, talvez, seja uma das principais causas que explicam o fato de que, na contemporaneidade, a depressão cada vez mais esteja sendo categorizada como uma epidemia (ROCHA, 2014, p. 236).

Um dado interessante apontado pelo psicanalista Joel Birman, é que na primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM (sigla, em inglês, para classificação de transtornos mentais), feita no ano de 1952 foram identificadas cerca de 100 doenças mentais. Já na última revisão, realizada no ano de 2013, foram classificadas mais de 400 doenças (RODRIGUES, 2015). O que aconteceu nesses sessenta anos para que a “invenção” das doenças crescesse quatro vezes? A população ficou mais doente? Por que será? Acredita-se que para isso ter acontecido inúmeros fatores foram entrelaçados como a evolução da medicina, o aprimoramento das especializações, mas também a tratativa dos sentimentos humanos como patologias e o ideal de saúde (completo bem-estar) atrelado ao consumo

financiado pela indústria farmacêutica mais ampla (condicionamentos culturais) e à sociedade de consumo. Nota-se que a indústria farmacêutica trabalha na mesma lógica do sistema de classificação nos DSMs.

A preocupação que estamos destacando, nesse momento, é pelo fato de percebermos, diariamente, que sentimentos como: tristeza, alegria e medo, passaram a ter uma medida tal, que se ultrapassarem certa métrica, considerada como a mesma para uma população, serão transformados de sentimentos legítimos em diagnósticos patológicos e, não raras vezes, as pessoas são medicadas com anfetaminas, estimulantes, dentre outras drogas denominadas de “tarja preta” pelos sérios efeitos colaterais que causam, assim como a dependência. Por exemplo, nessa métrica, chega-se ao cúmulo de estabelecer que é possível chorar a morte de uma pessoa querida por 15 dias, mais do que isso, seria indicativo de um quadro depressivo, passível de medicação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Vale reforçar que, não é que a doença não exista, mas o que tem acontecido na contemporaneidade é uma amplificação dos sintomas e das medicações. Hoje, sentimentos humanos são tratados como doença, e isso afeta profundamente o desenvolvimento emocional das pessoas. Já não é mais permitido sentir dor, mal-estar ou sofrimento. A medicação pode parecer o caminho mais fácil para curar as angústias.

Segundo pesquisas (ROUDINESCO, 2000; ROTTENBERG, 2014), cada vez mais pessoas são acometidas por sofrimento psíquico. E muitas vezes, sem saber como lidar com a situação e por que ela acontece, passam a se comportar de maneira peculiar, procurando alívio nos remédios psicotrópicos, muitas vezes, fazendo uso de uma maneira não-controlada por um médico psiquiatra. Os fabricantes de antidepressivos precisam que a aflição seja entendida como depressão para criar a necessidade do consumo dos produtos. No entanto, a depressão da forma como é concebida nos tempos atuais, é, também, produto da influência sutil da indústria farmacêutica e da medicina psiquiátrica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Muitas vezes, o termo “depressão”, é a forma que o indivíduo encontra para a definição de um sofrimento. Então, ser diagnosticado como depressivo é ter uma identidade, é pertencer a um grupo, um alívio para o sofrimento, pois o que era indescritível, agora possui um nome, nesse caso, depressão, e tem um remédio a ser prescrito e ingerido, o que ajuda a lidar com o sofrimento (MARTIM; QUIRINO; MARI, 2007).

Na pesquisa realizada por Martim, Quirino e Mari (2007) na cidade de Embu-SP, com dezesseis mulheres depressivas, isso fica evidente.

Assim, o foco do sofrimento deslocava-se da vida indesejável para a doença explicada pelo psiquiatra, da convivência com isso para medicação. A medicalização era uma maneira de dar objetividade ao sofrimento dessas mulheres. Todavia, quando falavam da experiência da doença, a objetividade do tratamento remetia a um caleidoscópio de explicações que tentava, de alguma forma, justificar, sem mudar, o sofrimento cotidiano (MARTIM; QUIRINO; MARI, 2007 p. 596).

A depressão passa a ser o modo como as pessoas dão sentido para suas experiências de sofrimento no cotidiano da sociedade do mal-estar. Girassol, Orquídea e Lavanda falaram sobre suas medicações.

Estou tomando sim, eu tomo Exodus de 15 miligramas, eu tomo de manhã; eu tomo Alprazolam. Eu até trouxe aqui na bolsa porque eu nunca sei se eu vou para casa, se eu vou para a casa da minha mãe, eu trouxe, tem o cortador que é o Exodus, Exodus É este aqui, o de 15 eu tomo meio e meio. E esse Alprazolam eu tomo de noite, eu tomo de noite, esse aqui eu tomo mais (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

E quando foi agora faz uns três anos, aí não, faz uns dez anos, eu trabalhava na Páscoa, eu chorava muito, e eu ficava muito nervosa, aí veio uma médica em casa comprar [chocolate], ela falou: “eu vou te trazer um antidepressivo, eu acho que você está com depressão.” E eu comecei a tomar, Fluoxetina, e daí eu comecei a melhorar e tomar o Fluoxetina por minha conta, só que uns três anos atrás, já não estava mais fazendo efeito, entende? Aí eu fui no ginecologista, pedir uma receita para ele, porque eu vivia assim, indo em médico pedindo receita, aí ele falou: “Mas para que a senhora quer?” Eu expliquei ele falou: “Não eu vou mandar a senhora passar no psicólogo, depois um psiquiatra, e vou dar...” “Mas eu não consigo trabalhar, eu tremo.” Ele falou: “Eu vou dar para os 20 dias só.” Aí me deu, eu passei para [a psicóloga, nome suprimido], aí ela falou né eu estava com depressão tudo. (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Abaixo está o depoimento de Lavanda sobre a redução da medicação.

[...] eu tomo Fluoxetina, dois Fluoxetina: de manhã e à noite. O Diazepam, tem pessoas aí que não conseguem diminuir, eu tomava 5 [remédios] por dia diferentes, eu cheguei a tomar remédio até para controlar o humor, porque o doutor A. achava que eu tinha [transtorno] bipolar, porque qualquer coisa eu partia assim pra cima mesmo e não pensava em ofender não (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

A história de Girassol pode dar a dimensão do alcance do discurso-ação biomédico na sociedade. Medicalizar está se tornando tão banal que uma médica que a conheceu logo

aconselhou-a a fazer uso de um medicamento sem acompanhamento clínico. A mesma fala denota também a condição de hiperconsumidor, quando Girassol indo de médico em médico para pedir uma receita para o medicamento que lhe acalmava.

Fluoxetina é um antidepressivo e o Diazepam são usados no tratamento de estados de excitação associados à ansiedade aguda e pânico assim como na agitação motora. Lavanda diz que vem conseguindo diminuir a quantidade de remédios.

Exodus é um antidepressivo, classificado como remédio controlado, ou seja, pode ser comercializado apenas com receita branca, pois possui substâncias que atuam no sistema nervoso central que são capazes de gerar dependência. Ele age no cérebro, corrigindo as concentrações inadequadas de determinadas substâncias denominadas neurotransmissores, em especial a serotonina, que causam os sintomas na situação de doença. Segundo consta na bula do remédio pode demorar cerca de duas semanas até o usuário começar a se sentir melhor. E há uma recomendação: “Continue a tomar Exodus, mesmo que leve algum tempo até você se sentir melhor”.

Já o Alprazolam, um dos dois medicamentos que Orquídea toma, é indicado no tratamento de estados de ansiedade, e é um medicamento que também só pode ser vendido com receita branca.

A medicalização muito contribuiu para a modificação da situação da loucura, libertando os loucos das camisas de forças e dos manicômios. Atualmente ela ganha força pois, se depara com um sujeito que está ansioso por retirar de si qualquer expressão de conflito, sedento de sanar qualquer expressão de dor e sofrimento. Mesmo diante do seu papel, muitas vezes indispensáveis, a medicação não poderia se constituir no único tratamento ofertado, como ocorreu com Girassol quando visitou o Ginecologista para pedir-lhe uma receita. Infelizmente, parece que a automedicação tem se transformado num hábito bem frequente entre os que se queixam de depressão e ansiedade.

Essas mulheres faziam uso de antidepressivos, mas ainda assim, continuavam com o vazio. Isso demonstra a importância de buscar entender os motivos do seu próprio quadro depressivo. Henriques (2014, p. 93) aponta que “para além do indivíduo medicalizado, há a insistência de um sujeito que nada quer saber-fazer com isso”. Ou seja, o antidepressivo ajuda, funciona bem, porém não traz de volta um ente querido, não apaga o passado. Gardênia também falou sobre a medicação e seus efeitos.

Eu melhorei, mas não foi a medicação não, eu acho que isso depende muito da gente. Mas você fica tão lerda com a medicação. Aí eu melhorei, eu

comecei a sair, foi quando eu voltei a trabalhar, porque daí eu, eu não trabalhava mais (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

A melhora não está atrelada somente à medicação. Existe um sujeito, dono de si, ativo no seu processo de adoecimento e cura. Porém, diante da sociedade capitalista da pós-modernidade, a indústria farmacêutica tem um forte interesse em apresentar os remédios como a “tábua de salvação”, diagnosticar e classificar os pacientes de acordo com a utilidade dos remédios.

Um fato que nos despertou atenção foi que o laboratório Merck comprou 50.000 livros produzidos pelo psiquiatra Frank Ayd intitulado Reconhecendo o Paciente Depressivo e os distribuiu em vários países, objetivando popularizar o transtorno (Henriques, 2003) – e conseqüentemente, vender o medicamento indicado para combatê-lo. (BURKLE, 2009, p. 42-43).

A indústria farmacêutica juntamente com a mídia trabalha para promover os efeitos da medicação, com promessas de transformar seus usuários em novas pessoas. Com isso, em 1994, por exemplo, o Prozac se tornou a droga mais vendida no mundo (BURKLE, 2009).

Segundo Healy (2002, apud BURKLE 2009) durante a década de sessenta e setenta do século XX as indústrias farmacêuticas produtoras de antidepressivos bancaram campanhas publicitárias com a finalidade de convencer médicos que os antidepressivos eram eficazes no combate a “depressões atípicas”, diagnóstico proposto por psiquiatras daquela época. Assim criavam um novo mercado consumidor, diferente daquele já atingido pela Imipramina (outro tipo de antidepressivo).

Segundo Roudinesco (2000) os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação. Ou seja, traz o indivíduo a normalidade e elimina o que é ruim para “voltar” a conviver em sociedade, o enquadrando nos padrões impostos de saúde.

A indústria farmacêutica tem se aproveitado desse momento, certamente criado com sua ajuda. Pode-se pensar na epidemia de diagnósticos que transformam pessoas saudáveis em doentes, como uma das fontes da super medicalização que enriquece os laboratórios. Antes, era normal sentir sensações físicas ou psicológicas desagradáveis que eram consideradas como parte da vida, no entanto, hoje tais sensações são consideradas, cada vez mais, como sintomas de doença, e, portanto, passível de medicação.

Nessa linha de raciocínio, no ano de 2012 o Conselho Federal de Psicologia lança uma campanha nacional “Não à medicalização da Vida”, afirmando que o processo de medicalização

transforma questões de ordem social, política, cultural em “distúrbios”, “transtornos”, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas.

Segundo Rottenberg (2014, p. 8), “Todos nós temos alguns níveis desses sintomas, é normal, faz parte da vida. Estamos menos tolerantes ao humor deprimido. Ele ocorre, sempre vai ocorrer. E a busca da felicidade nos torna depressivos”. Ou seja, quanto mais o indivíduo busca o padrão de felicidade imposto pela sociedade contemporânea, mais se deprime, pois é um ideal inalcançável. Porém, na lógica capitalista, pautada no consumismo, é importante que cada vez mais as pessoas se sintam doentes para consumir mais medicamentos.

A venda crescente de medicamentos tem gerado, inclusive, distorções no meio médico, pois muitos desses profissionais vêm recebendo “brindes” dos laboratórios pela quantidade de remédios de determinada marca que receitam a seus pacientes. A pressão dos laboratórios é tão evidente que, em 2010, o Conselho Federal de Medicina proibiu os médicos de receberem “vantagens materiais” por receitarem determinados medicamentos e voltou atrás em 2012, permitindo que fosse possível oferecer, em troca, uma viagem para Congresso por ano, financiada por determinado laboratório, justificando que é uma “tendência mundial” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Segundo Rottenberg (2014), fazer uso de medicamentos pode estar entre as possíveis soluções, porém existem outras medidas que podem ser feitas. A questão é que os médicos passam a medicação ou o próprio paciente solicita a medicação como se fosse a “tabua da salvação”, sem nenhum processo de elaboração e entendimento da queixa e da sua história de vida. Para Roudinesco (2000, p. 22), “as substâncias não podem curar o indivíduo de seu sofrimento psíquico”. É nesse ponto que os médicos (como os maiores detentores do poder perito sobre a doença) poderiam fazer suas análises antes de passar a medicação se questionando se é um sofrimento humano ou uma doença, pois o modo de ver mudará a forma de tratamento e talvez caia o índice de depressão. A medicação se faz necessária em alguns casos, portanto, não se trata de algo ruim ou bom. Este é um julgamento que se deveria fazer a partir do uso controlado do medicamento.

Pesquisadores e psiquiatras têm denunciado o papel mercadológico da indústria farmacêutica em função das campanhas que têm desenvolvido para comercialização em massa de remédios voltados para a área de transtornos mentais e de comportamento. O marketing desenvolvido pelas indústrias tem aumentado e muito o consumo de drogas com base em anfetaminas, as chamadas “tarja-preta” por atuarem diretamente no Sistema Nervoso Central e apresentarem graves efeitos colaterais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Para Henriques (2014, p. 87), “um dos sintomas da medicalização na atualidade é a definição ampliada do conceito de saúde pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) como ‘completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade’”. Essa pontuação que o autor faz é bem compatível com as características da sociedade contemporânea. Saúde não é simplesmente ausência de doença, mas sim um completo bem-estar, o que se torna impossível, logo a saúde também passa a ser idealizada, assume o lugar do novo ideal, e com isso surgem praticas exaustivas para atingi-las. Ou seja, a própria OMS coloca a saúde em um padrão inalcançável.

Há uma tendência do ser humano a querer considerar-se coisa, objeto, desejar-se algo que resolva os problemas independentemente de si mesmos. Segundo Ribeiro (2003, p. 40) “são inúmeros os relatos de psicoterapeutas, psiquiatras e psicanalistas sobre pessoas que querem “curar” seus problemas psíquicos com um remédio”. Parece que se busca conforto na condição de coisa. “Se eu for um objeto, isto é, se eu for natureza, meus males independem de minha vontade, e se puder solucioná-los com um remédio ou uma cirurgia, não é preciso se responsabilizar, a fundo, por eles”.

O autor continua pontuando que quando, em alguns casos, se toma um medicamento, por exemplo, um antidepressivo, o indivíduo renuncia à posição de sujeito da sua vida psíquica e transforma-a em objeto de ordem natural, portanto, puramente biológico (RIBEIRO, 2003). Diante dessa visão, é possível pensar que a doença não tem suas bases apenas no biológico. Como afirma Ribeiro (2003, p. 39) “o Genoma Humano fez cintilar a expectativa de que uma gama de problemas que costumamos atribuir à cultura ou à educação, isto é, à formação humana do ser humano, poderia ter bases genéticas, e assim as poderíamos identificar e quem sabe resolver. Por isso é que [o genoma humano] pode mudar a linha divisória entre natureza e cultura”. Na presença dessas questões, a pessoa e a sociedade vão se tornando menos tolerantes à tristeza.

E há essa necessidade de procurarmos a felicidade e estarmos animados constantemente. Se a pessoa se sente um pouco desanimada, já entra em pânico e pensa: “O que está errado comigo? Por que não estou feliz como deveria ou feliz como as outras pessoas?” Acho que, quando alguém se debate sobre quão feliz está, quanto mais quer se sentir melhor, pior fica (ROTTENBERG, 2014, p.9).

É mais cômodo buscar paliativos para sanar o vazio, do que buscar entender as causas e outras possíveis soluções. Segundo Roudinesco (2000), o indivíduo passa do entendimento

para os remédios, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade. Busca eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação.

Ao lançar mão de paliativos, a pessoa faz uma negação da dor, mas isso não a impede de existir. Pelo contrário, a dor não vivida se torna ela mesma fonte de dor.

E o doutor A. diz que o que eu tenho, eu tenho que esquecer o passado, que toda vez que alguém me dá aquela bordoadá eu lembro o que eu sofri, porque continuar sofrendo? Porque o povo ainda continua me maltratando. Você faz e às vezes a pessoa não tá satisfeita. E aí eu costumo dizer que, às vezes, eu vou na bebida, porque se eu bebo eu esqueço, eu brinco, eu rio (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

A bebida tem sido um recurso cada vez mais utilizado na sociedade contemporânea, para aliviar ou auxiliar a lidar melhor com situações difíceis e emoções negativas. É interessante notar que nessa fala são apresentadas duas soluções, uma pela própria participante, que é o uso da bebida e outra pelo médico especialista: esquecer o passado (muito provavelmente com o auxílio da administração de uma droga. Ambos são soluções “mágicas”, rápidas. Entende-se que existe uma veiculação, na cultura contemporânea, do ideal de que tudo pode ficar bem e ter um final feliz de forma instantânea e sem muito esforço, dependendo exclusivamente da implicação das pessoas para que isso ocorra, ou seja, se se esforçar, vai conseguir. É muito interessante observar que as estratégias da paciente e do especialista se apoiam no consumo de drogas “para melhoramento das performances individuais”, isso aponta para as intersecções existentes em nossa sociedade entre droga, medicina e sociedade: “[...] o desenvolvimento dos psicotrópicos contribuiu para as questões do conforto e do sofrimento psíquico ao engendrar o alargamento da noção de droga também para o campo do consumo.” (DUARTE DA ROSA; WINOGRAD, 2011, p. 43)

Segundo Orlandi (2000, p. 20) “as palavras simples do nosso cotidiano já chegam até nós carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram e que, no entanto, significam em nós e para nós”. O que vem do externo, os olhares, os conceitos, influenciam o comportamento das pessoas. Logo, a forma de lidar com os sentimentos é ensinada culturalmente. O termo depressão adquiriu, na atualidade, uma grande amplitude popular e conceitual e existe uma gama enorme de sentimentos quando o sujeito se queixa de ser ou é diagnosticado depressivo (Ver DUARTE DA ROSA; WINGRAD, 2011).

5.3 As representações da depressão e a busca de significado

Mas, afinal, o que é depressão? Segundo o DSM-IV-TR, que é o manual de diagnósticos utilizados pelos psicólogos e médicos para caracterizar a doença, verificando os sintomas, duração, entre outros fatores para diagnóstico, a característica essencial para diagnosticar a depressão é um período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda do interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamento recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (DSM-IV-TR, 2002, p. 348). Aqui se retratou uma definição que é embasada pelo discurso biomédico, ou seja, mais organicista. Todavia, há outras definições.

Na atual condição de fragmentação, polimorfismo, perda de referências e vazio de sentido, o universo da simbolização está cada vez mais restrito. Parece que o indivíduo vai perdendo a capacidade de encontrar forças dentro de si para ultrapassar os obstáculos. Com isso, a psicanálise afirma que vai ocorrendo um empobrecimento simbólico,⁴ onde o sujeito passa a ter menos ferramentas psíquicas para lidar com o sofrimento, as angústias e a ansiedade. E a depressão se torna doença quando o sujeito perde os recursos psíquicos para lidar com as angústias.

A depressão é, ao mesmo tempo, condição e consequência da recusa do indivíduo em assumir a dimensão de conflito que é própria da vida cotidiana. Ela se apresenta quando o sujeito tenta fugir do conflito psíquico a fim de não se deparar com as escolhas e perdas da vida. “Sendo assim, teremos de fato um aumento da depressão em resposta à inacessibilidade aos ideais de ego que a face mortífera da liberdade criou por não permitir a existência da perda. Se há algo que a histeria pós-moderna pode apontar, é justamente este estranho paradoxo sobre a liberdade” (ROCHA, 2014, p. 239).

Lançando mão dos conceitos da psicanálise, Freud em 1917 escreve um ensaio sobre “luto e melancolia”, onde faz um estudo sobre a melancolia, comparando-a com o afeto “normal” do luto. Ele pontua que o luto, de modo geral, é a reação à perda de algo muito

⁴ Para a psicanálise lacanianiana, o conceito de simbólico recebe um uso muito distante do empregado nas teorias sociais em geral. No campopsicanalítico, a ordem simbólica, ou Simbólico, seria uma estrutura universal que abrangeria todo o campo da ação e da existência humana, como o lugar do duplo sentido. (ver CLAVURIER, 2013).

significativo para a pessoa. Porém, em certos casos, as mesmas perdas produzem melancolia em vez de luto. “Embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele” (FREUD, 1996, p. 249).

Freud (1917) acrescenta que na melancolia há “[...] um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto estima” (FREUD, 1996, p. 250). Freud diz que as características do luto e da melancolia são quase as mesmas, mas que um é patológico e o outro normal. A quase totalidade das entrevistadas relacionaram um ou mais episódios de morte na família como uma das causas de suas queixas depressivas. Essa constatação pode corroborar a importância da psicanálise e da psicologia como um dos referenciais teóricos deste trabalho.

Nos atuais casos clínicos de queixas depressivas, é comum a pessoa relatar e sentir efetivamente todos os sintomas característico da depressão, porém, como alertou Freud, não se trata de caso patológico, pois muitos sintomas são normais frente aos acontecimentos da vida. Diante de um “vazio”, a pessoa acredita, norteadas pelos sentidos dos processos de saúde-doença-cura compartilhados socialmente, que já necessita de medicação. Na psicanálise entende-se que o sujeito é um ser faltante por natureza, característica herdeira do complexo de castração, ou seja, todo mundo tem um vazio fundador, sendo assim, se o indivíduo não possui recursos internos para lidar com a falta, constantemente irá achar que precisa de medicamento para ser “curado”.

Melanie Klein, uma psicanalista pós-freudiana, a partir da observação de bebês e crianças, postulou que existe uma evolução da “posição esquizoparanóide” para a “posição depressiva” nos primeiros anos de vida. Isso acontece quando a criança percebe que a mãe que lhe dá carinho e afeto é a mesma mãe ausente e frustrante. Então, chegar a essa posição seria um passo positivo para o desenvolvimento (HOLMES, 2005, p. 28).

Na mesma direção de Freud sobre o patológico e o normal, Klein propõe dois tipos de depressão no seu modelo de desenvolvimento. O primeiro é um sentimento em que o indivíduo se vê preso a um mundo de perda e não existe um sentimento de ambiente de sustentação em que os sentimentos depressivos possam ser reduzidos ou superados. Já o segundo é uma sensação de tristeza que representa um avanço em direção à maturidade, ou seja, trata-se do aforismo psicanalítico de que “onde há depressão há esperança” (HOLMES, 2005, p. 29).

Avançar em direção à maturidade é aprender a lidar com os acontecimentos da vida, em que se ganha em alguns e se perde em outros.

Freud e Klein falam sobre perdas (normais e naturais), e sobre dois tipos de quadros clínicos, o saudável e o patológico, que se desenvolvem a partir delas. Fazendo um paralelo com os tempos atuais, as perdas não são vistas como normais e naturais, as pessoas não querem e não podem nem ao menos ter a sensação de que perderam algo. Quando isso acontece, logo são enquadradas como patológicas, pois despertam sentimentos de angústia, tristeza e vazio. Sendo assim caracterizadas, faz-se o uso de medicação para que “rapidamente” fiquem livres dessas sensações tidas como ruins.

É interessante lembrar a primeira análise integral realizada por Freud (1893/1895), que foi o caso Elizabeth Von R. A mulher passou a apresentar sintomas após a morte do pai e a saída de um cunhado de casa. O medo, dessa mulher, de falhar transformou a libido em angústia, que acabou sendo descarregada sobre o corpo na forma de um sintoma que paralisava os membros inferiores. Ainda hoje a linguagem predominante pela qual o sentimento humano e a dor emocional se manifestam, é a corporal. Talvez não mais como nos casos clássicos de histeria, onde um membro do corpo é efetivamente paralisado, mas sobre o viés de doenças, como insônia, medo de sair de casa, fadigas, palpitações etc.

Quando questionadas sobre o motivo pelo qual elas acreditavam que tinham depressão, as entrevistadas apontaram suas histórias de vida como “responsáveis” pelo estado de humor atual. O objetivo aqui foi compreender como essas mulheres constroem significados e como elas vivem a experiência do adoecer. Lavanda compartilha sua história.

É porque eu descobri assim, eu sempre fui para cima, brincava, ria, dançava, e de repente eu comecei a ficar triste e desanimada, não ligava de se arrumar mais, emagrecia, qualquer coisa eu sentava à mão.

[...]

Eu lembro que meu marido teve depressão nove meses, ele não fazia nada sem eu, então eu trabalhava esse período de faxineira. [...] Encostou pelo INPS, o pagamento é menos, então eu tinha que pegar o meu dinheiro, mais o dele, ali eu tinha que me virar com conta, pagar água, pagar a luz, se virar, com meus filhos. [...] Eu só chorava, porque ele tinha desmaio, ele ficava nervoso, ele desmaiava. Aquilo foi me sufocando, e foi indo, é muita coisa, eu não me dou bem com a minha mãe, nós duas, eu não concordo. E você quer um carinho de mãe quando você precisa né, eu nunca tive quando era pequena, não ia ser depois de mais velha, então eu não me acostumei. Às vezes pode ser esse vazio que eu sinto, sei lá, perdi o meu pai tem 12 anos, me dava muito bem apesar dele ter problema com a bebida, ele fazia de tudo para me agradar, às vezes, hoje eu aceito mais a morte dele, mas antigamente não. Eu não aceitava, eu falava assim, “para que Deus levou uma pessoa que me fazia tão bem?” (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Outra participante também apontou fatos da sua história de vida como agente da sua depressão, elencou a perda da mãe ainda muito nova, o fato de crescer sozinha, casar-se com um marido não muito companheiro e o acúmulo de trabalho.

Então eu acho que devido a eu ter perdido a minha mãe, que eu tinha 5 anos, eu ainda mamava no peito quando ela morreu.

[...]

É, e aí foi crescendo assim meio que sozinha, hoje eu vejo que quando eu era criança, eu morava na roça, lá eu já tinha um pouquinho de depressão, eu ficava muito isolada e eu gostava muito de ficar embaixo de uma árvore lá deitada dormia lá, e a pessoa pensava que eu era anêmica, mas não é, eu acho que eu já tinha depressão, desde pequena, só que naquela época ainda tinha seis, sete anos. Aí ninguém prestou atenção em mim, acho que ninguém falava nessa doença né, aquela época, e aí casei com essa pessoa que bebia muito, não tinha apoio dele com nada, tive as minhas duas filhas perto uma da outra e não tinha muito apoio né, saía, me largava sozinha com elas aos domingos, falava estou indo ali, e só voltava à noite entendeu, e eu ficava o dia inteiro com elas, daí fui ficando meio, aí eu fui ficando muito nervosa, nervosa, aí comecei a trabalhar no lugar, que eu trabalhava até muito tarde, aí eu comecei a sentir umas coisas diferentes, até que um dia deu um pânico em mim, porque daí eu senti muito pânico, daí eu não queria sair de dentro de casa, fiquei 20 dias assim (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Nos relatos acima, percebe-se que os fatores externos, acontecimentos do dia a dia, e os seus modos de viver a vida, ou seja, o acúmulo de questões e atribuições desagradáveis gerava sintomas depressivos. Ao mesmo tempo, Lavanda revela o excesso de atividades e responsabilidades que se acumularam num determinado período de sua vida, quando o marido esteve deprimido, e um vazio melancólico, desencadeado pela morte do pai que lhe dava afeto. O excesso de atividades e preocupações que produz uma falta paradoxal de interações afetivas. O mesmo pode ser verificado na fala de Lírio: não recebia o apoio do marido, trabalhava até tarde. Isso a tornava nervosa. Na análise que fez sobre a “vida nervosa” de trabalhadores, Duarte (1988) classifica as causas apontadas pelos informantes para a origem de seus estados nervosos como de origem extra relacional (fora do ambiente familiar e da vizinhança) e hiper-relacional (o mundo da família, da vizinhança próxima e da comunidade religiosa). Os fatores extra relacionais englobam o trabalho e as relações de poder mais amplos, e o hiper-relacionais aqueles ligados à herança biológica e das relações de intimidade que envolvem, por exemplo crises familiares como as relatadas pelas mulheres que participaram desta pesquisa sobre depressão.

Uma das mulheres entrevistadas também falou sobre a causa da sua depressão associando-a a duas grandes perdas em sua vida: a de sua mãe e a de um companheiro.

Foi duas coisas juntas assim, eu tinha um relacionamento de 12 anos. Não é um casamento, um casamento, eu casei muito nova, me separei, mas nem por isso me abalou não. Mas isso aqui eu acho que foi, porque eu era muito nova, eu nem sabia direito o que... eu casei porque estava grávida, então eu casei. Mas eu não queria. Aí esse não, esse eu acho que foi uma coisa assim que era tudo que eu queria e não deu certo, depois de 12 anos. E na mesma época, minha mãe... deu Alzheimer na minha mãe, e minha mãe morava comigo. Então eu sei que o apoio meu era a minha mãe. Aí eu perdi os dois no mesmo tempo. A minha mãe e ele.

[...]

Sim, eu acho também que relacionamento, L. Eu nunca fiquei sozinha. Eu sempre tive alguém, e agora já faz tempo que eu estou sozinha, não é assim nem por causa de sexo, essas coisas não, por ter um companheiro, alguém para conversar, para assistir uma televisão, comentar alguma coisa, eu sinto muita falta disso, então eu acho que as duas coisas, o trabalho e isso, na parte sentimental para mim eu acho que é a pior coisa. A minha mãe que faz muita falta (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

A participante abaixo também expôs os motivos pelos quais adoeceu emocionalmente, entre eles a morte de um irmão.

Então eu na verdade, eu adoeci por vários contextos, vários fatores, teve alguma parte familiar, na minha família, um irmão faleceu, a minha mãe ficou doente e aí agravou, teve duas isquemias, hoje ela está com Alzheimer aí eu sou a única filha, de cinco filhos, então teve esse contexto familiar, eu também assim, na minha casa eu tenho três filhos um de 26, uma de 23, e uma de 17 anos, e meu marido ele é dependente químico e alcoólatra. Então são coisas bem complicadas para lidar, mas até aí tudo bem. Só que a questão do trabalho eu trabalhava demais chegava em casa às onze horas da noite, aí eu comecei a virar, virar, virar, virar. Isso o quê, 17 anos fazendo isso, exigindo muito, muito, muito, além disso eu tenho, uma qualidade, agora eu entendo mais como qualidade, não me cobro tanto, com o trabalho que vem sendo feito, com acompanhamento com os especialistas, que é o perfeccionismo, então, por isso que eu adoeci entendeu?

[...]

Ah é, dos problemas da vida, da correria do trabalho, da pressão, das pessoas maldosas, entendeu? E aí o que é que aconteceu, eu não resisti (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

As tensões do excesso e do vazio, que muito lembram a condição paradoxal da sociedade do hiperconsumo, segundo Lipovetsky, voltam a dar sentido à desordem mental desta informante. Jasmim adoeceu por vários contextos, falecimento de um irmão, doença da mãe, marido dependente químico, sobrecarga de trabalho e seu próprio perfeccionismo.

Orquídea relatou também que teve duas mortes recentes na família, ela perdeu uma irmã e um cunhado. Como ela narra, esses acontecimentos provocaram algumas reações psíquicas que foram consideradas as origens das “transformações” de humor e físicas, falta de paciência e cansaço.

Mas eu estou tão sem paciência para tudo.

[...]

Ah, meu Deus, depois que a R. morreu eu sinto um cansaço tão grande! Mas a minha mãe não entende nada, eu falo isso, ela fala: cansaço do quê, você está com cansaço de vir aqui em casa? (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

A associação entre experiências traumáticas e efeitos psicossomáticos foi muito recorrente nas falas das participantes da pesquisa, conforme a explicação de Orquídea. Os acontecimentos externos provocaram sintomas emocionais diversos: quando a participante se separou do marido ficou muito mal e a partir da morte da irmã passou a sentir um cansaço. Sentimentos humanos que são passíveis de se sentir diante dessas situações, mas que socialmente podem estar associados a princípios morais (ver DUARTE, 1988). Hoje queixar-se desses sentimentos é uma atitude que não é bem vista na sociedade, as pessoas podem ter a sensação de que há algo de errado com relação aos valores morais da pessoa que sofre com esses sentimentos, tornando-os um fardo que precisa ser escondido ou afastado.

Outra participante apontou outros motivos pelos quais acreditava que tivesse desenvolvido a depressão: porque começou a trabalhar muito cedo, ter o pai alcoólatra, ter um marido agressivo.

A minha vida foi muito sofrida desde pequena, 10 anos comecei a trabalhar, a gente era muito pobre, e meu pai era alcoólatra, então já foi uma vida sofrida. Aí casei sofri mais, apanhei muito, nunca teve coragem de denunciar por causa dos filhos, eu não trabalhava, então a mulher tem muito medo, e antigamente era assim L., casou tem que aguentar, então aguentei muito, muito dele e fiz tudo para meu filho e minha filha estudarem, me dei tudo de mim, trabalhava muito.

[...]

Função de tudo e eu não abre a boca para nada, eu sempre obedecer o meu marido, além das agressões ele falava, eu ficava quieta com medo né. (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015)

Uma visão geral sobre o modo como elaboram suas experiências de sofrimento e desordem mental permite observar que a perda, na forma de luto ou rompimento de relação conjugal, é um motivo central. Outro elemento que se destaca é a condição da fadiga físico-moral: todas relatam alguma forma de sobrecarga de trabalho e responsabilidade/preocupações: trabalho em ocupação indesejada, mas necessário, longo tempo de trabalho, rotina profissional extenuante, responsabilidade como provedora do lar, relacionamentos complicados com companheiros – definidos como depressivos, alcoólatras e/ou ausentes –, tarefas extras de

cuidados com parentes próximos adoecidos. Enfim, a perda e a fadiga parecem ser as causas mais evocadas para o adoecimento das mulheres entrevistadas, constatando tanto a explicação psicanalítica para a depressão/melancolia, quanto a explicação sociológica da produção do sofrimento em razão do “estilo de vida” de mulheres “batalhadoras” das classes trabalhadoras urbanas.

Nos discursos reproduzidos, ficou evidenciado a importância da noção de “sofrimento” e “vazio”, assim como, a importância do elo destas noções com as trajetórias de vida das mulheres entrevistadas. Para Orlandi (2000, p. 50) o sujeito é ao mesmo tempo livre e submisso. Possui “uma liberdade sem limites e uma submissão sem falhas”. O que gera uma ambiguidade na noção de sujeito, pois ele determina o que fala, mas também é determinado pela exterioridade, que é sua historicidade. As mulheres que participaram da pesquisa eram livres para se apresentarem da forma que achassem melhor, mas ao mesmo tempo estavam condicionadas por suas trajetórias de vida.

Elas se descreveram por meio de suas histórias. Elas lembraram fatos marcantes que foram se acumulando e podem ter desencadeado a depressão. Nos depoimentos, há uma forte presença da lembrança do passado. O modo como relatam suas histórias de vidas, como a ordenam, o que destacam e o que ignoram e as palavras que escolhem são singulares. São histórias de vida sofridas, com acontecimentos marcantes e profundos. Elas dizem que desde crianças vêm passando por situações de tristeza e em determinado momento houve um intenso acúmulo de incidentes e obrigações, que foi quando a doença apareceu. Há aqui também um forte componente moral, um sentido de obrigação em não falhar e ser feliz, como já discutido.

Elas reconheceram que os fatos da vida têm relação direta com sua doença. Nenhuma justificou o fato de estar depressiva com argumentos biológicos, de ordem médica. Mas elas fizeram clara relação entre a própria história de vida (que ocorreram sob os condicionantes posicionais da estrutura social) e a “doença” (sofrimento físico-moral).

As representações sobre as gêneses de seus transtornos emocionais evidenciam o modo como elas procuram dar sentido para as suas experiências e para o papel de “depressivas” que desempenham. Ainda que a pesquisa não tenha abordado de modo profundo o cotidiano e as práticas, as falas das mulheres trabalhadoras que foram entrevistadas remetem ao fato de que a representação da depressão tem uma função *orientadora das condutas* (Herzlich, 1991).

Provavelmente, as condutas dos indivíduos estão sendo orientadas cada vez pela visão biomédica dos sentimentos humanos (naturalização dos sentimentos) e pelo ideal de bem-estar que se exprime em ter corpo e mentes sãos, isto é, corpo “malhado” e mente sem preocupações maiores do que as dos prazeres valorizados, entre eles a felicidade.

Outro ponto que se destacou nessa seção foi a relação das doenças psíquicas presentificadas no corpo. Ou seja, as participantes reconhecem que temas de ordem emocional interferem diretamente no corpo e no desenvolvimento de doenças.

A dor física e psíquica podem ser indícios que sinalizam a presença do corpo. “Freud (1923) em seu texto *O Ego e o Id*, desenvolve a ideia de que a dor é uma via para o conhecimento que o eu pode ter do próprio corpo. A dor adquire uma função central, como o meio pelo qual o eu adquire a assunção do próprio corpo” (FORTES, 2014, p. 65).

Eu estava no carnaval, estava tendo ensaio na sede da minha escola, eu comecei a passar mal e, me deu uma moleza, uma moleza, mas eu fiquei nervosa, eu fiquei nervosa com alguns negócios que estavam acontecendo, aí eu não sei, de repente eu comecei a sentir uma dor, fui para a Santa Casa, estava muito mole, não conseguia comer, aí eles falaram que eu estava enfartando, quando eu vi eu já estava na UTI, aí fui para [outra cidade, hospital], fiz um cateterismo (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Uma preocupação da ordem do emocional teve o corpo como palco para sua angústia se manifestar. Nota-se que quando não é possível descarregar a angústia através das produções psíquicas, a descarga toma o corpo como alvo, fazendo dele o local por excelência para a expressão da dor.

Na sociedade contemporânea, parece que as pessoas têm poucos recursos internos psicológicos para lidar com a dor, em função da ideologia de que tudo tem que ser imediato, feliz, fácil. Logo, as produções psíquicas vão para o corpo.

Outra participante também demonstrou que sintomas emocionais são representados no corpo através de dores físicas.

Eu perco a coragem de trabalhar, não quero meus filhos por perto, aí começa a doer daqui, dor da li, você não tem ânimo para fazer (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Ou seja, atitudes de ordem emocionais, que envolvia sentimentos desencadeou dores em seu corpo. Diante disso é possível perceber o quanto o emocional interfere no físico e de que quando não resolvidos, eles “procuram” lugares para se manifestar.

A fala abaixo de outra participante também demonstrou a relação entre sentimento e ato físico, quando sentia raiva, tristeza, alegria ela chorava.

Então eu sinto assim, eu choro muito, eu também, tem essa, eu fico com raiva. Eu choro demais, eu fico triste eu choro, se eu estou alegre eu choro, e tudo eu choro, pela as coisas que eu sinto também, dentro de mim um vazio tem dia sabe, a coisa não está bom ali (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

O choro compulsivo pode indicar uma busca por sentido ou expressar a incapacidade para encontrá-lo. Para Bauman (2001, p. 31) “imaginar uma vida de impulsos momentâneos, de ações de curto prazo, destituídas de rotinas sustentáveis, uma vida sem hábitos, é imaginar, de fato, uma existência sem sentido”. Assim, o choro pode estar representando a falta de sentido. De fato, para Rottenberg (2014) o estilo de vida e a necessidade constante de que as pessoas se mostrem felizes estariam contribuindo diretamente para o aumento do índice de depressão, afinal, diante do sentimento de desânimo, o sujeito sente como se algo não estivesse bem consigo, pois culturalmente se aprendeu que se deve alcançar a felicidade constantemente.

Orquídea também se expressa numa direção que pode ser associada à busca infrutífera de sentido, metaforizada na falta (da presença) do neto, um ente amado. Mesmo que a ausência seja momentânea, o impulso pelo choro imediatamente a acomete.

Meu Deus, às vezes ele vai para casa de um tio, qualquer coisa, mas eu invento de um tudo para segurar ele, porque eu sinto uma falta terrível dele. Só de falar já tenho vontade de chorar, sinto uma falta dele [...]
[...]
Eu me sinto assim insegura quando ele não está lá, sinto falta dele, sinto muita falta dele [...] (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Neste capítulo foi possível perceber que os sintomas que as mulheres informaram para caracterizar sua depressão foram vazio, angústia, desânimo e nervoso. De acordo com o manual DSM-IV-TR, para ser classificado com um episódio depressivo o indivíduo precisa apresentar, durante duas semanas, pelo menos, quatro desses sintomas: Alteração no apetite ou peso e sono, diminuição de energia, sentimentos de culpa, dificuldades para pensar e pensamentos de morte. Nenhuma participante mencionou que estivesse sentindo ou que já havia sentido esses sintomas. Apenas Lavanda contou que descobriu que estava com depressão porque emagreceu.

6. ESTILOS DE VIDA E PRÁTICAS DE CONSUMO DE TRABALHADORAS URBANAS

6.1 Estilos de vida e trajetórias

Tem-se pontuado, ao longo deste trabalho, que, com o advento das tecnologias de transporte e informação, os relacionamentos se transformaram e ficou mais forte a cultura do imperativo de felicidade. Por um lado, o sujeito se fecha em si, não mantendo relações pessoais face a face e sim virtuais, vivendo em uma realidade fortemente auto referenciada. Por outro, é possível pensar que o relacionamento virtual se constitui, apenas, como outra modalidade de se relacionar. No entanto, em ambos os casos, nas redes sociais, por exemplo, a realidade é mostrada de forma parcial, editada e idealizada. Com isso, a suposta felicidade generalizada parece estar inflacionando as expectativas, logo, todo mundo tem que ser feliz o tempo todo. Mas isso não é possível e nem real, então quem assiste esses imperativos vai se sentindo empobrecido do ponto de vista emocional, como se todo mundo conseguisse alcançar esse ideal de felicidade, menos ele. Lipovetsky (2007) afirma que as receitas de felicidade estão se espalhando por todas as dimensões da vida, nas áreas da alimentação, do amor, da comunicação, da educação dos filhos e da produção de sentidos em torno da própria felicidade.

E assim vai se configurando o estilo de vida contemporâneo, os indivíduos vivenciam o mundo por meio da internet, dos imperativos de felicidade, das práticas de consumo como formadoras de identificações e formas de inclusão. Quais as consequências de se viver assim, de maneira relativamente ilusória, tão fluida e livre?

De algum jeito, o indivíduo cria mecanismo para dar sentido e segurança para a vida, como por exemplo, se basear nas “modas”, como alimentação “super saudável”, bandeiras partidárias, liberdade de escolha do sexo, e até mesmo nos processos de saúde, doença e cura. Ou seja, o ser humano necessita se sentir pertencente a um grupo, mesmo que temporariamente. Como mecanismo de ancoragem, de pertencimento, passa a confiar no que vem de fora e no que desconhece.

O estilo de vida se configura por meio da trajetória de vida e é expresso nos gostos, preferências e hábitos do indivíduo. O estilo de vida é a maneira como as pessoas vivenciam o mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas (AMARAL, 1992). Segundo

Rottenberg (2014, p. 9), estilo de vida é um conjunto de hábitos e costumes que são constituídos através do processo de socialização. O estilo de vida de cada pessoa influencia, inclusive, a produção de saúde ou de doença. Ele diz que uma das formas de tratar a depressão “tem muito a ver com a mudança na rotina e o tipo de vida que cada um leva”. Sendo assim, intervenções nas rotinas, hábitos, costumes podem produzir tanto, qualidade de vida, como adoecimento.

E quanto mais aumenta a distância do que se faz com relação às necessidades básicas, o estilo de vida vai se tornando o produto da estilização da vida, ou seja, preferência sempre recorrente que orienta e organiza as práticas mais diversas (AMARAL, 1992). Sendo assim, a cultura social define a cultura cotidiana de cada um. Um exemplo disso são as redes sociais “ditando” o tipo de roupa através da moda, as opções de lazer, a decoração da casa, os modelos de beleza entre outros.

Segundo Bourdieu (1983, p. 84), “*pars totalis*, cada dimensão do estilo de vida simboliza todas as outras”. Ou seja, a maneira como a pessoa é, como por exemplo, generosa, carinhosa, a linguagem que utiliza, reflete de maneira igual em todas as ações de sua vida, desde gerenciar um negócio até cuidar de questões familiares. Postas essas palavras de Bourdieu (1983), é possível pensar a importância de conhecer o estilo de vida de cada um para compreender suas escolhas, sua maneira de viver, de se comportar e de se relacionar, ou vice versa. Para, a partir disso, entender o motivo de certos acontecimentos na vida.

Para Castro e O’Donnel (2015, p. 41), “toda realidade humana está sujeita ao hábito”. Nesse contexto, é importante destacar a definição de *habitus* de Bourdieu (1983, p. 184). Ele conceitua *habitus* como uma matriz de comportamentos, um conhecimento adquirido, e, “...produto de uma condição econômica particular, definido pela posse de um capital simbólico econômico e cultural mínimo necessário para perceber e sopesar as oportunidades potenciais formalmente oferecidas a todos”.

Assim, pode-se entender que *habitus* são visões do mundo e sistemas de classificação da realidade que se incorporam aos indivíduos e neles, simultaneamente, desenvolvem-se, tanto como prática, como postura corporal desses mesmos indivíduos. Incorporado aos indivíduos desde a infância pelo processo de socialização, na família, escolas ou outros espaços sociais, o *habitus* dá sentido às ações dos sujeitos, perpetuando dominações e estruturas sociais (SANTOS, 2013). É o princípio não escolhido de todas as escolhas. O *habitus* é estruturado nos meios sociais, e estruturante de ações e representações.

Durante a entrevista foi solicitado que a participante expusesse seu estilo de vida, relatando sobre seus hábitos, quais as motivações para se ter o relatado jeito de viver a vida. A partir das respostas das participantes, foi possível identificar, nos seus hábitos, as relações e os

valores do trabalho, os valores familiares, traduzidos no cuidado com a casa, com os netos, e as práticas de lazer: assistir novelas e jornais, cuidar de plantas.

Uma das participantes, ao falar sobre seu estilo de vida pontuou as mudanças em seu modo de viver a vida.

Quando eu passei pelo geriatra, [...] aí ele me explicou que eu ia ter que deixar a velha [Jasmim], o passado, e aprender a construir a nova [Jasmim], com as suas limitações, mas também com suas qualidades, então no começo não foi fácil, principalmente porque eu tinha muito amor pelo que eu fazia, entendeu?

[...]

Então o que é que eu me apeguei? eu aprendi a qualidade de vida com leitura, eu já gostava, eu gosto contínuo, eu me apeguei com terapia [...] eu comecei a cuidar de flores.

[...]

Mudei porque trabalhando, eu não comia, ia tomar café na escola, o almoço, ia almoçar três horas da tarde, quatro horas da tarde, jantar entre dormir e comer alguma coisa, eu optava por dormir, então eu estava totalmente desorganizada.

[...]

E aí também busquei atividade física, que é uma das coisas que eu não vivo sem, agora. Eu não gostava de atividade física, mas eu tive que buscar, hoje eu pratico pilates três vezes na semana.

[...]

Então tudo isso mudou radicalmente a minha vida (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Corroborando com as ideias do teórico Rottenberg (2014), Jasmim relata que promoveu mudanças em sua rotina a fim de promover mais qualidade de vida e buscar paliativos para sua condição enferma. E ela se deu conta disso (necessidade de alterar sua rotina) a partir da fala de um médico especialista. Ou seja, ela acreditou e autorizou um discurso perito.

Cada dia mais aumentam e se valorizam as especialidades na sociedade contemporânea. Saberes especialistas são tidos como verdades absolutas influenciando o estilo de vida das pessoas. Com as identidades múltiplas, o indivíduo tende a se apoiar em verdades externas para se ancorar, como forma de mecanismo de pertencimento.

Conforme já mencionado, o estilo de vida, ou seja, os hábitos do cotidiano, faz com que as pessoas sejam mais ou menos depressivas. Como o exemplo dessa participante que relatou que quando vai ao psicólogo se sente melhor, pois falava de seus sofrimentos.

Agora eu já melhorei um pouco, depois que eu comecei a fazer tratamento com a C. porque com o psiquiatra eu ia direto, nunca parei, com a psicóloga eu parei, eu achava que não adiantava. Mas foi tão bom.

[...]

Isso, de me abrir, porque eu não tenho com quem conversar, o meu filho, eu tenho o filho, o meu neto não para em casa, mas o meu filho não conversa comigo, eu acho que isso aí também, sabe, não fala, ele chega do serviço e, toma banho, entra para o quarto, ele levanta e vai trabalhar novamente, não fala comigo. No dia da folga ele sai e fica o dia inteiro para a rua, então eu não tenho com quem conversar (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Ela acredita que os sintomas da depressão foram amenizados a partir do momento que passou a fazer o tratamento com a psicóloga, associando com o fato de poder conversar e se abrir. E nas páginas anteriores essa mesma participante disse que não foi a medicação que fez com que ela melhorasse, mas ela mesma. Então, quando ela introduziu na sua rotina a ida ao psicólogo, representava um esforço próprio de busca de um entendimento sobre o que se passava com ela.

O estilo de vida é cercado de elementos simbólicos. E é possível conhecer tais elementos a partir da relação e da distância que se estabelece entre necessidades básicas dos indivíduos e as escolhas que fazem. Um bom exemplo para isso é o ato de comer. Se alimentar é uma necessidade básica, porém o que comer, a maneira como comer, os horários das refeições, os talheres usados são escolhas e são indicativos de valores que constituem estratégias de distinção no meio social (AMARAL, 1992).

[...] eu agora estou saindo toda quarta, toda quarta eu e uma amiga, que também tem um pouquinho de depressão, pouquinho não, depressão mesmo, e aí a gente vai tomar um café na padaria, ou em qualquer outro lugar, depois a gente vai no shopping um pouquinho, às vezes vai no centro, é o único lazer que eu estou tendo agora, estou gostando bastante, está me ajudando muito.

[...]

É sexta ou sábado, sexta à tarde ou sábado, agora eu achei melhor deixar para o sábado mesmo, [ir no salão, fazer unha] porque às vezes chega no sábado não tem nada pra fazer, porque em minha casa, é só eu e meu marido, então eu faço aí eu falei: “ah, vou deixar isso para sábado, porque daí eu vou ver gente, eu vou conversar esquecer que ele está no bar, que me irrita” (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

A participante Lírio relatou algumas atividades que fazia no seu cotidiano e como se pode notar, não eram relacionadas com necessidades básicas, como tomar café na padaria, ir ao

shopping, frequentar salão de beleza. A mesma participante mencionou que um dos seus hábitos era ficar no celular e fazer o que todo mundo estava fazendo.

O que que eu gosto de fazer? Ultimamente eu estou ficando muito no celular viu, tem que parar com isso viu, o meu marido já estressou.

[...]

Às vezes converso com algumas pessoas [no celular]. WhatsApp, essas coisas que todo mundo tá fazendo”(LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Outra participante, ao falar sobre seu estilo de vida, relatou sobre seus finais de semana, e pontuou o cuidado com o cabelo e a bebida. Dois fatos relacionados com a estilização da vida.

[...] depois eu já levanto animada, dou um banho de creme, dou uma escovada no cabelo, faço chapinha, hoje eu vou sair, então eu saio, vou sair, vou fazer um programa de churrasco, vejo quem vai frequentar, o período que eu estou qualquer coisinha eu já devolvo. Aí sai pancadaria não dá certo, daí fico, bebo, eu evito está bebendo, porque eu bebo, bebo, bebo, daí quando eu vejo eu estou... eu começo oito horas da noite, eu vou até às onze horas da manhã no domingo (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Porém, mesmo diante da estilização, os elementos que preenchem os critérios de livre escolha, como os estéticos, artísticos, religiosos, entre outros, passam a ser significativos para a definição do estilo de vida de um indivíduo (AMARAL, 1992). Assim, ao configurar o seu estilo de vida, essa participante fala sobre seus gostos utilizando-se de critérios estéticos (cabelo) e sociais (churrasco).

Quando, a mesma participante, foi questionada sobre o que gostava de fazer relatou que gosta de atividades que a fazem esquecer dos problemas.

Dormir adoro dormir, durmo até tarde, durmo, durmo, eu sou feliz dormindo, diz que dormindo você não tem problema (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

O mesmo se passou com outra participante, que dizia gostar de dormir para não ver o tempo passar.

Eu quero muito dormir para assim, para não ver o tempo passar (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Quando as situações se tornam difíceis, a tendência é lançar mão de um mecanismo que amenize a angústia. Ainda mais na sociedade contemporânea, onde há fortes imperativos de felicidades, de imediatismo, de não frustração. Duas situações angustiantes, para Lavanda o problema e para Gardênia o tempo, com a mesma solução: dormir; e com o objetivo de rapidamente e facilmente ficarem livres de sensações ruins. O sujeito contemporâneo parece encontrar novos recursos psíquicos internos para lidar com as adversidades do dia a dia. Muitos desses recursos aparentam estar associados à atitude de procrastinação como fonte de sofrimento, uma evidente manifestação da dificuldade de se lidar com as emoções. Possivelmente, essas entrevistadas sentem o descompasso entre os valores morais tradicionais, os imperativos imediatistas de prazer e as suas condições objetivas de vida familiar e laboral. Decidem assim, ou adiar os problemas ou exercer uma manipulação do tempo (Ver Bauman, 2001).

Outra participante, quando questionada sobre seu estilo de vida, mencionou hábitos antigos e se descreveu, atualmente, como sendo “sem paciência”, um outro indício da ansiedade que caracteriza a busca imediatista que repele os projetos ou atividades de longo prazo.

Eu quando tinha os meus filhos pequenos, eu era muito metódica.

[...]

Eu gostava muito de ler, gostava, mas eu perdi a vontade totalmente, eu lia direto tudo que vinha na minha frente, eu adorava ler, então, mas agora eu não tenho paciência mais, tudo que eu começo eu não vou para a frente, é duas ou três páginas já me cansa, eu não consigo ler mais nada (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Orquídea se referiu a hábitos do seu passado com um “tom” de melhores do que os do presente, e o mesmo ela fez com suas características pessoais. Para Rottenberg (2014) as mudanças na vida de cada um podem ser feitas analisando o cotidiano. Ao falar sobre os, possíveis meios, de “curar” a depressão, o autor pontua a importância de cada um conhecer seu estilo de vida e promover mudanças nele. Ele propõe que se faça mudanças nas rotinas como um dos meios, para curar-se de doenças mentais.

Semelhante a essa vertente de pensamento, a fala exposta abaixo, revelou que antes a participante tinha certos hábitos que não lhe fazia bem, e que a partir do momento que passou a ter outros comportamentos, passou a se sentir melhor.

E aquilo lá eu não sabia falar não para ninguém, então acumulava tudo em cima de mim.

[...]

Só trabalho, não saio para nada.

[...]

Então agora comecei faz uns meses ouvir a Canção Nova, tá bem, me senti bem, fico ouvindo (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

A participante não necessariamente abandonou os hábitos passados, modificando seu estilo de vida, mas conseguiu introduzir outros novos em seu cotidiano, que a fez se sentir bem. Já na fala abaixo, a participante mostrou que tentou realizar mudanças em sua rotina, como a ida ao cursilho, porém, parece que não foi satisfatório.

Não tem sentido, eu não encontro sentido para a minha vida, então eu quero melhorar, daí eu me apeguei assim, até a C. me falou: “Então procura uma religião” porque eu sou católica, mas eu estava afastada, eu procurei, sai de um cursilho agora, e eu cheguei bem, assim, bem para cima mesmo, bem legal mesmo. Ah, mas foi passando os dias, vai fazer um mês no dia 4 que eu fui para o cursilho, um mês agora, não resolveu muito não, resolveu assim, eu tenho mais fé em Deus, mas eu não tenho mais vontade de viver não, nem um pouco (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Gardênia faz a tentativa de encontrar sentido para sua vida. Uma busca externa que provavelmente trouxe novos significados em sua subjetividade, embora não tenha alcançado o seu objetivo maior, que era trazer o sentido por estar viva.

Como foi dito anteriormente, admite-se que a realidade é a realidade da vida cotidiana (BERGER; LUCKMAN, 1991). Isso significa que a realidade cotidiana é a própria realidade para quem dela participa, logo, é ela que deve ser analisada e transformada para uma possível mudança do estilo de vida, que conseqüentemente alterará as ações e práticas. O fato de não dizer “não” para as pessoas e só ficar em casa, e passar a ir a um evento religioso muda o hábito, a rotina e produz novos significados na subjetividade da pessoa, podendo provocar alterações em seu estilo de vida.

Quando as participantes foram convidadas a falarem sobre seu estilo de vida, as temáticas que apareceram foram: hábitos do passado; mudanças em suas atividades do cotidiano (usando termos como, antes era de um jeito e hoje é de outro); atividades de lazer; hábitos de procrastinação para fugir dos problemas e introdução de novas atividades em sua rotina. Essas temáticas juntamente com as falas das participantes puderam dialogar com o que os teóricos analisados falaram sobre o estilo de vida.

6.2 Práticas de consumo e produção de sentidos

Diante de situações de imprevisibilidade e de perda de referências tradicionais, muitos sujeitos acreditam que as fragilidades atuais poderiam ser sanadas com a prática do consumo, além deste ato ser representado pela obtenção de prazer.

Douglas e Isherwood (2004) tentam compreender o consumo como fenômeno chave para a análise de relações sociais e sistemas simbólicos. Para esses autores, os bens de consumo são comunicadores de categorias culturais e valores sociais. As escolhas de consumo refletem julgamentos morais e valorativos culturalmente dados, carregam significados sociais de grande importância, dizendo algo sobre o sujeito, sua família, sua rede de relações. Nesse sentido, temporariamente o consumo proporciona uma espécie de ancoragem, auxiliando as identificações, pois quando se consome um tipo de produto, ou estilo, ou viagens, entre outros, o indivíduo é enquadrado num determinado grupo, criando uma identidade temporária que tem a ver com o tipo de consumo.

Numa abordagem antropológica do consumo, representada por autores fundamentais como Marcel Mauss (1974), Thorstein Veblen (1965), Mary Douglas (1978), Marshall Sahlins (1979) e Colin Campbell (1987), entre outros, é possível argumentar que nem o dinheiro, nem a razão prática nem a lógica econômica explicam os diferentes significados do consumo. Uma vez que se pode pagar o preço de entrada para adquirir bens e usufruir serviços, as escolhas se tornam completamente dependentes da ordem cultural, de sistemas simbólicos e de necessidades classificatórias (ROCHA; BARROS, 2006). Sendo assim, o termo consumo é entendido como indicador simbólico, como uma forma de comunicação do sujeito, o consumo como expressão de *status* e como fenômeno capaz de construir uma estrutura de diferenças (ROCHA; BARROS, 2006). O consumo é, pois, um “ato de comunicação”; é “social, relacional e ativo” (APPADURAI, 2008, p. 48), ou seja, os objetos, as coisas, não são mudos.

Para Appadurai (2008, p. 15) “as mercadorias, como as pessoas, têm uma vida social”. Isso significa que as mercadorias são compreendidas a partir de uma atribuição de valor, e essa atribuição é feita pelo indivíduo através dos desejos, demandas, sacrifícios e conhecimentos e não pode ser reduzido a razões econômicas, mas envolve dimensões históricas, sociais, culturais e políticas. Desta forma, o autor sustenta que as coisas possuem uma história social, uma trajetória, uma biografia social que pode atravessar diferentes regimes de valor. Os valores são definidos socialmente, influenciados por critérios políticos e culturais.

A inclusão do tema consumo no instrumento de coleta de dados se deu em função da avaliação de que na sociedade contemporânea, o consumo desempenha papel central e

legitimado de inclusão e ascensão social, assim como de construção identitária. As pessoas consomem, não apenas por necessidade, mas também para se sentirem incluídas num determinado grupo social, realizadas e felizes (BARBOSA; CAMPBELL, 2006). Ao mesmo tempo, “as ciências sociais passaram a tratar os processos de reprodução social e construção de subjetividades e identidades quase como ‘sinônimos’ de consumo [...]” (BARBOSA; CAMPBELL, 2006, p. 23).

Uma das vertentes de análise do fenômeno do consumo tem enfatizado que a dimensão de consumo está ligada a valores de prazer, prestígio, felicidade, o que acaba promovendo a supervalorização do consumo como processo de inclusão social e de construção e reconstrução efêmera de identidades. Porém, muitas vezes ele pode produzir o contrário disso, ou seja, a exclusão, travestida da ilusão e da sensação de estar sendo incluído (SANTOS, 2013). E, portanto, isso poderia ser associado aos eventos de adoecimento mental. Ao menos essa foi a nossa hipótese ao querer conversar sobre o consumo com as mulheres trabalhadoras diagnosticadas com a desordem psicoemocional classificada como depressão.

Para muitas pessoas, a ideia de felicidade ainda está muito atrelada ao consumo de objetos. Na cultura do consumo, as pessoas acreditam que não precisam mais adiar um desejo (BAUMAN, 2001). É possível corroborar essa ideia exemplificada na fala de uma das participantes:

Nem que não seja para usar. Eu vou comprando, vou comprando, vou comprando. [...] Sapatos. Muitos sapatos. Ontem eu vi um no Face [Facebook] assim: é o antidepressivo, o meu antidepressivo é uma coisa assim, é um monte de sapato, eu falei: “Nossa, eu acho que sou eu.” (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

É interessante a fala de Gardênia no sentido que ilustrou o que os teóricos chamam de consumo hedonista, a compra movida por um desejo, por um gosto e não por uma necessidade. O objeto sapato passou a ter uma função que vai além de calçar os pés, para simbolicamente representar um remédio, ou seja, passou a ser compreendido a partir de uma atribuição de significado muito pessoal de coisa que dá ânimo. Esse foi um dos raros momentos em que os relatos sobre o consumo puderam ser aproximados dessa característica que tem marcado as análises sobre o consumo enquanto um processo ativo de produção de identidades. A partir dele, é possível inferir também uma ressalva quanto às avaliações moralistas das práticas de consumo. A clássica visão de que o consumo supérfluo causaria males aos consumidores exagerados. Gardênia, ao menos, toma o hábito de comprar sapatos como atenuante de seus

problemas de depressão. Há, evidentemente, a possibilidade da condição de alienação da entrevistada e a inversão dos efeitos reais do consumo, ou seja, apesar de ela imaginar que esteja atenuando seu sofrimento no ato da compra, ele pode estar sendo reforçado, na medida em que a satisfação do desejo pela compra gera imediatamente a necessidade-desejo por um novo par de sapatos, num efeito de bola de neve, que, aliás, caracterizaria a cultura de consumo (das classes médias) contemporâneas (BAUMAN, 2001; BAUDRILLARD, 1996). Nas palavras de Campbell (2006, p. 50), “[...] inevitavelmente, chegamos à conclusão de que as atividades dos consumidores devem ser entendidas como uma resposta à postulada ‘crise de identidade’, e também como uma atividade que, na verdade, serve somente para intensificar essa crise.”

Contudo, ao que parece, Gardênia criou uma identidade através do bem consumido (sapato) e foi possível perceber que, nesse caso, os bens são valorizados mais pelo seu significado simbólico, socialmente determinado, do que pela sua alegada função de uso primária.

A participante Lavanda falou sobre seu período de “gastadeira”.

Tem período que eu estou muito gastadeira, então se eu vejo um catálogo do Avon, eu pego, ver lá então, se eu vejo o catálogo da Natura aí quando eu vejo eu estou com aquela dívida (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

O consumo nessa fala aparece como um comunicador e tradutor simbólico do estado de espírito da participante, uma função que vai além do ato de adquirir objetos, mas sim como um mecanismo de saciar desejos e para satisfazer um estado de ânimo daquele período e, muito provavelmente, restabelecer um equilíbrio de emoções num momento de sofrimento. Esse momento de sofrimento, pode ser definido também como o de uma “crise de identidade”, desse modo, estar-se-ia aceitando que o consumo é uma forma de constituição de identidades (ainda que flexíveis ou excepcionalmente abertas) e as identidades dos indivíduos são definidas (em grande parte) pelo desejo (CAMPBELL, 2006). Aceita-se que estamos numa cultura do consumo hedonista e de intolerância à dor e ao sofrimento, pode-se pensar que, tanto no caso de Gardênia, como no caso de Lavanda, o consumo dito hedonista constitui-se como um modo de se lidar com o sofrimento e a ansiedade e, assim, poderia se imaginar que a depressão se apresenta como uma forma de mediação ou de produção de equilíbrio no processo de autorregulação do ser (SILVA MELO; MOREIRA, 2008).

Sciré (2009, p. 38) concebe o consumo como algo integrante de um processo coletivo repleto de significados e simbologias. Para a autora, consumo é, “um conjunto de práticas culturalmente organizadas, que instituem um espaço interno de relações, envolvendo hierarquias, simbologias e sentidos”. Os objetos não são consumidos mais em função do seu valor de uso, da sua utilidade, mas como sistema de signos. Sendo assim, o ato de consumir vai além de apenas suprir necessidades básicas, mas envolve outras necessidades que o indivíduo pretende que sejam supridas e a que está sujeito como elemento integrante da sociedade. Logo, a sociedade a qual o indivíduo faz parte influencia o que será consumido e como se dará esse processo.

Pode-se afirmar também que o consumo expressa, necessariamente, gostos, hábitos e comportamentos diversificados motivados pela necessidade do indivíduo na busca de exercício de cidadania para sua afiliação e ascensão social (SANTOS, 2013).

Diante disso, o consumo de camadas populares urbanas é analisado como forma de inclusão e constituição do sujeito. Por meio do consumo é possível que os indivíduos se sintam incluídos e com potência, pela conquista de *status*, valor simbólico e prestígio (YACCOUB, 2011). Porém, mais significativo do que um recurso de prestígio, o consumo nas camadas populares pode expressar uma moralidade no sentido de que ele reforça os laços familiares, apresentando-se como um “ato de amor” (MILLER, 2002).

O consumo, como se percebe, é um elemento fundamental na sociedade moderna. Atualmente se estabelece que se vive na sociedade de consumo (ou do hiperconsumo, nas palavras de Lipovetsky), os indivíduos são bombardeados pelos apelos de consumo nos meios de comunicação, a cada dia as pessoas consomem mais, porém nem todas as pessoas reconhecem serem consumistas.

Quatro participantes da pesquisa usaram o verbo no passado quando foram solicitadas a falarem sobre seus hábitos de consumo.

Eu gostava [de comprar], agora eu tenho vontade, mas assim para os outros, para mim não. Antes eu gostava (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Orquídea aponta o consumo para o outro. Declarar o desejo de comprar objetos para outras pessoas, passa a ser mais aceito socialmente, transmitindo uma imagem de generosidade. Uma moralidade associada ao valor-família.

Então eu era bem consumista, logo no começo do casamento assim, eu era bem consumista, também devido à situação econômica, a gente tinha uma situação econômica confortável (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Ainda que a posse de dinheiro possa representar acesso a determinados bens, a aquisição ultrapassa a condição econômica, referenciando-se pelas dimensões simbólicas e culturais. Mas talvez isso seja mais verdadeiro para as camadas mais abastadas. O depoimento de Jasmim, pode ser um indicativo de associação entre as possibilidades de consumo e a condição de saúde mental dos indivíduos das sociedades de consumo. Ou seja, poderia ser importante verificar o quanto a precarização econômica da família, expressa na condição de deixar de ser “consumista” tem relação com o estado depressivo no qual Jasmim se encontra. Infelizmente, o instrumento de coleta de dados não permitiu avançar nessa análise, porém, pode-se supor aqui uma limitação das críticas moralistas que associam o consumo excessivo (ou supérfluo) à produção de males, como transtornos ou desvios de caráter. Evidentemente, isso constitui-se apenas como uma questão, já que os transtornos mentais, como a depressão, que é o interesse deste trabalho, têm natureza multicausal. O próximo depoimento avança os elementos dessa perspectiva do consumo.

O que eu gosto de comprar? Ultimamente nada, nada.

[...]

Antigamente eu comprava por impulso, até vivia cheia de conta, daí chegava comprar aquele bolo que fazia, hoje eu já sei me policiar, hoje eu compro mais quando eu preciso mesmo, antigamente não, antigamente eu comprava de raiva do meu primeiro marido, era de raiva dele... (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

O consumo aparece aqui também imbuído do valor-família, entretanto, com sinal invertido, não como ato de amor e sim como ato de raiva, de vingança do companheiro. E nesse sentido, o consumismo aparece como algo deplorável, um ato não aprovado, fora da normalidade, que se contrapõe à reprovação do parceiro. Até que se declara que hoje consegue se autodisciplinar no ato do consumo, comprando apenas quando precisa, quando é necessário. O consumo tende a ter dois polos: a do precisar (satisfação de necessidade) e a do querer (desejo). No discurso cotidiano os dois pontos se misturam, como se fossem sinônimos, ou seja, o desejo passa a ser uma necessidade. Lírio aponta um equilíbrio entre precisar e querer. A auto regulação e a busca de um equilíbrio no processo de consumo (comprar coisas úteis ou básicas,

comprar coisas consideradas supérfluas ou em excesso, contrair dívidas de consumo) também apareceu na fala de Girassol.

[...] eu parei um pouco, eu, roupa eu não ligo sabe, roupa eu falo, não ligo para coisas de marca nada (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Girassol quando questionada sobre suas práticas de consumo, respondeu que parou um pouco, ou seja, nessa fala também aparece a questão do passado, pois se hoje ela parou é porque antes fazia. Acredita-se que o senso-comum atribui forte valor moral ao consumo, assim, quando o consumo é tido como familiar passa a ser mais aceito e respeitado pela sociedade, pois se acredita estar investindo na coletividade (família) e não no individualismo (uma única pessoa). No contexto de consumo familiar, a mulher ganha destaque maior. Ela pode e tem o dever (socialmente) de dar aos filhos aquilo que merecem, e proporcionar conforto e felicidade. “A mulher possui um papel fundamental no campo do consumo doméstico, ela traz para si a função de ofertar conforto e sensação de bem-estar para sua família” (YACCOUB, 2011, p.202). Mas as mulheres parecem exercer também um monitoramento sobre o consumo dos outros membros da família, emprestando um sentido de educação ao consumo. Miller (2002) afirma que as donas de casa que pesquisou na cidade de Londres vêm o seus papeis de compradoras como moralmente elevado, por buscarem comprar mercadorias para serem consumidas pelos outros membros da família que os levem a ser tornarem melhores. O consumo seria um ato devocional em que se ensina o sacrifício da economia de dinheiro ao comprar o estritamente necessário e modesto, numa tentativa de aprimorar o gosto e os desejos dos membros da sua família.

O consumo doméstico abarca utensílios materiais, como eletrodomésticos, mas também aspectos simbólicos, prática na qual a mulher também tem representatividade. As práticas de consumo constituem formas de inclusão social da família e de seus membros. As mercadorias compradas teriam a capacidade de objetivação de valores sociais e pessoais, assumindo, portanto, importância na constituição das “pessoas” contemporâneas enquanto pessoas que desejam; desejam consumir e desejam significar sua existência. Nesse sentido, o do consumo como prática de educação do outro e como expressão de amor pelo parente (sobretudo filhos e netos, no caso de nossa pesquisa), é interessante ouvir o que as outras participantes disseram. A participante abaixo falou sobre o que gosta de comprar.

Eu gosto de comprar só para os netos (ORQUÍDEA, 61 anos, entrevista realizada em 02/12/2015).

Essa participante se utilizou da palavra *só*, ou seja, existe apenas uma condição para o gostar de comprar, o seu único gosto de compra era para os netos. Lavanda também gostava de comprar coisas para família, apontando os filhos.

Então às vezes eu gosto de gastar, adoro comprar as coisas para os meus filhos, eu gosto de comprar uma roupa boa, eu gosto de um perfume bom, para dar para eles, eu gosto disso (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Nessa fala, a participante introduziu o quanto a qualidade do produto era influência no seu gosto e na sua forma de escolher o que comprar. E é interessante pois aqui, aparece a distinção que Miller (2002) aponta entre o presente (visto como ato hedonista) e o hábito normativo da compra para o abastecimento do lar (marcado pela economia do dinheiro).

Já a participante abaixo diz gostar de comprar coisas para a casa e não apontou algum membro específico da família.

Eu gosto muito de coisas para decoração, eu tenho muito almofada eu troco direto, aí eu enjojo daquela cor eu compro outra, mas é uma coisa que eu não me arrependo, para mim, roupa e calçado eu me arrependo, mas para casa não. [...]
Porque eu acho assim, lá na minha casa todo mundo vai na minha casa, todo mundo elogia minha casa, então eu acho legal, [...] então as pessoas elogiam muito a minha casa, eu acho que é isso aí que faz bem, agora eu não, para mim eu acho que eu estou jogando dinheiro fora. Depois que eu compro eu penso, porque eu fiz isso, para quê? (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Gardênia iniciou sua falado dizendo que gostava de decoração, que fazia trocas sempre que se cansava de determinado objeto e que não se arrependia disso, contrariamente do que acontecia quando comprava coisas para si. Quando questionada sobre o porquê, ela disse que a casa todo mundo elogia e isso lhe fazia bem. Além da presença da noção “nativa” do consumo reprovado moralmente (o consumo para si), aparece nesta fala um sentido de projeção de estima, que infelizmente não foi explorado no momento da coleta de dados. Mas, mesmo assim, pode-se questionar: Por que a informante escolhe gastar para tornar a casa bonita e se recusa a fazer o mesmo para si? A estima de Gardênia se eleva (“isso faz bem”) quando ouve um elogio para a decoração da casa, mas ela nega completamente a possibilidade de auto embelezamento.

Existiria aqui uma gradação moral quanto ao consumo do supérfluo? A compra para o embelezamento pessoal parece ser mais reprovável do que a compra de adereços domésticos que tornam a casa mais bonita (para os outros verem). Esse comportamento não foi isolado, a participante abaixo disse que, mesmo sem ninguém ir até sua casa ela gostava, da mesma forma, de comprar coisas para a casa.

Eu compro mais para casa, agora dei uma parada também, porque às vezes você compra coisa que você não usa né aí fica amontoando. [...] Não sei te dizer, e na minha casa não vem ninguém, eu acho que é porque eu gosto de me sentir bem, eu acho que é isso, eu gosto da minha casa arrumadinha, eu gosto de uma coisa novinha... (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Girassol relatou que parou (“um pouco”) de comprar coisas para a casa, pois em alguns momentos comprava coisas que não usava. Essa é uma expressão oposta à de Gardênia, de que as pessoas que frequentavam sua casa, a elogiavam e isso lhe fazia bem, essa participante diz que ninguém visitava sua casa, mas mesmo assim gostava da sua casa “arrumadinha”. As suas falas evidenciam o fato de que se arrumar (a si ou a casa) tem que ser para alguém. É interessante notar o quanto a opinião do outro faz referências para essas duas participantes, pois elas falavam, sem serem questionadas, sobre o fato das pessoas frequentarem ou não suas casas e o quanto isso se tornou um referencial para justificar o fato de comprar utensílios para casa.

Parece existir nesse caso uma disjunção quanto ao imperativo social do consumo hedonista, e da produção narcísica de si, que caracteriza hegemonicamente grande parcela da sociedade contemporânea. Esse descompasso e “desequilíbrio” entre o (desejo do) indivíduo e a estrutura social (dos sentimentos) responderia a uma parte da causa da depressão dessas mulheres? Ao menos, tudo leva a crer que a culpa de gastar consigo mesma acumula um grande fardo emocional para elas. O imperativo de se gastar com o outro também aparece no caso do consumo para a casa. A participante abaixo relatou que tinha mais prazer em comprar coisas para a casa com o intuito de proporcionar conforto para a família.

Hoje eu estou tendo mais prazer de comprar coisas para minha casa, para que ela fique confortável para mim, para mim, para minha mãe, para minha família, você entendeu? (JASMIM, 50 anos, entrevista realizada em 08/12/2015).

Como se pode notar, cinco participantes mencionaram comprar coisas para a família e a casa, corroborando, assim, com a ideia apresentada acima por Yaccoub (2011) de que o consumo quando é tido como familiar é mais bem aceito e com o papel que a mulher desempenha no tema do consumo familiar. Da mesma forma, é possível afirmar que se verifica a tese de Miller (2002) do consumo devotado a expressar o amor pela família.

A sexta participante, Lírio, foi a única que mencionou que gostava de comprar mais coisas para si própria do que para casa.

Porém, mesmo sendo o consumo familiar mais aceito socialmente, quando analisado juntamente com o consumo individual, pode-se afirmar que o ato de consumo das mulheres trabalhadoras pesquisadas é feito para preencher um vazio. Isso representa que o ato de consumir vai além dos objetos concretos, físicos. Representa algo maior, com a intenção de suprir algo que não tem ligação direta com o objeto comprado. Portanto, isoladamente, nem o dinheiro, nem a razão prática e nem a lógica econômica, dariam conta de explicar os diferentes significados do consumo (ROCHA; BARROS, 2006).

Desta forma, pode-se afirmar que o consumo é um indicador simbólico, uma forma de comunicação do sujeito. Como já mencionado, Appadurai (2008) acredita que os objetos têm um valor social que transcende sua função física. Mas o consumo de mercadorias na sociedade moderna e hipermoderna ganham uma enorme relação ambivalente com a dimensão metafísica da ontologia existencial (CAMPBELL, 2006). O consumismo visa suprir um vazio de sentido e, inevitavelmente, contribui com a sua produção. Nas falas abaixo foi possível perceber que as compras eram feitas não pelo objeto em si, mas pelo significado que tinham para cada mulher.

Então eu não sei te dizer, porque isso mudou, talvez pelo tratamento né, eu tomo remédio para ansiedade, eu acho que eu comprava mais por ansiedade, por compulsão mesmo sabe (LÍRIO, 46 anos, entrevista realizada em 20/10/2015).

Lírio, na fala já relatada no início dessa sessão diz que antes consumia mais do que atualmente, e quando questionada sobre o porquê dessa mudança, diz que acredita ser pelo tratamento da depressão. O ato de comprar tinha a função de suprir sua compulsão e não era atrelado ao próprio objeto.

Na fala da participante abaixo, muitos sentidos apareceram atrelados ao ato de comprar, como vazio, arrependimento, preencher alguma coisa, uso de drogas e doença. E apareceram

também a condição de efemeridade como característica da constituição expressiva da sociedade contemporânea (BAUMANN, 2001, LIPOVETSKY, 2007.).

É quando eu me sinto mais vazia assim, aí eu compro mais.

[...]

Quando chega em casa, dá arrependimento. Sabe na hora é muito lindo, mas eu acabei de comprar viu que eu sair para fora da loja: " como eu vou pagar isso? Porque eu comprei? Eu nem vou usar.

[...]

Parece que preenche alguma coisa ali naquela hora, sabe? Eu me sinto satisfeita na hora, mas depois não.

[...]

Boa. Sei lá, eu acho que as pessoas falam que quem usa droga parece que eu acho que é isso, eu acho que na hora dá aquele, sabe, eu não sei.

[...]

Eu nem saio, porque eu fico doente de ver um sapato, gostar e não poder levar então eu procuro não sair (GARDÊNIA, 50 anos, entrevista realizada em 03/11/2015).

Outra participante também atrelou o ato de comprar com sentidos e sentimentos.

É o período que eu estou agressiva, que eu estou sentindo falta de alguma coisa, daí reúne tudo, a [Lavanda] gasta (LAVANDA, 33 anos, entrevista realizada em 12/11/2015).

Lavanda atrelou o ato de comprar a um sentimento: quando estava mais agressiva ela gastava. Douglas e Isherwood (2004) e Baudrillard (1996) afirmam que há muitos significados e simbologias no ato de consumir. Essa interpretação das práticas de consumo, que se estendem além da dimensão econômica, parecem referir-se a comportamentos como o de Lavanda, bem como à atitude apresentada por Girassol:

Assim o que eu gosto, acho que é porque eu não tive, é mercado, sabe, eu gosto de ir no mercado comprar frutas, ver o meu armário com bolacha, assim açúcar, o saco era só um quilo, eu vejo que tem dois quilos, eu compro mais, acho que eu não tinha quando era menina (GIRASSOL, 63 anos, entrevista realizada em 10/12/2015).

Ou seja, essa participante comprava motivada por algo que viveu na infância, para suprir uma falta do passado. O ato de ir ao mercado comprar vai além dos alimentos físicos; além de suprir uma necessidade básica, como comer, consumir mercadorias alimenta a alma (isto é, cria

sentido). Ver o armário cheio, sem faltas era algo significativo (que tem significado) para Girassol.

Como mencionado anteriormente, através da fala dessas mulheres foi possível aferir que, muitas vezes, o consumo era para suprir algo que não tinha relação direta com o objeto comprado. Comprava-se para aliviar a agressividade, para experimentar uma sensação boa, por compulsão e para preencher um vazio. E, de alguma forma, o conjunto de falas que associam o consumo excessivo às sensações – sejam estas as causas para se consumir (raiva, agressividade, ansiedade, vazio) ou os resultados do consumo (gosto por comprar, sensação de prazer, antidepressivo, bem-estar, sensações geralmente associadas à felicidade –, confirmam a premissa de que, no caso das mulheres trabalhadoras entrevistadas, existe uma relação de afinidade entre a saúde doença mental e as práticas de consumo.

No início deste trabalho, foi afirmado que a doença/desordem mental pode ser tomada como uma metáfora da sociedade pelos sujeitos que dela participam. Ao enquadrar a doença numa determinada representação da sociedade, ela adquire sentido. Do ponto de vista dos “nativos”, o que é importante destacar é que a doença (vista como desordem) não seja acaso. Enquanto desordem, é importante que a doença faça sentido (HERZLICH, 1991). Para Herzlich (1991), isso remeteria à ideia muito importante de que a representação tem uma função *orientadora das condutas individuais*.

De alguma forma, procurou-se demonstrar essa imagem da depressão como metáfora da sociedade contemporânea (das interações sociais) segundo a análise das visões das mulheres trabalhadoras que colaboraram com essa pesquisa. Buscou-se interpretar suas visões sobre a sociedade contemporânea, sobre os seus estilos de vida e seus hábitos de consumo e sobre os sentidos que elaboram para a desordem psico-emotiva que estão atravessando.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda pesquisa surge de inquietações, e com essa não foi diferente, havia questionamentos que precisavam ser respondidos, ou ao menos analisados. Esse estudo se direcionou a responder se existe relação entre estilo de vida e hábitos de consumo com o aumento da produção da doença mental.

Em resposta a essa inquietação foi possível perceber que a desordem mental, neste caso a depressão, é uma das “portas” das mulheres, participantes da pesquisa, para darem sentido para as suas vidas. É interessante pontuar que ao longo das entrevistas, as mulheres buscaram encontrar a causa da sua depressão. Elas procuram sentido para a “doença” e para suas vidas sofridas, na intenção de sair do caos, da desordem, pois ninguém vive por muito tempo no caos. Evidentemente, elas não produziram interpretações dos significados de seus comportamentos, trajetórias de vida e vida mental. Esse papel foi tentado pela pesquisadora.

Ingenuamente poderia se buscar uma causa única para o adoecimento da população e/ou buscar uma relação monocausal com o estilo de vida e os hábitos de consumo. Porém, percebeu-se que múltiplos são os fatores que estão amarrados nessa trama e o que aqui importou foi conhecer a percepção de um determinado grupo, sem criar generalizações.

A referida busca de sentido quer dizer uma definição que se faz sobre quem se é. Trata-se da noção de pessoa que se conquista com a identidade. Sobre suas auto identificações, verificou-se que as definições sobre o que é ser mulher foram variadas. Algumas participantes buscaram referências do passado para falar sobre a mulher e fizeram comparação com o homem também. Emergiu das falas uma visão idealizada da mulher contemporânea como mulher independente, corajosa, que se cuida. Uma delas falou que a sociedade vem mudando a referência do que é ser mulher e outra que as mulheres tinham que ter direitos iguais. Mas, no geral, pode-se dizer que as visões ambivalentes evidenciaram que se vive um momento de transição.

A forma como estão os relacionamentos interpessoais na atualidade foi um tema que apareceu frequentemente como característica da sociedade contemporânea: hoje falta

companheirismo; o dinheiro governa as relações de amizade ou os relacionamentos são baseados em trocas de interesses (são consumidos e descartados como objetos); falta diálogo nas famílias (amores líquidos); mudança nos valores ou “inversão” de valores causados pela mídia e o consumismo (busca desenfreada pelo prazer imediato e à qualquer custo); aumento no uso bebidas alcóolicas e drogas (e o aumento nas queixas depressivas, neste caso, não podem ser tratada como mera coincidência).

Nas narrativas do quinto capítulo foi possível identificar os significados atribuídos à causa de suas doenças. Relataram, em maior número, que já se sentiam depressivas desde crianças e complementaram que os fatos e as escolhas que fizeram durante a vida fez com que a doença se consolidasse dentro delas. O fato de trabalhar onde não gosta, de perder pessoas queridas, de surgir doenças terminais na família, de experimentar “crises conjugais”, de ser sobrecarregada por atividades e preocupações, fizeram com que se tornassem usuárias de medicamentos antidepressivos. Todas as participantes faziam uso de medicamentos antidepressivos. É admissível pensar que para a maioria delas, a depressão é processo, é experimentada pela condição de “estar depressiva”, “estar doente”, algo passageiro, conseqüentemente, parte do estado permanente da formação da pessoa (do desenvolvimento humano). Para algumas a depressão fazia parte de sua “natureza”, compondo, assim, a noção do “ser depressiva” (“eu sou assim”), emprestando ênfase na qualidade “interior” do sofrimento, tendencialmente mais intensa e sem causalidade externa (DUARTE, 1988).

Esses são sentimentos humanos que são comuns diante dessas situações limítrofes, mas socialmente podem estar associados a princípios morais. Queixar-se desses sentimentos sem os sintomas físicos pode sugerir para os outros que há algo errado com os valores morais da pessoa que sofre os transtornos. Em consequência, muitos indivíduos escondem seus problemas mentais. Quando não é possível escondê-los, porque se convive na intimidade do lar, o julgamento é inevitável: é frescura.

O significado social da depressão para as pessoas que conviviam com essas mulheres era de fraqueza, “frescura”, falta de Deus e castigo por algum pecado oculto. Os relatos das participantes indicaram que a sociedade compreende a doença como “frescura”. Os sentimentos associados à depressão se chocam com as características cultuadas na sociedade contemporânea, como praticidade, objetividade, ser feliz, não dar muita importância para sentimentos alheios e sim para afetos de outros significativos (mãe-pai, irmão, filho, neto). E, sem dúvida, isso influencia a maneira como as participantes lidam e tratam de sua doença, isso

ficou claro quando algumas relataram que demoraram em procurar tratamento, uma vez que se sentiam depressivas desde criança.

E foi possível identificar, por meio da fala das participantes, que alguns sentimentos são transformados em sintomas físicos, como quando uma preocupação maior leva a um infarto ou quando a perda da vontade de trabalhar acarretava muitas dores físicas ou, ainda, quando a abstinência do antidepressivo causa tremores.

Conheceu-se o estilo de vida e as práticas de consumo das participantes da pesquisa nas narrativas apresentadas no sexto capítulo. As participantes se apresentaram por meio de suas histórias de vida e relataram casos de sofrimento, perda, vazio e dificuldades para se auto definir. No momento em que se referiam a sua história, foi possível perceber que cada uma possui história de vida muito diferente, provavelmente não peculiar, se fosse possível comparar cada uma com as histórias de outras mulheres trabalhadoras urbanas do Brasil.

As participantes relataram que mudaram rotinas de vida na busca de uma vida melhor, diminuíram o ritmo do trabalho, passaram a dizer “não” para determinadas situações, buscaram amizades, pois reconheceram que a maneira como vivem a vida tem influência direta sobre o estado de sua doença mental.

As discussões foram na direção de uma avaliação moralmente negativa do consumismo (comprar em excesso ou supérfluos). Algumas mulheres confessaram terem sido consumistas no passado e foi observado que elas, num primeiro momento, negaram serem consumistas atualmente e admitiram que comprar coisas para a casa ou para os familiares é mais fácil e prazeroso. O que reforça a ideia de que quando se compra para a família o peso de ser consumista fica atenuado. O consumo, na maioria dos casos, vai além do próprio prazer, revelando que está muito atrelado aos sentimentos, sobretudo, ao sentimento de amor aos familiares, propiciando o prazer de comprar para o deleite, principalmente, dos filhos ou netos.

É interessante pensar no fato de que, quando relatavam que compram coisas para si, apareceu a ideia de impulso, ansiedade e a necessidade de preencher um vazio. O consumo, muitas vezes, serve para sanar, ou ao menos tentar aplacar sentimentos humanos considerados ruins pela sociedade, como vazio, tristeza e raiva. Mas, segundo elas próprias, após a compra, o sentimento não desaparece. Assim, buscam por meio da prática de consumo um alívio para o que sentem, sem o encontrarem efetivamente. Condição que confirma as principais teorias que interpretam a sociedade contemporânea nas Ciências Sociais e na Psicanálise. Apesar de não

perceberem uma relação entre suas práticas de consumo e as queixas de depressão, à luz da teoria pode-se concluir que essa relação existe nos particulares aqui estudados.

Quanto ao consumo, uma janela ainda não se fechou com a análise aqui apresentada. Não foi possível aprofundar a análise do consumo a partir de seu uso enquanto estratégia de distinção. Apesar de existir conteúdo nas falas que sugeriram esse uso, o recorte analítico privilegiado e a exiguidade dos prazos a serem cumpridos restringiram as interpretações à abordagem do consumo como conduta hedonista de satisfação do prazer pessoal ou de ato de amor para com a família.

A análise pôde demonstrar que as mulheres que colaboraram com a pesquisa atribuem conexões entre a depressão e a sociedade, mas sobretudo, entre a primeira e suas trajetórias de vida (o que não deixa de ser um reconhecimento – muito provavelmente, latente – do papel da estrutura das relações sociais). Em ambos os aspectos o da sociedade contemporânea e o das trajetórias pessoais, o que sempre enfatizaram foram os relacionamentos. Não utilizaram as mesmas palavras dos teóricos, mas com a linguagem cotidiana, se queixaram dos relacionamentos rápidos, flexíveis e superficiais, queixaram-se do distanciamento e da carência de relacionamentos afetivos, sobretudo no âmbito da família.

Elas não conceberam relações diretas entre o transtorno mental sofrido e as práticas de consumo que realizam. Porém, algumas sugeriram que o consumismo e a busca de prazer desmedido podem levar a estados depressivos. A quase totalidade afirmou já ter sido consumista e agora haviam alterado tal conduta. Mas, quando se ouve sobre suas práticas de consumo e os sentimentos envolvidos, torna-se evidente a existência de elos entre os dois pontos. Pode-se listar, ainda, como uma ligação entre a depressão e o consumo o uso que elas fizeram ou ainda fazem de bebidas alcólicas e psicotrópicos (antidepressivos), como artifício para se sentirem bem.

Desta forma, pode-se concluir que há relações entre as características da sociedade contemporânea, os estilos de vida das mulheres trabalhadoras entrevistadas e a desordem mental chamada depressão. Tanto em razão da causalidade atribuída, como da construção de sentido. Porém, o lugar em que se verificou a produção de significados mais profícuos foram os relatos sobre a gênese de seus sofrimentos mentais.

Por meio dos relatos dos episódios da trajetória de vida – os acontecimentos do dia a dia, os incidentes traumáticos de morte e adoecimento grave na família, os acúmulos de

preocupações e atribuições extenuantes, os excessos de atividades e responsabilidades acumulados num período específico da vida –, que geraram vazios e sofrimentos, elas explicaram porque ficavam nervosas, tristes, deprimidas ou com medo. Explicaram, também por essa via, porque sempre foram assim ou os efeitos físicos da depressão: infartos, tremores, cansaços e crises de choro. Ou seja, mediadas pela depressão elas são capazes de dar sentido às suas existências. Conseguem ver significados no fato de terem adoecido naquele momento específico e porque foram elas e não outras pessoas que adoeceram.

A perda e a condição de fadiga físico-moral (luto ou crise de relação conjugal) são motivos centrais na produção de significados sobre a desordem mental que as mulheres disseram sofrer. Todas relataram alguma forma de sobrecarga de trabalho e preocupações: trabalho em ocupação indesejada, jornada longa de trabalho, rotina profissional extenuante, responsabilidade como provedora do lar, crises em relacionamentos com parentes. Essas parecem ser as causas mais evocadas para o adoecimento das mulheres entrevistadas.

Nos discursos reproduzidos, ficou evidenciado a importância da noção de “sofrimento” e “vazio”, assim como, a importância do elo destas noções com as trajetórias de vida das mulheres entrevistadas. Cabe repetir o que já se disse sobre como elas explicam a origem de seus transtornos emocionais (e físico-morais). As representações sobre suas doenças demonstram como buscaram dar sentido para as suas experiências e para o papel de mulheres “depressivas” que desempenham. As falas das mulheres trabalhadoras que foram entrevistadas remetem ao fato de que a representação da depressão tem uma função orientadora de suas condutas.

Reconhecer alguns dos fatores envolvidos nessa trama tão complexa, ajuda a minimizar as vulnerabilidades em que as mulheres estão expostas, com vista a oferecer suporte a redução dessa problemática. Os resultados desta pesquisa interdisciplinar adquirem relevância, por exemplo, para justificar a inclusão de conteúdos voltados para a humanização na formação dos profissionais da saúde, envolvidos direta ou indiretamente com indivíduos que procuram os serviços de saúde com queixas depressivas. Faz-se necessário incluir em suas formações disciplinas que abordem a dimensão da significação e da simbolização dos processos de saúde e de doença, com uma vertente mais crítica, humana e social da doença, para que não fiquem presos apenas ao discurso biomédico, que os levam, muitas vezes, sem o perceberem, a reproduzir a lógica mercantilista já estabelecida pela sociedade.

Para concluir, porém não finalizar, espera-se que o presente estudo provoque novas inquietações e questionamentos, de modo que novas pesquisas surjam, principalmente no sentido de ampliar as possíveis relações entre as características da sociedade contemporânea e o aumento da produção das doenças mentais. As transformações que vem ocorrendo na sociedade contemporânea e o anúncio do aumento do índice da população com doença mental, especificamente a depressão. Sendo as mulheres as mais atingidas, torna-se fundamental mais estudos voltados para essa temática, de modo que cada vez mais seja possível se aproximar desses fenômenos para incrementar a consciência crítica das pessoas que leem e fazem parte da pesquisa. Pois esse é o papel esperado do pesquisador social, que ele consiga provocar debates, apresentar novas visões, quebrar paradigmas, para que assim a população se torne mais autônoma.

REFERÊNCIAS

AGIER, Michel. Distúrbios identitários em tempos de globalização. **Mana**, v.7, n. 2, p. 7-33, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132001000200001>>. Acesso em: 21 maio 2015.

AGUIAR, João Valente. A classe social como processo: o conceito de formação da classe trabalhadora. **Configurações [Online]**, v. 5/6, 2009, [posto online no dia 07 Fevereiro 2012]. Disponível em: <<http://configuracoes.revues.org/375>>. Acesso em: 25 Maio 2015.

AMARAL, Rita de Cassia. **Povo-de-santo, povo de festa**: estudo antropológico do estilo de vida dos adeptos do candomblé paulista. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 1992.

APPADURAI, Arjun. **A vida social das coisas**: as mercadorias sob uma perspectiva cultural. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2008.

ARANCIBIA, Felipe Eduardo Rodríguez. **Consumo Sustentável**: padrões de consumo da nova classe média brasileira. Brasileira. 2012. 144 f. (Dissertação de Mestrado). Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília.

ARAUJO, Marivânia Conceição de. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, ano V, n. 2, p. 98-119, jul.- dez. 2008.

AVILA, Rebeca Contrera; PORTES, Écio Antônio. A tríplice jornada de mulheres pobres na universidade pública: trabalho doméstico, trabalho remunerado e estudos. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 809-832, Dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 maio 2015.

BARBOSA, Livia; CAMPBELL, Colin. O estudo do consumo nas ciências sociais contemporâneas. In: BARBOSA, Livia; CAMPBELL, Colin (Org.). **Cultura, consumo e identidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 21-44.

BAUDRILLARD, Jean. Função-signo e lógica de classe. In: BAUDRILLARD, Jean. **A economia política dos signos**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 9-49.

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

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção Social da Realidade**. Petrópolis, Vozes, 1991.

- BEZERRA, Juscelino Eudâmidas. Perspectivas Teóricas nos estudos da classe trabalhadora: apontamentos e reflexões. **CEGeT** - Centro de Estudos de Geografia do Trabalho, 2013.
- BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- BOSCHETTII, Ivanete. Políticas de desenvolvimento econômico e implicações para as políticas sociais. *SER social*, v.15, n. 33, p. 261-384, jul./dez. 2013.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação Masculina: a condição feminina e a violência simbólica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2014.
- BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1983.
- BROMET et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 90, p. 1-16, 2011. Disponível em: <doi:10.1186/1741-7015-9-90>. Acesso em 10 Out. 2016.
- BURKLE, Thaaty da Silva. **Uma Reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM**. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.
- CAMPBELL, Colin. Eu compro, logo sei que existo: as bases metafísicas do consumo moderno. In: BARBOSA, Livia; CAMPBELL, Colin (Org.). **Cultura, consumo e identidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 47-64.
- CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. *Serviço Social e Sociedade*, n. 112, p. 613-636, out./dez. 2012.
- CASTRO, Celso; O'DONELL, Julia. **Introdução às ciências sociais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.
- CASTRO, Gisela. Para repensar a felicidade nos dias atuais. **Comunicação, mídia e consumo**. São Paulo, v. 7, n. 20, p. 343-345, Nov. 2010.
- CAVALCANTE, Ana Célia; SILVA, Raimunda Magalhães. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, Abril 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n39/n39a15.pdf>>. Acesso em: 10 Jun. 2017.
- CLAVURIER, Vincent. Real, simbólico, imaginário: da referência ao nó. **Estud. psicanal.**, n. 39, p. 125-136, jul. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 out. 2017.
- COITINHO, Rita Matos. **A classe trabalhadora frente às mudanças no perfil do assalariamento no Brasil**. Brasília, 2007. 157 f. (Dissertação de Mestrado em Sociologia). Universidade de Brasília.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Campanha Não a medicalização da vida. Brasília, 2012. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 29/10/2016.

- DOUGLAS, M; ISHERWOOD, B. **O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.
- DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- DUARTE DA ROSA, Barbara P. G.; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia e Sociedade**, 23, n. Especial, p. 37-44, 2011.
- DUARTE, Luiz Fernando D. A outra saúde. In: ALVES, P. C. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 83-90.
- DUARTE, Luiz Fernando D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1988.
- DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: EDIPRO, 2012.
- EDER, Klaus. A classe social tem importância no estudo dos movimentos sociais? Uma teoria do radicalismo da classe média. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 46, p. 5-27, Junho 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Maio 2015.
- FAZENDA, Ivani (Org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.
- FERNANDES, André Henrique de Souza; CONDIDO, João Gremmelmaier. Educação Financeira e nível de endividamento: relato de pesquisa entre estudantes de uma instituição de ensino da cidade de São Paulo. **Rev. Elet. Gestão e Serviços**, v.5, n.2, Jul./Dez. 2014. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/REGS/article/download/4868/4506>. Acesso em: 24 Maio 2015.
- FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, Ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Maio 2015.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, Aug. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008>
- FORTES, Isabel. A função da dor na apropriação do corpo. In: BRIMAN, Joel *et al.* (Orgs.). **A fabricação do Humano: psicanálise, subjetivação e cultura**. São Paulo: Zagodoni, 2014.
- FREUD, Sigmund. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA, Claudia Amorim; COUTINHO, Luciana Gageiro. Os novos rumos do individualismo e o desamparo do sujeito contemporâneo. **Psyche** (Sao Paulo), São Paulo, v. 8, n. 13, p. 125-140, jun. 2004. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382004000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr. 2016.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GIL, Carlos Antônio. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Carlos Antônio. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GOLDENBERG; Miriam; RAMOS, Marcelo S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (Org.) *Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002, p. 19-40.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lucia. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. **Rev. Esc. Enferm, USP**, V. 42, n. 3, p. 461-466, 2008.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

HENRIQUES, Rogério Paes. O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos “novos sujeitos”? In: BRIMAN, Joel *et al.* (Orgs.). **A fabricação do Humano: psicanálise, subjetivação e cultura**. São Paulo: Zagodoni, 2014.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.1, n. 2, p. 23-36, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/physis/v1n2/02.pdf> . Acesso em: 23 de agosto de 2016.

HITA, Maria Gabriela. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, Paulo Cesar; RABELO, Mirian Cristina (Orgs). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro 2015.

HOLMES, Jeremy. **Depressão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2005.

HOSPITAL-DIA. **Portal Oficial**. Disponível em: <http://irmaoaltino.com.br>. Acesso em: 10 Abril 2016.

INIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

JUSTO, Luís Pereira; CALIL, Helena Maria. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. Psiq. Clin.**, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. *La salud-enfermedad como proceso social*. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n. 2, 1982, p. 7-25, Trad. E. D. Nunes. Disponível em:
http://200.201.88.199/portalpos/media/File/biociencias/A_saude_doenca_como_processo_social.pdf. Acesso em: 27 junho de 2015.

LIMA, Aluísio Ferreira *et al.* A ideologia do corpo feminino perfeito: questões com o real. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 49-59, Jan/Mar., 2013.

LIPOVETSKY, Gilles. **A felicidade paradoxal**: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo, Companhia das Letras, 2007.

LIPOVETSKY, Gilles; CHARLES, Sébastien. **Os Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LOWENKRON, Aurea Maria. Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias? **Rev. Bras. Psicanál.**, v. 37, n. 4, p. 993-1008, 2003.

LUCE, Mathias Seibel. Brasil: nova classe média ou novas formas de superexploração da classe trabalhadora? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-190, Abril 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Maio 2015.

LYOTARD, Jean-François. **O pós-moderno**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

MACEDO, Rogério Fernandes. **O governo Lula e a miséria brasileira**. São Paulo, 2012. 176 f. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara.

MAIS DE 350 MILHÕES SOFREM DE DEPRESSÃO NO MUNDO, DIZ OMS. **Bem Estar** [on-line]. G1 - Globo.com, 09/10/2012. Disponível em:
 <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/10/mais-de-350-milhoes-sofrem-de-depressao-no-mundo-diz-oms.html>>. Acesso em: 10 Out. 2016.

MAPA DA DEPRESSÃO: BRASIL É O PAÍS COM MAIS CASOS NO MUNDO. **Galileu** [on-line]. s/l: Editora Globo, 2013[?]. Disponível em:
 <<http://revistagalileu.globo.com/Revista/Common/0,,EMI252235-17770,00-MAPA+DA+DEPRESSAO+BRASIL+E+O+PAIS+COM+MAIS+CASOS+NO+MUNDO.html>>. Acesso em 10 Out. 2016.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

- MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jun. 2015.
- MARTUCCI, Elisabeth Márcia. Estudo de caso etnográfico. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 25, n.2, p. 167-180, 2001.
- MILLER, Daniel. **Teoria das compras**: o que orienta as escolhas dos consumidores. São Paulo: Nobel, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, Jul/Set, 1993.
- NERI, Marcelo. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2008.
- NERI, Marcelo. **A nova classe média**. São Paulo: Saraiva, 2011.
- NETO, O. D. FERES-CARNEIRO, T. Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades. **Estud. psicol.** (Campinas), v.22, n.2, p.133-141, Jun. 2005.
- OLIVEIRA, Elisa Rezende. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Rev. LEVS/UNESP**, Marília, n. 9, p. 150-165, Maio 2012.
- OLIVETO, Paloma; RAMOS, Rebeca. Segundo OMS, 121 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo. Caderno Ciência e Saúde. **Correio Brasiliense**, 26/07/2011. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2011/07/26/interna_ciencia_saude,262663/segundo-oms-121-milhoes-de-pessoas-sofrem-de-depressao-em-todo-o-mundo.shtml>. Acesso em: 01 agosto 2016.
- ORLANDI, Eni. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 2 ed. Campinas, SP: Pontes, 2000.
- PEREIRA, Mônica Maria Costa Moraes. **Resiliência e Família**: uma análise dos laços conjugais ao longo do ciclo vital. São Paulo, 2014. 176 f. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Taubaté, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
- PORCELLO, Flávio Antônio Camargo; SARTORI, Débora. **Telejornalismo no Brasil**: A linguagem verbal e não verbal para atrair a nova classe média: *Television journalism in Brazil: the verbal and non verbal language to attract the new middle class*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<https://doaj.org/article/dd53e74467fd4b179cef81b0a2348241>>. Acesso em: 24 Maio 2015.
- PREFEITURA DE GUARATINGUETÁ. **Portal Oficial**. Disponível em: www.guaratingueta.sp.gov.br. Acesso em: 1o Abril 2016.
- RIBEIRO, Renato Janine. A cultura ameaçada pela natureza. Dupla Hélice 50 anos. **Pesquisa FAPESP Especial**. Abril 2003. Disponível em: http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2015/01/38_NATUREZA.pdf?09ee7b. Acesso em: 29 de abril de 2016.

ROCHA, Everardo; BARROS, Carla. Dimensões culturais do marketing: teoria antropológica, etnografia e comportamento do consumidor. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1-12, dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902006000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Junho 2015.

ROCHA, Tiago H. Rodrigues. O que a Histeria pós-moderna tem a denunciar. In AMBRA, Pedro Eduardo Silva & Jr, Nelson da Silva (Orgs.), **Histeria e Gênero: Sexo como desencontro**. São Paulo: Versos, 2014.

RODRIGUES, Fania. Felicidade que se vende. **Revista Caros Amigos**, ano XIX, n. 76, Ago. 2015.

ROTTENBERG, J. Entrevistador: BRANDALISE, C. A busca da felicidade nos deixa depressivos. **Revista Isto é**, São Paulo, ed. 2317, p. 8-10, 23 Abr. 2014.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUARATINGUETÁ. **Portal Oficial**. Disponível em: www.santacasaguara.com.br. Acesso em: 01 Abril 2016.

SANTOS, Amanda Viviam. **A controvérsia acerca do surgimento de uma “nova classe média” no Brasil: Uma Interpretação com Base Teórica**. 2013, (Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SANTOS, Eduardo Luís. **A Expansão do consumo de bens duráveis pelas famílias brasileiras via ampliação do mercado de crédito no Brasil desde Dezembro de 2008: Inclusão social ou endividamento social?** Rio Grande do Sul, 2013, 117 f. (Dissertação de Mestrado). Pelotas: UCPEL.

SANTOS, Karina. **Saúde e doença mental: um caso a se pensar**. Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/saude-e-doenca-mental-um-caso-a-se-pensar>. Acesso em: 30 out 2016.

SANTOS, Marcelo Justus dos; KASSOUF, Ana Lúcia. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Econ. Apl.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 5-26, Mar. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502007000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Ago. 2015.

SARAIVA, Luís Fernando de Oliveira et al. A "nova classe média": repercussões psicossociais em famílias brasileiras. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 52-61, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000100052&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Maio 2015.

SAROLDI, N. Notas sobre a indústria cultura e a sociedade excitada. In: **V Seminário Internacional: políticas culturais**. Rio de Janeiro, 7 a 9 de maio 2014, p. 1-11. Disponível

em: <<http://culturadigital.br/politicaculturalcasaderuibarbosa/files/2014/06/Nina-Saroldi.pdf>>. Acesso em: 15 junho 2015.

SARTI, Cynthia. Família como Ordem Simbólica. **Psicologia USP**, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603.pdf> . Acesso em: 10 Ago. 2015.

SCALON, Celi; SALATA, André. Uma nova classe média no Brasil da última década?: o debate a partir da perspectiva sociológica. **Soc. Estado**, v. 27, n. 2, p. 387-407, Ago. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Maio 2015.

SCIRÉ, Cláudia D’Ipolito de Oliveira. **Consumo popular, fluxos globais: práticas, articulações e artefatos na interface entre riqueza e pobreza**. São Paulo, 2009. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

SEDGWICK, Peter; EDGAR, Andrew (Orgs). **Teoria Cultural de A à Z: conceitos-chave para entender o mundo contemporâneo**. São Paulo: Contexto, 2003.

SIFUENTES, Lírian. **Todo mundo fala mal, mas todo mundo vê: Estudo comparativo do consumo de telenovela por mulheres de diferentes classes**. Rio Grande do Sul, 2014, 298 f. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SILVA MELO, Anna K. da; MOREIRA, Virginia. Fenomenologia da queixa depressiva em adolescentes: um estudo crítico-cultural. **Aletheia**, n. 27, v. 1, p. 51-64, jan.-jun. 2008.

SIMMEL, George. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio. (Org). **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 1973.

SOUZA, Ana Jasmim Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131-1140, Abril 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400026>>. Acesso em: 10 Ago. 2015.

SOUZA, Jessé. **Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

TEIXEIRA, Marcia de Oliveira. Resenha de “Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora?”, Jessé de Souza. Editora UFMG, 2010, 354 p. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 451-453, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Maio 2015.

TEPERMAN, Ricardo Indig. O rap radical e a “nova classe média”. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 37-42, Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000100037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Maio 2015.

YACCOUB, Hilaine. A chamada "nova classe média": cultura material, inclusão e distinção social. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 36, p. 197-231, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Maio 2015.

YÉPEZ-TRAVERSO, Martha. Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à Psicologia Social. **Rev. Estudos de Psicologia**, Natal, v. 4, n. 1, p. 39-59, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1999000100004>>. Acesso em: 05 fev 2016.

ZALCBERG, Malvine; AB' SÁBER, Tales; DUNKER, Christian; ALONSO, Silvia. Uma lente de aumento sobre o feminino no século XXI. **Percurso. Revista de Psicanálise**. n, 40, p. 139-148, Junho, 2008.

APÊNDICES

Apêndice I

Eixos norteadores para o Roteiro da Entrevista Individual Semiestruturada.

A gravação se inicia com o primeiro nome, idade, local onde reside e profissão da entrevistada.

Em seguida, é esclarecido que a entrevista será gravada para uso em pesquisa e que a cessão da mesma implica em autorização para uso exclusivo em pesquisa, preservando-se o anonimato da depoente.

1. Solicitar que a depoente fale a seu respeito e a respeito de sua vida cotidiana (história de vida, o que faz em seu cotidiano, família, relacionamentos afetivos, estudo, trabalho, lazer);
2. Solicitar que a depoente exponha seu estilo de vida (importa aqui coletar dados sobre seus hábitos, quais as motivações para se ter esse jeito de viver a vida);
3. Solicitar que a depoente exponha sobre suas práticas de consumo (o que compra, como e onde compra, por que compra; se sempre foi assim, ou algo mudou. Se mudou, foi a partir de quando e por quê);
4. Solicitar à depoente que fale o que significa ser mulher nos dias de hoje (qual sua função e papel, características, sua relação com o estilo de vida e práticas de consumo);
5. Solicitar que a depoente fale sobre sua “doença” (quando iniciou, motivos, causas, medicação, como se sente, se se sente excluído, incluído; qual a causa ou motivo que desencadeou o processo de adoecimento);
6. Perguntar à depoente o que pensa, de forma geral, sobre a sociedade nos dias de hoje (quais suas características, o que provoca as características apontadas, que relação existe entre a sociedade, a família e os indivíduos, etc.).

ANEXOS

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) em uma pesquisa que está sendo conduzida por uma aluna do Mestrado em Desenvolvimento Humano, da Universidade de Taubaté (UNITAU). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Estilo de vida e hábitos de consumo de mulheres e seus impactos no processo saúde-doença.

Pesquisadora Responsável: Ludmila Corrêa Gesualdi Chaves Gomes.

Telefone para contato: (12) 9.9163-6981, inclusive ligações a cobrar.

Orientador Responsável: Prof. Dr. André Luiz da Silva.

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cujo objetivo é conhecer e compreender **como o estilo de vida e hábitos de consumo de mulheres depressivas, pertencentes a nova classe trabalhadora, têm contribuído para a produção do processo saúde-doença**. Os dados serão coletados por meio do uso de uma entrevista individual (semiestruturada), na qual você terá que conversar sobre eixos de um roteiro.

As informações serão gravadas em mídia digital, analisadas pela pesquisadora, que, após transcritas, serão destruídas. Todo material transcrito será guardado por cinco anos. O anonimato será assegurado em todo o processo de pesquisa e de divulgação dos dados e publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. Os entrevistados terão o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. O material, em seguida, será analisado e essa participação dará a possibilidade de ampliar o conhecimento e compreensão de como se pode pensar **a formação da identidade a partir do consumo**. Tal proposta contribui posteriormente à construção de propostas de políticas públicas que visem à prevenção de certas formas de sofrimento psíquico prevalentes na sociedade contemporânea. Os resultados da pesquisa podem ser encontrados em relatório na Biblioteca da UNITAU (Universidade de Taubaté) a partir de dezembro de 2016.

Ludmila Corrêa Gesualdi Chaves Gomes

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,-----RG-----

abaixo assinado, concordo em contribuir com o estudo “*A formação da identidade a partir do consumo*”, como participante. Informo que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Ludmila Corrêa Gesualdi Chaves Gomes sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. E, ainda, foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Guaratinguetá: ____/____/____

Assinatura: _____ 201_.

Anexo II



UNITAU

Universidade de Taubaté
 Autarquia Municipal de Regime Especial
 Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78.924/76
 Reconhecida pela Portaria CEE/GP nº. 241/13
 CNPJ 45.176.153/0001-22

PRPPG – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
 Tel.: (12) 3625.4217 Fax: (12) 3632.2947
 prppg@unitau.br

Ofício nº PPGEDH – 012/2015

Taubaté, 03 de agosto de 2015

Prezado (a) Senhor (a)

Somos presentes a V.S. para solicitar permissão de realização de pesquisa e informações necessárias à Elaboração de Projeto de Pesquisa para Dissertação de Mestrado da aluna **LUDMILA CORRÊA GESUALDI CHAVES GOMES**, do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, intitulado **“ESTILO DE VIDA E HÁBITOS DE CONSUMO DE MULHERES E SEUS IMPACTOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL”**. O estudo será realizado com mulheres usuárias do Serviço de Saúde Mental, diagnosticadas com depressão e em tratamento, sob orientação da Prof. Dr. André Luís da Silva.

Para o desenvolvimento desta, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com eixos norteadores, elaborados exclusivamente para este fim. Ressaltamos que o projeto da pesquisa passará para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté.

Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos no Programa de Pós-Graduação da Universidade de Taubaté, no endereço Rua Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.020-040, telefone (12) 36241657 ou (12) 9.9163-6981.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon
**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E
 DESENVOLVIMENTO HUMANO- PPGEDH**

Ilmo Sr. Secretário de Saúde
 Edison Riccomi
 Avenida Doutor Carlos Rebelo Júnior, 265 - Vila Paraiba
 Guaratinguetá - SP



Anexo III



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTILO DE VIDA E HÁBITOS DE CONSUMO DE MULHERES E SEUS IMPACTOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Pesquisador: LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48023615.0.0000.5501

Instituição Proponente: SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.226.983

Apresentação do Projeto:

Objetiva conhecer de que maneira essas questões acontecem conhecendo o estilo de vida e hábitos de consumo das pessoas pertencentes à Classe Trabalhadora, segundo a perspectiva da mulher depressiva; interpretando quais os significados por elas atribuídos à produção do seu processo saúde/doença mental; e também verificando a relação que estabelecem entre características da sociedade contemporânea e características de sua vida (transcrito do projeto)

Objetivo da Pesquisa:

Verificar como o estilo de vida e hábitos de consumo de mulheres depressivas, pertencentes à Classe Trabalhadora, tem influenciado no seu processo saúde/doença mental e os significados por ela atribuídos a este processo (transcrito do projeto)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende as recomendações da Resolução 466/12 e as normas complementares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para a área de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende as recomendações da Resolução 466/12 e as normas complementares.

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
 Bairro: Centro CEP: 12.020-040
 UF: SP Município: TAUBATE
 Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 E-mail: cepunitau@unitau.br



UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ -
UNITAU



Contribuição do Parecer: 1.226.883

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendida a solicitação do parecer anterior.

Considerações Finais e critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião de 11/08/2015, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	31/08/2016 14:44:08	LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.doc	31/08/2016 14:41:56	LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES	Aceito
Outros	TCLE_1.docx	31/08/2016 15:24:24	LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Comite.docx	31/08/2016 15:27:35	LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Secretaria.doc	02/08/2016 16:36:21	LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTITUICAO.doc	02/08/2016 16:38:10	LUDMILA CORRÊA GESUADI CHAVES GOMES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_596895.pdf	02/08/2016 16:40:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro CEP: 12.020-040
UF: SP Município: TAUBATÉ
Telefone: (12)3636-1235 Fax: (12)3636-1235 E-mail: cep@unitau.br