

SUBJETIVIDADE E COMPLEXIDADE SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES À PESQUISA SOCIAL^a

SUBJECTIVITY AND SOCIAL COMPLEXITY: CONTRIBUTIONS TO SOCIAL RESEARCH

Sônia Regina da Cal Seixas BARBOSA^b

RESUMO

O presente artigo procura contribuir para o debate sociológico através de uma reflexão teórico-metodológica sobre a subjetividade e a complexidade social como temas importantes à pesquisa social. Essa reflexão tem ocorrido de longa data através de pesquisas, que tem sido desenvolvidos pela autora, em diferentes cenários sociais e geográficos, onde tem se procurado entender à presença da depressão enquanto uma morbidade que exige um olhar para além da abordagem psiquiátrica, e que procura incorporar outras dimensões teóricas, quer seja a Sociologia e a Psicanálise, visando com isso reconhecer a depressão como uma categoria importante para a análise da sociedade contemporânea.

Palavras-chaves: subjetividade, complexidade social, depressão, pesquisa social.

ABSTRACT

The present article looks to contribute to the sociological debate through a theoretical and methodological reflection on subjectivity and social complexity as important themes for social research. This reflection has been present in my research for a long time, having been developed in different social and geographic locations, where it has tried to understand the presence of depression as a pathology that can be seen beyond the psychiatric demands, and that looks to incorporate other theoretical dimensions, involving Sociology and Psychoanalysis, aiming with this to recognize depression as an important category for the analysis of contemporary society.

Keywords: subjectivity, social complexity, depression, social research

^a Parte deste artigo foi apresentado no III Encontro Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Ambiente e Sociedade - ANPPAS - GT: Saúde e Ambiente, Brasília, 23 a 26 de maio de 2006

^b Doutora em Ciências Sociais, UNICAMP. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais (NEPAM) – UNICAMP. Professora da Faculdade de Ciências Sociais, CCH – PUC-Campinas. srcal@uol.com.br

Introdução¹

O presente artigo procura contribuir para o debate sociológico através de uma reflexão teórico-metodológica sobre a subjetividade e a complexidade social como temas importantes à pesquisa social. Essa reflexão tem ocorrido de longa data através de pesquisas, que tem sido desenvolvidas pela autora, em diferentes cenários sociais e geográficos, onde tem se procurado entender à presença da depressão enquanto uma morbidade que exige um olhar para além da abordagem psiquiátrica, e que procura incorporar outras dimensões teóricas, tais como a Sociologia e a Psicanálise, visando com isso reconhecer a depressão como uma categoria importante para a análise da sociedade contemporânea.

Assim é importante destacar que a depressão esta sendo considerada como a expressão da subjetivação, no indivíduo, das manifestações oriundas de um cotidiano complexo, levando-se em conta todos os aspectos que essa afirmativa pode conter: questões econômicas globais, mudanças na relação com a natureza, violência urbana, condições de empregabilidade, condições de moradia, relações pessoais, impotência frente à realidade social, dentre as mais significativas. Enfim um intenso *mal-estar da civilização*, que tem impedido a busca utópica da felicidade plena, prometida pelo iluminismo e capitalismo contemporâneo.

O problema social intrínseco reside na afirmação que as características desta época tão complexa como a que se vive, têm um peso sobre a sociedade e, conseqüentemente, sobre o indivíduo. Não se pode negar, no entanto, que as sociedades democráticas, sob vários aspectos, possibilitem ganhos políticos e de acesso a inúmeros serviços públicos, mas que a opressão para a maioria dos indivíduos continua a existir em todos as suas dimensões e faz emergir uma totalidade histórico-social interligada, abrangente e desconhecida no seu conjunto. Estrutura diferenciada esta que imprime novas abordagens políticas, espaciais, culturais, sociais e temporais, para os diversos segmentos sociais, podendo alterar as condições subjetivas de existência para os indivíduos.

Essa reflexão tem sido possível não só por conta da constituição de um arcabouço teórico investigativo. Mas

também pelo desenvolvimento de algumas pesquisas que tem permitido suporte empírico que possibilitam reconhecer uma íntima relação entre as transformações socio-ambientais recentes na Sociedade, e a presença de algo que não quer ou não pode ser explicitado pelo discurso dos indivíduos (BARBOSA, 1990, 1996, 2002, 2002 a, 2005 e 2006).

As pesquisas realizadas pela autora aconteceram nos municípios de Paulínia, Campinas, Bragança Paulista, Sumaré, Piracicaba, no estado de São Paulo; Itaipu (RJ) e mais recentemente no litoral norte paulista, especificamente nos municípios de Ilhabela, Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba.

Várias foram às estratégias metodológicas desenvolvidas para a realização das mesmas. Partindo-se do conhecimento prévio das comunidades, através de contatos anteriores e da literatura produzida sobre as mesmas², foram consideradas estratégias metodológicas importantes: 1) observação da realidade cotidiana; 2) observação das instituições dos municípios como prefeituras, secretarias de saúde, unidades básicas de saúde, unidades de saúde mental, sub-prefeituras, e Centros de Apoio Psico-social (CAPS) das localidades; 3) entrevistas com dois grupos de profissionais da saúde – os diretamente envolvidos nas unidades básicas de saúde de referência das comunidades (clínicos, psiquiatras, coordenadores de serviços, dentre alguns), e, outros que tem desenvolvido pesquisas, ou realizam atendimento clínico a pacientes com diagnóstico de depressão e/ou outros tipos de sofrimento psíquico (psicanalistas, psiquiatras, analistas transpessoais, acupunturista, etc). Por último, entrevistas com alguns dos acometidos das comunidades.

A existência de *algo que era dito de forma metafórica*, e que pôde ser percebido na primeira das pesquisas realizadas, ficou evidente durante uma entrevista com um médico do antigo Centro de Saúde Escola de Paulínia. Em seu depoimento, o médico explicitou que havia inúmeros pacientes que se apresentavam ao serviço expressando uma *profunda tristeza, com idas constantes ao serviço ambulatorial por causa de nariz escorrendo, ou, como diagnosticado por ele, com doença da alma, não descrita em nenhum manual de medicina que se conheça* (BARBOSA, 1990: 150).

¹ A pesquisa que origina esse artigo foi realizada com recursos financeiros da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP – (processos ns. 03/00175-3 e 04/10685-1), pelo qual agradeço.

² Vale destacar: Lima, 1997; Pessanha, 2003; Barbosa, 1990; 1996, 2002, 2003, 2005 e 2006; Begossi, 2003 e 2004. Barbosa e Begossi, 2004, dentre algumas.

Assim, o enfoque metodológico privilegiado nas pesquisas referidas, partiu desse aspecto apontado pelo profissional de saúde. E procurou analisar alguns aspectos sociais mais significativos e a realidade cotidiana de seus moradores, através da expressão difusa de sintomas manifestos no corpo, que se apresentavam pela queixa do *sentir-se doente*, e a incapacidade de evidenciar suas necessidades e sofrimentos, pela expressão verbal das questões fundamentais que enfrentava no cotidiano. (BARBOSA, 1996).

A observação de usuários de serviços básicos de saúde foi privilegiada, na medida em que se priorizaram as trajetórias de exaustiva repetição dos mesmos aos Serviços, com sintomas mórbidos como dores, sensações corpóreas, insônia, além de tristeza e medo, refletindo em seus corpos uma dor do *existir social*. Essa dor pode estar traduzindo a ausência de expressão verbal e política, e a impotência frente à construção de um projeto individual e social de vida. Essa trajetória não foi em nada fácil, pois representou uma *via crucis* aos serviços de saúde, percorrendo várias das especialidades oferecidas nos serviços e sendo, por fim, *acolhida*³ na área de saúde mental, com todo o significado que isso implica: alta medicalização, internações hospitalares, bem como a perda de referências importantes para o viver.

A abordagem da expressão social da subjetividade vai de encontro à afirmação de Castoriadis (1992), quando ressalta que os indivíduos são fabricados pela sociedade a partir de um material primário, reconhecido como psique. A psique é desta forma especial, porque mesmo podendo ser rígida ou estanque no indivíduo que se manifesta, possui plasticidade em relação à formação social que a subjuga, é capaz de preservar um núcleo orgânico e *uma imaginação radical*, que tanto poderá se expressar como sonho, doença psíquica, transgressão, mas também como expressão especial vinculada a uma capacidade impar de transformação social.

Desta forma, analisar as expressões subjetivas é uma possibilidade que se instaura a partir da singularidade dos achados empíricos, procurando contribuir para repensar de maneira abrangente, a concepção de sociedades complexas e muito dos conceitos como o de qualidade de

vida e de identidade social. Concorrendo para ampliar o debate, porque o esforço que aqui se empreende resulta da perspectiva da constituição de *um novo olhar*, ou conceitualmente de um *olhar multireferencial*. Ressaltando-se que olhar multireferencial é aquele que considera a sociedade atual em suas formas complexas, diversas e plurais, e a partir dessa consideração reconhece a necessidade da multiplicidade de olhares e de linguagens para captar a realidade e a tradução do que de fato está procurando espaço de expressão⁴.

Tentar responder a essas perguntas abre um leque de possibilidades teóricas. E é em Lacan (1998), que se aposta para trazer à tona essa perspectiva. Em uma citação exemplar ele nos diz que:

Freud assumiu a responsabilidade – ao contrário de Hesíodo, para quem as doenças enviadas por Zeus avançavam para os homens em silêncio – de nos mostrar que existem doenças que falam, e de nos fazer ouvir a verdade do que elas dizem, parece que essa verdade, à medida que sua relação com um momento da história e com uma crise das instituições nos aparece mais claramente, inspira um temor crescente nos praticantes que perpetuam sua técnica (Lacan, 1998: 216).

Se existem doenças que falam como Freud afirmou e Lacan reforçou, a pergunta que aflora é o que elas estão querendo dizer. O sofrimento psíquico que se manifesta nesta medida sob a forma da depressão propõe-se a dizer o que sobre os indivíduos e suas condições sociais e ambientais? Esse sofrimento psíquico que em geral mescla uma série de elementos, tais como tristeza, apatia, busca da identidade, narcisismo, imputa imensas dificuldades para a clínica psiquiátrica, já que como ressalta Roudinesco (2000), o indivíduo acometido pela depressão evidencia a descrença nas instituições, nas diferentes formas de organização social, nos sistemas de saúde e por fim, até, nas terapias.

Os indivíduos sentindo-se a margem dos processos sociais e econômicos, e não conseguindo verbalizar suas carências, podem iniciar um processo de somatização (via sintomas difusos pelo corpo), ou de depressão, para

³ Esse termo tem sido largamente usado nos programas de saúde pública e está centrado na idéia da universalidade e humanização dos serviços de saúde (<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/buscar.cfm>), 29 de janeiro de 2004. Na área de saúde mental, no meu entender, esse termo pode gerar um sentimento de passividade frente à relação médico-paciente e criar uma expectativa falsa em relação ao profissional ou mesmo ao serviço.

⁴ Sobre o conceito de multireferencialidade reporto o leitor para Barbosa (1998), especificamente Posfácio (p. 200 – 205).

expressar seus problemas, ao invés de assumi-los, sobretudo como um discurso político - *político* - no sentido de organização, e da possível viabilidade de transformação social -. Esse aspecto é que permite considerar a depressão como categoria teórica metodológica fundamental para entender a complexidade social atual.

2. A construção de um outro olhar sobre a depressão

O estudo sobre o sofrimento psíquico, a doença mental e mesmo a depressão são temas ricos e que tem sido objeto das Ciências Humanas. A sociologia contemporânea, a filosofia e a psicanálise já se debruçaram há muito tempo sobre esses temas, sendo que muitas vezes metaforizados como *as dores da alma*. Trabalhos importantes têm sido produzidos com essa abordagem e, nos anos 1960 Bastide, sociólogo francês, escreveu uma obra clássica sobre a doença mental, a partir da abordagem disciplinar exclusiva da sociologia⁵.

No entanto, é possível fazer um grande retorno no tempo, já que o trabalho pioneiro que se tem notícia sobre o sofrimento psíquico data de 1621, na Inglaterra, através da obra *Anatomy of melancholy*, de um vigário e reitor inglês chamado Robert Burton. Esse registro histórico foi importante não pela novidade do tema, já que os gregos tinham se dedicado a estudar a melancolia muito tempo antes de Burton, mas em função da obra ter tornado-se um *best-seller*, esgotado várias edições e ter enriquecido seu editor, o que para sua época é um fato bastante significativo (BURTON, 2001 e SCLiar, 2003).

Em 1917 Freud, definiu melancolia em contraposição ao luto, como sendo *um desânimo profundamente penoso e 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 a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação, culminando numa expectativa delirante de punição* (FREUD [1917], 1999: 89-90). Segundo Delouya (2001), Freud parte de uma intuição inicial que obteve em 1895 sobre a melancolia: a articulação da mesma, com o estado *esperado* e conseqüentemente normal de luto, ou em outras palavras, o elo da depressão melancólica com a

nostalgia de algo perdido (DELOUYA, 2001: 29–36). Assim, na linguagem psicanalítica a perda do objeto, a separação e o luto parecem constituir um eixo possível para o estudo da depressão.

Os estudos sobre a depressão desta forma sugerem várias abordagens. Continuando com a linha da psicanálise, tem-se em Winnicott (1999), uma afirmação significativa, quando ressalta que depressão traz consigo a hipocondria e a introspecção (WINNICOTT, 1999). Ainda de acordo com o autor para entender a depressão há que se considerar: primeiro a *depressão tem um valor*, embora não esquecendo que um indivíduo deprimido, em estado severo, pode colocar em risco sua vida; segundo a depressão pertence à esfera da psicopatologia, e mesmo que seja severa e incapacitante, demonstra que para os indivíduos saudáveis é passageira, não importa o quanto tempo dure uma crise; e por fim, é um fenômeno comum e quase universal, relacionado com o luto, com a capacidade de sentir culpa e com o processo de maturação, pois sempre indica a força do ego e permitirá ao indivíduo sair da crise, tornando-o mais capacitado para a vida.

Fédida afirma de forma enfática que se existe uma doença do *vivente humano, ela seria por definição, a depressão* (FÉDIDA, 2002: 12), sobretudo porque sua forma de expressão se dá por uma sensação de imobilização, um impedimento de se sentir os menores movimentos da vida, quer seja interna ou externa, na verdade uma total abolição de qualquer devaneio ou desejo, sobrepondo o que o autor descreve como se pensamentos, ações e linguagem fossem totalmente dominadas por uma *violência do vazio*.

No entanto, esses aspectos acabam por se constituir num paradoxo. Porque ao mesmo tempo em que se apresenta com significados importantes para evidenciar o sofrimento humano, também está sendo banalizada e generalizada, já que como afirma o autor, a psiquiatria não tem tempo e talvez interesse para *observar e escutar* o paciente, reduzindo a depressão a uma questão da realização de um preciso e competente diagnóstico e da prescrição de antidepressivos. O autor reconhece a importância desses procedimentos, mas chama a atenção no sentido de que essa exclusividade que pode acontecer no tratamento exclui a possibilidade de reconhecimento do *sujeito* que sofre e conseqüentemente de seu aniquilamento psíquico.

⁵ Para maiores detalhes consultar Bastide, 1967.

Em outra obra, Fédida (1999), faz uma referência importante ao *vazio* que acompanha os estados depressivos. Esse *vazio*, diz respeito à impossibilidade de se fazer ouvir, primeiro por si próprio e depois pelo outro. Mas, também o vazio é uma metáfora, já que representa a hipótese do isolamento, da privação sensorial como medida de conservação de si, em estado de perigo. Na realidade, o autor supõe a partir da releitura de Freud, Lacan, Winnicott e Klein, aliadas a sua vasta experiência clínica, que o *vazio* presente de forma inexorável na depressão, precisa ser objeto de escuta do analista, já que assume valor de um conceito pela frequência com que está presente nas descrições dos pacientes deprimidos. Já que a psicanálise é o conhecimento da fala e de seus significantes, e não do corpo como aponta Fédida, poderá representar a necessidade de um tempo de espera que dê sentido a existência, portanto o vazio não é a morte, mas um ponto de apoio para cura.

O que pode apontar a leitura psicanalítica? Pode indicar um caminho para se refletir sobre o significado da depressão nos dias atuais. Na medida em que tanto a melancolia como diversas outras formas de sofrimentos psíquicos estão sendo diagnosticadas e *medicalizados* como depressão, permitindo que se possa afirmar que no século atual a depressão assumiu o caráter de pandemia, muito provavelmente em função da sofisticação das possibilidades diagnósticas, do desenvolvimento das concepções bioquímicas e da gama de medicamentos ao dispor da psiquiatria atual. Recentemente surgiram duas obras que dedicaram atenção especial a esse aspecto. Em Solomon (2002), pode se pinçar alguns trechos bastante elucidativos:

Há duas modalidades de tratamento para a depressão: terapias da fala, que lidam com palavras, e terapias de intervenção física, que incluem os cuidados farmacológicos e o eletrochoque (TEC). Reconciliar a compreensão psicossocial com a compreensão psicofarmacológica da depressão é difícil, mas necessário. É extremamente perigoso e comum considerar um tratamento em detrimento do outro. A medicação e a terapia não deveriam competir por uma população limitada de depressivos: deviam ser terapias complementares que podem ser usadas juntas ou separadamente, dependendo da situação do paciente. (...) É moda os psiquiatras darem primeiro a causa da depressão (baixo níveis de serotonina ou antigos traumas são os mais populares) e depois, como se houvesse um vínculo lógico, a cura (...) (SOLOMON, 2002: 96);

(...) É verdade que a medicação tem nos libertado, mas todos devemos nos importar com as origens da doença (...). O debate que coloca a medicação em oposição à terapia é ridículo (SOLOMON, 2002: 98).

Wolpert (2003) é ainda mais enfático ao afirmar que existe uma corrente poderosa que afirma que a depressão depende de sua capacidade de aumentar a quantidade de neurotransmissores no cérebro, em especial a serotonina e a noradrenalina. O autor analisa a fundo os diversos tipos de medicamentos colocados à disposição da população e seus efeitos, e as formas diferenciadas para tratar da depressão. E destaca ainda que o desenvolvimento de medicamentos para seu tratamento é caro e demorado, pois as conclusões sobre suas ações e efeitos colaterais serão permitidas quando efetivamente o medicamento estiver disponível no mercado e sendo consumido por um significativo número de pessoas. A observação empírica e as várias entrevistas com profissionais de saúde indicaram que é extremamente perigoso não medicar um paciente com depressão severa, mas também é um risco exclusivamente medicá-los sem ocorrer *escuta* ao sujeito deprimido.

Delouya (2001) foi brilhante ao trazer um questionamento que se aplica a esse debate ou *pseudodebate* como salientam alguns. Na realidade o psicanalista ancorado nas leituras dos pioneiros da psicanálise, e em sua experiência clínica, coloca a seguinte questão:

Podem os estudos da chamada pesquisa clínica, que estabelece correlações estatísticas entre as doenças afetivas – classificação de acordo com os respectivos diagnósticos – e o efeito da administração dos psicotrópicos, nos ensinar algo sobre o universo psíquico do doente? (DELOUYA, 2001: 27).

A crítica do autor recai na constatação de que essas pesquisas, não têm relevância alguma para a investigação biológica que procura evidenciar hipotéticos desvios dos mecanismos bioquímicos em ação, já que o tipo de abordagem não se vincula metodologicamente aos diagnósticos. E enfatiza que para a psiquiatria os procedimentos de acompanhamento dos pacientes estão em sua maioria calcada na objetividade de um protocolo onde o paciente é instigado a responder sobre suas

condições de sono, alimentação, convívio familiar, atividades sexuais, dentre outras. Ou seja, a frequência ou tipo de manifestação de cada uma dessas categorias. No entanto, a psicanálise procura averiguar o *sujeito* que é detentor de um saber próprio sobre cada uma dessas abordagens e, principalmente de sua capacidade de abertura para cada uma dessas situações, de seus *fantasmas* e do seu discurso sobre o que se passa nele.

Embora lembrando que a depressão tenha sido introduzida no século XVIII, não se pode negar que assumiu hoje uma característica importante em função de sua *íntima ligação com os pilares da vida social* (DIAS, 2003:84), muito em função de que o sistema econômico atual qualifica-se por uma economia livre, marcada por ritmos ciclotímicos. E essa oscilação vai marcar a posição dos sujeitos que estão na dependência das diferenças de oferta do mercado de trabalho. E, nesse sentido, a perda de lugar, é co-extensiva à estruturação da vida social, permitindo a afirmação, de que diante de tal conjuntura, a depressão é solidária do avanço da sociedade capitalista, com todas suas transformações e riscos impostos pela modernidade. Por fim, o sujeito na posição depressiva mobiliza a fuga que é promovida pela acumulação do capital, qual seja a experiência da queda como sinônimo da falência (DIAS, 2003).

Nessa perspectiva vale o resgate do que o pai fundador da psicanálise fazia no início do século XX. Na obra *o Mal-estar da civilização*, Freud já alertava que:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado a decadência e a dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez seja o mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos fatidicamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes. (FREUD [1930], 1997: 25).

O importante a chamar atenção sobre essa afirmativa de Freud, é que, mesmo considerando a perspectiva da abordagem psicanalítica, o autor já apontava para pensar o sofrimento do ponto de vista coletivo, destacando os

fatores externos como causa, também, da constituição de sintomas do sofrimento humano. Assim, pensar as *dores da alma* sob essa dimensão requer considerar a questão da cultura, pois que a vida psíquica do homem moderno está situada entre duas possibilidades: de um lado, *os sintomas somáticos* e de outro, *as transformações dos desejos em imagens* (KRISTEVA, 2002). E dentro dessa perspectiva ela possui pouco espaço de expansão, podendo inibir-se e até fenecer, anulando por concreto a possibilidade de expansão através do discurso. A expansão do discurso é que constrói o sujeito, e é esse sujeito que define um projeto social.

Desta forma, a construção desse sujeito necessita considerar a cultura ao qual está inserido, e sobre esse aspecto, vários autores têm tratado essa categoria como fundamental quer seja através do seu caráter de proteção quanto ao sofrimento psíquico, quer seja em seu caráter de construtor de tal sofrimento (KLEINMAN, 1985).

Não só a consideração da cultura auxilia a evidenciar o sofrimento psíquico, mas os estudos interculturais podem contribuir sobremaneira para elucidá-los e, predominantemente, colaborar para distinguir o que é normal do que é anormal, ou seja, a forma como um transtorno é vivido, expressado e percebido por diferentes grupos sociais (KLEINMAN, 1985; WOLPERT, 2003). Sobretudo, porque podem evidenciar a que tipo de risco os diferentes grupos sociais estão submetidos, considerando os fatores sociais que submetem os indivíduos a um grau de sofrimento e como se expressam para lidar e superar suas dificuldades enquanto indivíduo e enquanto sujeito social.

É importante no trato teórico da depressão, enquanto categoria singular em sua construção na modernidade, destacar alguns pontos que permitam considerar seu caráter multireferencial, a partir das múltiplas possibilidades analíticas, evitando, desta forma um reducionismo conceitual. As experiências empíricas e teóricas, baseadas em pesquisas que foram realizadas pela autora (BARBOSA, 1990 e 1996), têm sido fundamentais, permitindo afirmar que o que se observava entre os pesquisados, é que embora apresentassem sintomas eminentemente corpóreos - *metáforas corpóreas* - eram impulsionados às unidades básicas de saúde em uma repetição cotidiana aos serviços, em suas diferentes especialidades, sendo por fim, exclusivamente, recebidos na área de saúde mental e diagnosticados como depressivos ou portadores de outros transtornos psíquicos.

No entanto, nas pesquisas mais recentes (BARBOSA, 2002, 2002a e 2003), essa cisão entre corpo e mente, sintomas corpóreos, queixas físicas diversas e sofrimento psíquico, que essa categoria analítica poderia supor, deixou de ter significado teórico-metodológico significativo, sobretudo porque a abordagem teórica atual tem permitido significativos avanços na incorporação dessa dinâmica, como se poderá observar a seguir.

Em Fédida (2002) é destacado o caráter hipocondríaco ou psicossomático, presente na depressão. E esse aspecto é bastante significativo e expressivo dos intensos sintomas que são apresentados por esses pacientes e conseqüentemente justificariam suas idas constantes aos serviços de saúde. Em importante exemplo clínico o autor chama atenção para o fato de que na fala de um paciente deprimido pode-se perceber sua preocupação com um único pensamento durante meses, de que *a doença mortal está incubando sob a depressão* (FEDIDA, 2002: 12). Na leitura do autor é apontado que *essa doença mortal, ao qual se refere o paciente poderia estar sendo imaginada como um câncer*, e surgiria de forma estrondosa, caso o estado depressivo desaparecesse de repente. Desta forma é permitido supor que os sujeitos deprimidos exprimem muitas vezes pensamentos hipocondríacos, e que tratam deliberadamente da morte, a morte por um órgão vital ter sido comprometido (FEDIDA, 2002: 12).

Assim, tanto quanto o aspecto exclusivamente mental, depressivo, de derrota, ou sob a problemática hipocondríaca ou de sintomas físicos podem estar às mesmas dificuldades e as agruras de lidar com a vida cotidiana, as transformações sociais e ambientais do mundo contemporâneo perpassados pela psique. O *viver social* e a dificuldade de contribuir para a construção de um projeto de sociedade podem ocasionar impasses para o indivíduo, que muitas vezes não sabe como responder a essa demanda. O ser humano cria mecanismos diferenciados para lidar e expressar sua angústia existencial e sua *dor*: seja ela uma sensação corpórea, um *travamento* da coluna cervical ou uma tristeza profunda que o deprimiu e o incapacitou para as atividades da vida cotidiana⁶.

Outro aspecto a ser mencionado, diz respeito à consideração que deve ser levada em conta, com relação ao avanço dos diagnósticos dos estados depressivos e do sofrimento psíquico em geral na sociedade. O que se

percebe hoje e cada vez mais é a presença e o temor que a incidência de depressão causa na sociedade contemporânea. Wolpert (2003:15) destaca que o efeito que a depressão exerce sobre os serviços de atendimento de saúde tem sido enorme. Cita para comprovar sua afirmação que recente relatório – *Global Burden of Disease* – da Organização Mundial de Saúde, aponta que a depressão foi o quarto problema de saúde mais importante no mundo em desenvolvimento em 1990, responsável por 3% da carga total de doença, e prevê que ela será o principal problema de saúde no mundo em desenvolvimento em 2020, com uma expectativa de ser responsável por 6% da carga total de doença.

Outra recente publicação sobre a depressão, adverte-se que 3% dos Norte-Americanos (algo em torno de 19 milhões de pessoas) sofrem de depressão crônica, sendo que dois milhões deles são crianças e, a doença maníaco-depressiva (também conhecida como transtorno bipolar), acomete 2,3 milhões de pessoas, sendo considerada a segunda causa que mais vitimiza mulheres jovens e a terceira que mais vitimiza homens jovens. Nos países em desenvolvimento, a depressão responde pela maior parte do volume de doenças, calculada pelas mortes prematuras e de anos-vida saudáveis perdidos pela incapacidade, do que qualquer outra, exceto doenças cardíacas (SOLOMON, 2002:24–25).

Com isso pode-se afirmar que o sujeito na modernidade é fruto de uma série de referências e passa a construir o seu discurso a partir das mesmas. Assim, o importante a acrescentar é que o mundo atual promove uma transformação sem precedentes na subjetividade e é nesse sentido que será possível entender melhor as sociedades contemporâneas se a complexidade social atual for levada em conta. Com isso os olhares devem ser múltiplos, mas sedimentados na contribuição da sociologia para a auto-reflexão da sociedade e auxiliando a entender outras formas possíveis de organização e relacionamentos sociais, que poderão ser viáveis para a coletividade e para a construção do sujeito contemporâneo (DOMINGUES, 2001).

Por isso, se faz presente à urgência de ampliar o *olhar* e de abordagens multireferenciais para se captar o conflito entre a complexidade social e a vivência individual e coletiva. É evidente que não será possível pensar em problemas socio-ambientais de sociedades complexas e

⁶ Essa afirmação é baseada no conflito paradigmático que se nota, e que resulta nas abordagens diferenciadas entre psiquiatras e outras vertentes como a psicanálise, a homeopatia, a medicina chinesa, dentre algumas das mais significativas.

em suas soluções, caso não se reconheça à importância da articulação entre o indivíduo e a sociedade (BARBOSA, 1999). É esse o maior desafio que as pesquisas desenvolvidas se colocam. Desafio esse que aponta uma reflexão importante no sentido de captar a multireferencialidade que os dados empíricos indicam, bem como, as possibilidades teóricas para analisá-los.

Assim, o sujeito com bem destaca Giust-Desprairies (1998), é a fonte e o artesão da coerência subjetiva, que permite o encontro entre suas diferentes significações e um projeto social, que será estabelecida numa relação de tensão. Nessa concepção o sujeito é o indivíduo em sua relação com os outros *na invenção, na conflitualização e na alienação do laço social* (GIUST-DESPRAIRIES, 1998: 164), estando, desta forma, engajada ou buscando seu engajamento em uma dinâmica social codificada e estruturada, que permite sua compreensão, através de significantes bastante definidos, como a fala, suas expressões corporais e a expressão de seu sofrimento psíquico. O estudo da depressão, assim, será compreendido nesta articulação. E mais que tudo, a depressão como fruto de uma sociedade fragmentada e pouco articulada politicamente.

3. Algumas considerações Finais

Ao finalizar essas reflexões, vale ressaltar alguns pontos importantes, ressaltando-se que neste artigo trabalhou-se exclusivamente parte da reflexão teórica sobre o estudo da depressão e sua contribuição à pesquisa social. A pesquisa sobre a depressão e sua íntima relação com as transformações socio-ambientais, vem de encontro à compreensão da complexidade social nas sociedades contemporâneas, na medida em que possibilita uma contribuição mais ampla à pesquisa social em suas diferentes abordagens teórico-metodológicas. Reconhecendo-se, nesse sentido, a importância que o próprio objeto exige, da incorporação de uma abordagem interdisciplinar, pois que impossível para a pesquisadora, frente a essa temática, fechar-se num monólogo disciplinar.

No entanto, buscou-se ultrapassar uma referência conceitual inicial (interdisciplinaridade), através da incorporação de uma outra proposta conceitual (multireferencialidade), procurando reconhecer a significativa questão social que a depressão e as transformações socio-ambientais atuais, representam para

o entendimento da complexidade social. Nesse sentido não se pode desprezar o papel fundamental do sujeito para a questão social e em suas diferentes abordagens das Ciências Sociais, sem abrir mão, no entanto de incorporar a psique e a subjetividade, em tal análise.

Aliado a essa perspectiva o aprofundamento do diálogo com os *acometidos* (aqueles com diagnóstico de depressão ou somatização), os diferentes sujeitos sociais, porque é através do discurso desses sujeitos que se espera avançar no entendimento da abordagem teórica da complexidade social. Essa escuta deve perpassar a história de vida, mas considerar a identificação dos problemas socio-ambientais das comunidades, cenários de inserção da complexidade social atual, onde estão envolvidos. Permitindo, desta forma, reconhecer uma série de considerações a respeito da associação que o sujeito é capaz de reconhecer entre a depressão e seu mundo externo e as transformações socio-ambientais presentes em seu cotidiano.

E, para finalizar, não se pode esquecer que como foi bem lembrado por Hillman que *a melhora da qualidade de vida depende da reestruturação de uma linguagem que preste atenção às qualidades da vida* (HILLMAN, 1993: 12).

Bibliografia de referência

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Industrialização, ambiente e condições de vida em Paulínia, SP. As representações de ambiente e saúde para médicos e pacientes. Dissertação de Mestrado em Sociologia, IFCH/UNICAMP, 1990.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Qualidade de vida e suas metáforas. Uma reflexão socio-ambiental. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, IFCH/UNICAMP, 1996.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. *Dores sentidas, dores vividas*. Cadernos do ICH – PUC-Campinas, Campinas, n. 09, 1999.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Contribuições a um olhar diferenciado sobre sociedades complexas: a qualidade de vida e as transformações socio-ambientais nos pólos petroquímicos de Duque de Caxias, RJ e Paulínia, SP. Relatório técnico, FAEP (n.01081/2001), 2002.

- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. *Qualidade de vida em Itaipu, Niterói, Rio de Janeiro*. Relatório de atividades – In: BEGOSSI, Alpina. *Pesqueiros e territórios na pesca artesanal. Parte II: áreas costeiras do Rio de Janeiro e da Bahia*. Relatório parcial de pesquisa – FAPESP, n. 01/00718-1, 2002a
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. *Qualidade de vida em Itaipu, Niterói, Rio de Janeiro*. Relatório de atividades – In: BEGOSSI, Alpina. *Pesqueiros e territórios na pesca artesanal. Parte II: áreas costeiras do Rio de Janeiro e da Bahia*. Relatório final de pesquisa – FAPESP, n. 01/00718-1, 2003
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas e BEGOSSI, Alpina. *Fisheries, Gender and Local Changes in Itaipu Beach, Rio de Janeiro, Brazil: an individual approach*. Revista Multiciência, (revista eletrônica dos Centros e Núcleos da Unicamp, www.multiciencia.unicamp.br), maio de 2004.
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. *Qualidade de vida em sociedades complexas: a depressão entre trabalhadores da indústria petroquímica e pescadores artesanais*. Relatório final FAPESP (processo, n. 03/00175-3), 2005.
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. *Ambiente, subjetividade e complexidade. Um estudo sobre depressão no litoral norte paulista*. Relatório parcial FAPESP (processo, n. 04/10685-1), 2006.
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. *Ambiente, subjetividade e complexidade. Um estudo sobre depressão no litoral norte paulista*. Projeto Individual FAPESP (processo, n. 04/10685-1), 2004 a, em andamento.
- BASTIDE, Roger. *A Sociologia das Doenças Mentais*. São Paulo, EDUSP/Cia. Editora Nacional, 1967.
- BEGOSSI, Alpina. *Pesqueiros e territórios na pesca artesanal. Parte II: áreas costeiras do Rio de Janeiro e da Bahia*. Relatório final de pesquisa – FAPESP, n. 01/00718-1, 2003.
- BEGOSSI, Alpina. *Ecologia de Pescadores da Mata Atlântica e da Amazônia* (org). São Paulo: HUCITEC/NEPAM-UNICAMP/NUPAUB-USP/FAPESP, 2004.
- BURTON, Robert. *Anatomy of melancholy*. New York, The New York Review of Books, 2001.
- CASTORIADIS, Cornelius. *As encruzilhadas do labirinto 3: o mundo fragmentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- DELOUYA, Daniel. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DIAS, Mauro Mendes. *A posição do sujeito na depressão: uma abordagem psicanalítica*. In: Caderno do Seminário: Neuroses e Depressão Lições I à IV. Campinas: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2003.
- DOMINGUES, José Maurício. *Sociologia e modernidade. Para entender a sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar da civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- FREUD, Sigmund. *Luto e melancolia*. In: FREUD, S. *Artigos sobre metapsicologia*. Rio de Janeiro: Imago, 1999.
- FÉDIDA, Pierre. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.
- FÉDIDA, Pierre. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2002.
- GUIST-DESPRAITTES, Florence. *Reflexão epistemológica sobre a multireferencialidade*. In: BARBOSA, Joaquim Gonçalves (org). *Multireferencialidade nas Ciências e na Educação*. São Carlos: EDUFSCar, 1998.
- HILLMAN, James. *Cidade & Alma*. São Paulo: Studio Nobel, 1993.
- KLEINMAN, Arthur (editor). *Culture and depression. Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California: University of California Press, 1985
- KRISTEVA, Julia. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
- LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- SCLIAR, Moacir. *Saturno nos trópicos. A melancolia européia chega ao Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- SOLOMON, Andrew. *O Demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- WINNICOTT, Donald. *Tudo começa em casa*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- WOLPERT, Lewis. *Tristeza maligna. A anatomia da depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

