



DEPRESSÃO E ANGÚSTIA: MODOS DE EXPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Maria Bruna Mota Pereira¹
Jane Moreira de Azevedo²

RESUMO: Este artigo é o resultado de uma pesquisa de iniciação científica realizada no ano de 2015, na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, campus Arcos, com o objetivo de investigar a relação entre o fenômeno da depressão e angústia. O interesse em pesquisar o tema surgiu a partir da constatação da alta incidência do diagnóstico de depressão nos dias atuais. Esse diagnóstico é tão predominante que pode ser descrito como uma epidemia da depressão. Esta pesquisa investiga se a depressão é resultado do estilo de vida dos dias atuais e qual é a relação entre depressão e angústia. A metodologia de pesquisa utilizada foi bibliográfica. Assim, o fenômeno da depressão foi investigado por um viés social, psiquiátrico e psicanalítico. No contexto psicanalítico, este foi demarcado pela perspectiva dos termos “depressão” e “angústia”, a partir da concepção elaborada por Freud e Lacan. A análise da literatura disponível revela que 7,6% da população brasileira com mais de 18 anos apresenta este diagnóstico e que este representa 11,2 milhões de pessoas em todo o território nacional. Observamos também que existe uma relação entre angústia e depressão, causada pelo conflito entre o que o Outro exige de nós e por aquilo que o sujeito não consegue tolerar em relação aos próprios desejos. A partir deste preceito, consideramos que não é possível evitarmos o mal da depressão, pois este é um modo singular do sujeito significar as próprias experiências vividas.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Angústia; Contemporaneidade; Desejo.

ABSTRACT: This paper is the result of an undergraduate research internship carried out in 2015, at Universidade Católica de Minas Gerais, Arcos campus, and aimed at investigating the relationship between the phenomenon of depression and anguish. The interest in researching the theme emerged from the discovery of a high incidence of the diagnosis of depression in the present day. This diagnosis is so prevalent it can be described as an epidemic of depression. This research investigates whether this is caused by our current lifestyle, and what is the relationship between it and anguish. The research methodology employed was bibliographic. Thus the phenomenon of depression was investigated from a social, psychiatric and psychoanalytic angle. In the context of psychoanalysis, it was explored in the perspective of the terms "depression" and "anguish" according to the definitions made by Freud and Lacan. An analysis of the available literature reveals that 7.6% of the Brazilian population over 18 years is diagnosed with depression, and that this represents 11.2 million people throughout the country. We also observed that there exists a relationship between anguish and depression, caused by the conflict between what the Other requires of us and what the subject cannot tolerate in respect of his/her own desires. It follows from this that we cannot prevent ourselves suffering depression as this is the subject's unique way to give meaning to their own experience.

KEYWORDS: Depression; Anguish; Contemporaneity; Desire.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa intitulada “Depressão e Angústia: modos de expressão na contemporaneidade”. A pesquisa citada foi realizada no ano de 2015, por meio do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC) na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Unidade Arcos, e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

¹ Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).

² Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Psicóloga clínica e professora assistente IV da PUC Minas. Coordenadora do Curso de Psicologia da PUC Minas Arcos. janemazevedo@gmail.com

A proposta da pesquisa consistiu em estudar e identificar a relação entre depressão e angústia na contemporaneidade, perpassando por questões relacionadas ao capitalismo e a sociedade atual. Sendo assim, considerou-se que a depressão é um mal que pode assolar qualquer sujeito (SOLOMON 2014). Nesse sentido, a pesquisa se atentou em abordar as causas e influências para o desenvolvimento da depressão; a visão psiquiátrica do transtorno; as teorias psicanalíticas sobre os conceitos de depressão e de angústia e os dados estatísticos sobre a epidemiologia depressiva.

A depressão consiste num transtorno mental que recebe atenção e estudos de especialistas há várias décadas (EHRENBERG, 2004). Segundo o autor, a depressão se tornou destaque de atenção da psiquiatria na década de 70, sendo que os epidemiologistas da época a consideraram o transtorno mais disseminado na ocasião. Com o passar das décadas esta disseminação não se modificou, pois em meados de 1999, por exemplo, a depressão era a doença que mais incapacitava as mulheres, tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos (ANDRADE, 1999). Ainda nos anos 90, 13% das incapacitações, em escala mundial e independentemente do sexo, se deviam à depressão, sendo que este número chegava a 23% em países desenvolvidos.

Nos dias de hoje, em que o sujeito vive a mercê de uma sociedade capitalista³, seu sofrimento e adoecimentos podem ser maximizados devido ao ritmo de vida ao qual se vê impedido. Tal ritmo de vida diz de uma rotina de muito trabalho, marcada pela necessidade de adquirir capital para a obtenção dos bens materiais como um todo, donde o “ter” por vezes está acima do “ser”. Nesse sentido, Pacheco Filho (2005) diz que os seres humanos receberam um legado de sofrimento do capitalismo, como por exemplo, as desigualdades e injustiças sociais.

Percebe-se que a marca do mundo contemporâneo⁴ é a marca da exploração e do controle social. O sujeito se vê forçado a viver uma realidade que não foi “escolhida”, mas imposta por uma ordem social que lhe é pré-existente, ordem tal que se evidencia inclusive nas formas de adoecer nos dias de hoje. Porém, observa-se que nem sempre foi assim. Segundo Aquino e Martins (2007), na sociedade industrial, o trabalho ocupava lugar central na vida das pessoas, no que tange sua inserção social e também como fator essencial na constituição da subjetividade na sociedade. É possível pensar, então, que o sujeito, por meio de seu trabalho, representava papel significativo no mundo social, o que refletia em sua identidade e subjeti-

³ O termo “sociedade capitalista” se refere ao capitalismo como sistema econômico vigente em determinadas sociedades, o qual influencia as relações e crenças da sociedade em geral. (Nota das autoras).

⁴ “Mundo contemporâneo” se refere à atualidade, isto é, os dias atuais, enfatizando as sociedades em que o sistema econômico é controlado pelo capitalismo. (Nota das autoras).

vação. Já na sociedade contemporânea, nota-se que o sujeito nem sempre é ator de si, mas por vezes objeto de consumo do próprio sistema que o induz a gastar cada vez mais.

Nota-se ainda que na contemporaneidade há uma exigência social de produtividade, bem como a demanda de um estado de felicidade pleno, o que pode gerar no sujeito certa ambivalência psíquica: experimentar sua subjetividade *versus* atender às demandas sociais. Tal questionamento também pode levar esse sujeito a se deparar com a angústia, que para Lacan (1962-1963/2005) é afeto da maior importância na teoria psicanalítica, o qual mobiliza o sujeito consideravelmente. Esse conceito será melhor discutido no decorrer deste artigo.

Assim, neste cenário contemporâneo em que a vivência da angústia é relegada a um plano secundário, propiciando o desenvolvimento de psicopatologias e transtornos mentais, a depressão responde, nos dias atuais, à questão da angústia? E se sim, de que forma?

Segundo estudos analisados por Andrade (1999), doenças como os transtornos depressivos já vinham, na década de 90, substituindo de forma rápida quadros como a desnutrição e doenças infectocontagiosas em países situados no dito Terceiro Mundo⁵.

Fédida (2014) ressalta que a depressão não é típica da contemporaneidade, visto que a psiquiatria, por exemplo, já empenhou estudos sobre a mesma no passado. No entanto, o autor reconhece na atualidade uma epidemia depressiva.

Entender os motivos que levam o sujeito a deprimir, como um quadro depressivo se instala e desenvolve, e qual a relação deste transtorno com a angústia e sua expressão na contemporaneidade, é de grande relevância para os profissionais que atuam na saúde mental, na saúde pública e na clínica.

2 DEPRESSÃO: CONCEITO, CAUSA E INFLUÊNCIAS

Historicamente, o conceito de depressão surge no século XVIII (RODRIGUES apud MONTEIRO; LAGE, 2007), a partir do quadro de melancolia, que foi descrito por Esquirol “[...] como um quadro comportamental de tristeza, abatimento, desgosto de viver, que se faz acompanhar de um delírio ou idéia (sic.) fixa” (MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 112).

⁵ O termo “Terceiro Mundo” surgiu no período da Guerra Fria para designar os países que não se posicionaram ao lado dos Estados Unidos da América (EUA) ou da União Soviética (URRS). A intenção do uso do termo era diferenciar os países do eixo de disputa EUA X URRS dos países “desalinhados”, carregando em seu cerne um sentido político. Hoje, tal termo se encontra em desuso, mas foi substituído por outro, os “países em desenvolvimento”, que reflete uma polarização mundial econômica (FARIA, 2016).

Cabe ressaltar que, neste momento, existia distinção entre melancolia e depressão, que se fez difundida até os anos 80, quando o interesse da psiquiatria se dava apenas na melancolia, sendo a depressão um sintoma da mesma.

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a depressão é enquadrada nos Transtornos do Humor (Afetivos), relacionados pelos códigos de F-30 a F-39, sendo que estes transtornos apresentam como perturbação fundamental a alteração do humor, ou então do afeto, “no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007, p. 324). Acompanham também alterações na atividade total do sujeito.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) também enquadra a depressão de forma semelhante, sendo esta descrita no item “Transtorno do Humor”, dividido em: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação, Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II, Transtorno Ciclotímico, Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação, Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno do Humor Induzido por Substância e Transtorno do Humor Sem Outra Especificação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [DSM- IV], 2002).

Com o lançamento do DSM V em 18 de maio de 2013, algumas mudanças diagnósticas ocorreram em relação à depressão. Segundo Araújo e Lotufo Neto (2014), na versão mais recente do Manual a depressão é abordada no capítulo “Transtornos Depressivos”, que conta com novos diagnósticos para discutir a patologização de comportamentos normais e os números superestimados de depressão. Assim, foi incluído o “Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor” como um novo diagnóstico, caracterizado por temperamento explosivo com sérias e frequentes manifestações verbais ou físicas de agressividade, as quais são desproporcionais em intensidade ou duração ao contexto em que ocorre. Outra inclusão é o “Transtorno Disfórico Menstrual”, o qual se tornou, nesta versão, um diagnóstico validado. Os diagnósticos de Depressão Crônica e Distímia foram condensados no “Transtorno Depressivo Persistente”. Em relação ao “Transtorno Depressivo Maior”, seus sintomas centrais foram conservados, sendo aceitos agora especificadores, tais como “com Características Mistas” e “com Ansiedade”. Uma questão a ser considerada é a polêmica em torno da retirada do luto como critério da exclusão do “Transtorno Depressivo Maior”, pois, no DSM V pode-se aplicar tal diagnóstico àqueles que passaram pela perda de uma pessoa querida há menos de dois anos. Desta forma, observa-se que no DSM V há grandes possibilidades de uma abordagem médica para estados não patológicos. Contudo, tal mudança se deu para que indivíduos que experi-

mentem reações comuns de forma patológica recebam o devido tratamento, incluindo farmacoterápico, quando necessário.

Como pontuado anteriormente, o termo depressão foi introduzido pela psiquiatria. A biologia, como ciência-guia da psiquiatria, é responsável pela ideia de que a depressão é uma doença que pode ser originada, tratada e curada biologicamente (NOGUEIRA FILHO apud MONTEIRO; LAGE, 2007).

Rosa e Silva (2010) discorrem que uma das causas da depressão está atrelada a fatores neuroquímicos, sendo que a falta destes no organismo podem alterar as emoções. A serotonina, a noradrenalina e a dopamina apresentam ligação direta ao estado de ânimo das pessoas. Se esses neurotransmissores sofrerem alterações, o indivíduo terá seu estado afetivo comprometido. Nesse sentido, a maioria dos antidepressivos age produzindo o aumento de disponibilidade de serotonina no espaço entre um neurônio e outro. Além disso, quando as atividades do Sistema Límbico diminuem, o bem-estar é afetado diretamente, sendo que poderão ser despertados sentimentos de angústia, mal-estar e pensamentos negativos.

Pelo fato de haver estudos que apontam causas multifatoriais para a depressão (NARDI, 2000), além das origens biológicas, se faz necessário levar em conta as origens psicológicas do fenômeno depressivo; para tanto, utilizaremos aqui as contribuições da psicanálise para tal discussão.

Salienta-se que psiquiatria e psicanálise tratam a depressão de modos distintos: enquanto a psiquiatria trata a questão como um transtorno que é passível de ser medicado, a psicanálise irá investigar a função desta na vida do sujeito e conseqüentemente quais as questões que se encontram por detrás disso.

Nessa visão, Siqueira (2007) tem a dizer que na maioria das vezes, a psiquiatria tampona a dor com comprimidos, ao contrário da psicanálise, que abre espaço para que o sujeito possa remediar seu sofrimento por meio da palavra.

A visão de Freud em relação à melancolia é que esta é caracterizada como um estado de ânimo extremamente doloroso, donde é suspenso o interesse pelo ambiente externo, perdida a capacidade de amar, inibida a capacidade de realizar tarefas e depreciado o sentimento-de-si (FREUD, 1917/2006). A depreciação de si mesmo apresenta-se na forma de censuras e insultos que o sujeito dirige a si, crescendo até alcançar uma expectativa delirante de ser punido. Este último sentimento é fundamental para diferenciar a melancolia do quadro de luto, pois todos os estados citados antes são características comuns entre luto e melancolia.

Nesse sentido, Fédida discorre que

[...] reserva-se, para a melancolia, a indicação de formas mais severas de inibição motora e afetiva, assimbolia, nas quais pode ocorrer a alternância de episódios maníacos e de paralisia, e, para a depressão, indicar-se-ão quadros clínicos bem definidos de neurose ou sintomas que se apresentem nas mais diversas neuroses, onde a elaboração dos lutos aí está colocada. (FÉDIDA apud MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 113).

Ainda, nota-se que a melancolia se desencadeia diante da perda do objeto amado. Nestes casos, é comum existir a perda sem poder notar o que foi perdido, ou seja, no sujeito melancólico não é possível vislumbrar precisamente o que se perdeu.

Mas, o que causa a melancolia? Para Freud, a origem da melancolia se dá numa ligação objetal considerada como uma catexia de baixo poder de resistência, sendo então liquidada. Como a libido não é direcionada desloca-se ao ego de forma a estabelecer uma identificação deste ao objeto perdido. Assim, a perda objetal se torna uma perda do próprio ego.

Para Freud, também, a melancolia é uma neurose narcísica, de modo que a doença se instala pela morte ou perda do objeto de amor, incluindo situações de desprezo, descontentamento ou desconsideração, de modo que podem ocorrer sentimentos opostos de amor e ódio. Sendo assim, na teoria freudiana, se o sujeito não abandona o objeto de amor e não renuncia seus instintos amorosos, o ódio é acionado e surge a satisfação em torturar o objeto escolhido. Essa autotortura na melancolia, que é agradável, corresponde ao fenômeno da neurose obsessiva, a saber, a satisfação que tende ao sadismo e ao ódio relacionados ao próprio eu do sujeito. Portanto, existe um gozo nessa condição melancólica.

Ressalta-se ainda que o ego só pode matar a si mesmo quando ele puder se tratar como objeto, de modo que ocorra uma reversão da escolha objetal narcísica; sendo o ego, no momento atual, o objeto, esse último passa a ser mais potente que o primeiro.

A melancolia se relaciona com a mania no sentido de que a primeira pode se transformar na segunda. É como se ambos os pacientes, diagnosticados com mania ou melancolia, sofressem do mesmo tipo de complexo: o conteúdo relatado é o mesmo.

Diferentemente da melancolia assinala-se que o estado depressivo surge como aquele em que a tristeza aparece de forma considerável, que impede o sujeito de viver de forma satisfatória e prazerosa, talvez até sem desejo.

Há de se considerar que alguns autores relacionam a depressão à neurose e a melancolia à psicose, o que significa considerar a segunda mais grave que a primeira.

Para Quinet (2009), a depressão não pode ser considerada como um sintoma no sentido analítico, mas como um estado que se caracteriza por dor, tristeza e falta de vontade. Ao conceituar a depressão como um sintoma, o que ocorre é a medicalização da mesma, no qual a

depressão seria apenas a ponta do iceberg. Tendo a psicanálise o papel de se posicionar contra o movimento comandado pela psiquiatria e pela indústria farmacêutica, é dever dos psicanalistas combater a ideologia de que a dor da perda deve ser tratada por remédios. Também, segundo o autor, o luto é o modelo de estado depressivo para os freudianos, e ambos, luto e melancolia, não remetem a uma doença que se desenvolve no sujeito, visto que o estado depressivo não é um sintoma. Tais traços vão dizer da posição do sujeito como objeto. “Na neurose, a tristeza e seu cortejo fúnebre indicam a posição do sujeito como objeto de gozo na fantasia” (QUINET, 2009, p. 222).

Outro autor que contribui para o entendimento da depressão dentro da perspectiva psicanalítica é Jacques Lacan, o qual apresenta outros pontos de vista sobre a questão depressiva. Em Lacan (1974/2003), a depressão é abordada, do ponto de vista ético, como covardia moral, em que o sujeito deprimido cede o seu desejo. A covardia moral aparece aqui numa perspectiva ética; particularmente a ética do desejo, uma vez que a depressão se constitui então como fracasso do homem, pois este não age segundo seu desejo. Sendo assim, o sujeito desaparece, torna-se morto-vivo negando a si próprio, encontra-se aí o sentido da covardia moral.

Pode-se pensar aqui que, na contemporaneidade, a depressão pode aparecer quando o sujeito deixa de viver seu desejo para responder às demandas sociais de produtividade e felicidade plenas.

Segundo Perét (2003), na clínica lacaniana a depressão corresponde a uma paixão da alma, ou seja, um afeto, que pode acontecer em qualquer momento da vida do sujeito ante as perdas e acasos da vida. Para a autora, “A depressão e a tristeza não são consideradas na clínica psicanalítica como um sintoma, ao contrário são definidas como uma falta do sujeito em bem dizer sobre o seu desejo. É uma resposta do sujeito frente à angústia” (PERÉT, 2003, p. 51).

Se para Lacan (1959) o sujeito é o sujeito do desejo, o sujeito do inconsciente, essa dor é consequência de uma forma de negação da supremacia do desejo, ou seja, eis que a dor aparece quando o sujeito foge de seu desejo.

Trazendo a discussão ao cenário capitalista, vê-se que desde a implementação de tal sistema como ordenador das relações econômicas e de trabalho, o que existe é a lógica da mais-valia. Para Marx (1867/2004) a mais-valia se refere à utilização da mercadoria como valor de troca no mercado, sendo que esse valor só pode ser obtido por meio da força de trabalho dos homens. Assim, o trabalho é a única maneira de agregar valor às coisas, pois sem o esforço humano o meio ambiente não pode ser transformado em objetos de utilidade. Portanto, não é o dinheiro em si que adiciona valor aos produtos, mas a materialização do trabalho

humano. Também não é o consumidor o sujeito explorado no capitalismo, mas sim o trabalhador, que vê sua força de trabalho ser transformada em mercadoria e adquirida pelo empregador.

Para Lacan, ao vender suas horas de trabalho para o capitalista, o sujeito está renunciando seu próprio gozo (1969-1970/1992). E isto ocorre no capitalismo de forma velada, como se o sujeito recebesse um salário justo por sua jornada de trabalho (LUSTOZA, 2009). Também o capitalista, sem exceção, renuncia ao gozo, pois de modo geral, o empresário não usufrui dos produtos fabricados por sua empresa; seus produtos não são para consumo próprio, mas sim produzidos pelo seu valor de troca, ou seja, o capitalista renuncia o uso de seus produtos em detrimento do que seria um mais-gozo, que é a mais-valia (REGNAULT apud LUSTOZA, 2009). O capital, assim, denota dinheiro que é utilizado para gerar sempre mais dinheiro, num movimento que não tem limites (LUSTOZA, 2009).

Considerando o consumo de mercadorias, Santi (2009) contribui com a ideia de que a cultura contemporânea impõe um imperativo de gozo imediato, o qual se reflete na compra dos produtos oferecidos pelo mercado.

O capitalismo está sempre a criar oferta e demanda por produtos, que já saem da indústria obsoletos, justamente para que mais demanda seja criada, e novos produtos confeccionados, e assim por diante. Nesse processo, o sujeito tenta saciar sua insatisfação com a compra de mercadorias ou serviços diversos, de modo que o discurso capitalista obtém êxito no que se propõe a fazer, que é transmutar a insatisfação constitutiva do desejo do sujeito em uma insatisfação controlada pelo mercado (LUSTOZA, 2009). Sabe-se, a partir da psicanálise, que a falta é essencial para a constituição do sujeito, e que esse vazio nunca poderá ser totalmente tamponado. Como coloca Santi (2009), o acesso aos bens e objetos nunca traz a felicidade que se imagina poder alcançar por meio deles.

Assim, o sujeito sofre constante alienação no capitalismo, em que a identidade e a singularidade do trabalhador são apagadas pela voracidade do sistema. Se antes o produto era realizado a partir do talento pessoal do operário, hoje o mesmo se torna supérfluo, pois basta apertar um botão e a máquina já está a realizar todo o trabalho (LUSTOZA, 2009).

Nessa lógica, não só as mercadorias se tornam objetos de consumo, mas a própria relação humana é banalizada como tal. Para Quinet (2016), o capitalismo não promove o laço social, mas o enfraquece, pois tanto os objetos de consumo são de utilização rápida e curta como os parceiros se tornam conectáveis e desconectáveis ao alcance da mão.

Todo esse contexto pode oportunizar o surgimento de conflitos e adoecimentos psíquicos, não só àquele que vende sua força de trabalho como àqueles que se permitem escravizar pelas demandas capitalistas.

Para Deloya, a depressão é um modo de o sujeito lidar com as questões atuais, as quais são as novas exigências sociais na contemporaneidade, tais como o desemprego, o sucesso no trabalho, o avanço tecnológico, o individualismo. Dessa forma, a depressão se constitui como uma forma de regular a vida psíquica, sendo uma forma de reagir ao mal-estar da civilização. (DELOYA apud MONTEIRO; LAGE, 2007).

Nos dias atuais, a depressão surge como uma forma de resposta aos imperativos e impasses da cultura que, ao oferecer um arsenal de antidepressivos, cria a oferta que cria a demanda de sujeitos que se encaixam nessa categoria. Ao mesmo tempo em que, aparentemente, acolhe o sujeito, o exclui, tendo em vista que a depressão vai contra o ideal capitalista de produção. O sujeito, então, se protege diante do signo da depressão, que o inclui e exclui no capitalismo vigente. É visto que, nos dias de hoje, sustentar o próprio desejo é quase inviável na atual cultura. A depressão é, portanto, o oposto do desejo (SIQUEIRA, 2007).

Outro ponto da atualidade a se destacar é o fato de que o diagnóstico de depressão vem sendo altamente difundido pela mídia e pela indústria farmacêutica, de forma nem sempre adequada. Seu tratamento avançou mais na última década do que em toda a história da medicina. Dessa forma, muitas vezes o único tratamento enfatizado para o transtorno é a medicalização, excluindo-se a possibilidade de o sujeito falar de si e analisar suas particularidades em relação à sua própria depressão, o que é um grande erro, tendo em vista que a psicanálise pode contribuir de maneira grandiosa para o tratamento da depressão, conferindo-lhe entendimento para além da ordem da doença (MONTEIRO; LAGE, 2007).

E a angústia, onde entra nisso?

3 REVISITANDO O CONCEITO DE ANGÚSTIA

Segundo Hanns (1996), o termo alemão *Angst* designa em seu sentido literal “medo” e, de forma geral, é traduzido para o português como “ansiedade”, pela vertente de tradução inglesa, ou “angústia”, pela vertente francesa. Assim, nem sempre é possível distinguir os termos “medo”, “ansiedade” e “angústia” entre si. Eventualmente, Freud utilizou em seus textos *Furcht* (“temor”), sendo que tanto esse termo como *Angst* podem responder à “ansiedade” e raramente à “angústia”. A rigor, nenhum dos dois termos equivale em alemão à “ansiedade” e “angústia”.

Em sua época e sociedade, Freud (1930/1996) já dizia que os homens não se sentiam confortáveis na civilização. Também discorreu sobre o papel das condições culturais em relação à felicidade, além do tratamento objetivo destas questões. Para ele, “a felicidade é algo essencialmente subjetivo” (FREUD, 1930/1996, p. 97). Depreende-se daí a relevância de se levar em conta o que é de particular do sujeito.

Entretanto, não se pode negar as influências de fatores externos e/ ou sociais nas condições psíquicas, mas ressaltar que não apenas elas – as influências externas – determinam o sujeito: o que o determina é a forma como ele, *subjetivamente*, responde às demandas *externas*. Entender como essa relação de mão dupla ocorre, é uma questão.

Em Freud (1926/1996) o conceito angústia perpassa por dois pontos de vista que se complementam: a angústia como consequência do recalque e a angústia como causa do recalque. O autor também diz que este conceito é muito difícil de se definir.

Para Freud (1932/1996), a angústia é decorrente de um excesso de excitação presente no aparelho psíquico. E é justamente por este excesso que o desprazer virá à tona. Sendo assim, a angústia é um modo de desprazer. Desta forma, pode-se dizer que a angústia é um afeto desconfortável, desagradável e negativo. E que de acordo com Freud sua origem pode estar localizada em momentos remotos da vida do sujeito.

Este excesso de excitação no aparelho psíquico é ocasionado pela libido. Excesso de uma energia que tem papel indispensável na condução dos processos do aparelho psíquico, mas que, se descarregada de forma desproporcional, vem a desencadear processos dolorosos e possivelmente de adoecimento (FREUD, 1926/1996).

Metapsicologicamente, a angústia está nas bordas da pulsão. Seus representantes vão ao inconsciente, o qual é constituído pela linguagem, ideias e imagens. O afeto, que não pode ser recalado, circula pelo corpo em busca de se realizar. Assim, seus destinos transformam-se nos pulsionais, e podem retornar ao próprio sujeito na forma de sufocamento, aceleração do coração e outros. Em alguns momentos, por sua vez, pode ser sublimado, e escapa como abreação de energia, uma espécie de efeito catártico daquela carga de afeto que virá a se renovar. A sublimação necessita de linguagem, e daí o fracasso se esta não buscar as representações, que são as deslocções daquilo que foi recalado.

A angústia também pode se desdobrar do passivo ao ativo e vice-versa. A contenção do sujeito, no entanto, aparece no corpo, como conversão ou mesmo somatização. Ainda para Freud, a angústia não tem nome e nem objeto, revelando as marcas do pulsional. O medo tem objeto definido, a ansiedade apresenta um marco temporal de algum acontecimento ou anun-

ciando algum perigo. Dessa forma, medo e ansiedade encontram mais significado na linguagem que a angústia, a qual é uma condição indispensável para a vida.

Uma das possíveis origens da angústia poderia estar no nascimento, que se constitui como um trauma para o sujeito. Então, toda vez que o sujeito experimenta angústia em sua vida revive a cena traumática do nascimento. Mas isto é algo um tanto arriscado para se afirmar, pois a angústia envolve muito mais complexidade que isso: afeto, libido, impulsos, etc.

Freud afirma que “o ego é a sede real da angústia” (FREUD, 1926/1996, p. 140). Sendo assim, segundo ele, a angústia não pode ser atribuída ao superego, pois em se tratando de um estado afetivo, só pode ser sentida pelo ego. O id também não pode sentir angústia, visto que não pode emitir julgamentos de perigo. Entretanto, pode ocorrer que processos no id façam com que o ego produza angústia.

A angústia do ego é motivadora para os recalques, em relação aos processos do id. Também, processos que ocorrem no id podem ativar situações de perigo que levam o ego a sinalizar a angústia. Ou seja, tanto a angústia pode originar o recalque como pode ser produzida por ele.

“Vemos, então, que não se trata tanto de remontarmos aos nossos primeiros achados, mas de pô-los em harmonia com descobertas mais recentes” (FREUD, 1926/1996, p. 140). Isto é, o próprio Freud chega à conclusão que suas duas colocações sobre a teoria da angústia, já expressas anteriormente, são corretas, se complementando uma a outra.

Na perspectiva lacaniana, a questão da angústia é tratada de forma um tanto distinta. Lacan retorna a Freud sim, mas lança uma nova perspectiva para a teoria da angústia.

Segundo Harari (1997), ao tratar-se da angústia a postura lacaniana é de centrar-se num afeto da maior relevância para a psicanálise, na verdade o afeto que mais lhe interessa, pois para Lacan a “angústia existe enquanto afeta o sujeito” (HARARI, 1997, p. 24).

A experiência da angústia revela ao sujeito que este é um sujeito barrado, constituído por uma falta que o cinge, sendo então que ele não pode ser apenas UM sujeito. Há mais nele do que muitas vezes ele possa se aperceber. Há mais complexidade do que muitas vezes é possível notar. E no meio de toda complexidade existe também um buraco, que é a falta, essencial para sua constituição.

Quando, no entanto, a falta não se coloca, abre-se espaço para aquilo que era destinado a continuar oculto, e que se torna manifesto. É uma irrupção pontual e não duradoura, consistindo em uma experiência que arrebatava o sujeito e o aniquila. Está aí a angústia (HARARI,

1997). Eis que, quando o sujeito encontra-se com o real⁶, com aquilo que “não deveria” aparecer, com aquilo que não consegue nomear, ele depara-se com a angústia. Como Lacan bem pontua, a angústia é a irrupção do real no simbólico (LACAN, 1962-1963/2005).

Lacan (1963/2005) também demarca que a angústia indica uma catástrofe, mas vai para muito além disso. Não pode ser descrita como uma emoção, mas como um afeto, lembrando que o afeto não pode ser recalçado, isto é, não se recalca a angústia; a angústia faz produzir o recalque⁷.

Retomando à problemática desse trabalho, se a depressão é tratada pela psiquiatria como um sintoma a ser curado, e pela psicanálise como a posição do sujeito como objeto, a ponta do iceberg diante do recuo do desejo, como a depressão pode responder à angústia?

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Além do estudo bibliográfico empregado, a pesquisa também levantou dados epidemiológicos acerca da depressão, os quais serão retratados a seguir.

Em 2013, foi realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) um estudo intitulado *Pesquisa Nacional de Saúde: percepção dos estados de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*, no qual apresentou-se números consideráveis em relação à depressão. Tais números se referem à proporção da depressão nas regiões e estados brasileiros, bem como no país.

A partir do estudo, estima-se que no Brasil 7,6% das pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas, por algum profissional de saúde mental, com depressão. Este dado representa um número de 11,2 milhões de pessoas, sendo a prevalência de 8% na zona rural e 5,6% na zona urbana. Os números das regiões Sul e Sudeste representam os maiores percentuais de diagnóstico de depressão, sendo 12,6% e 8,4% respectivamente. Ressalta-se que a região Sul apresenta percentual maior que a média nacional. Em relação ao sexo, a prevalência de depressão foi maior no sexo feminino, sendo de 10,9%. No sexo masculino, o percentual é de 3,9%. Sobre o uso de medicamentos, 51,2% dos homens e 52,3% das mulheres que referiam

⁶ Termo empregado por Jacques Lacan para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. A relação do real com a angústia se dá justamente pelo fato que esta advém como consequência da não simbolização, uma vez que o real é aquilo que escapa, que foge qualquer contorno simbólico, pois este é impossível de se nomear. (ROUDINESCO; PLON, 1998).

⁷ Para Freud o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente. Este é um processo que visa manter no sistema inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico da pessoa. (Nota das autoras).

diagnóstico de depressão faziam uso de medicação. A proporção média do país foi de 52,0%. Em relação à psicoterapia, 16,4% das pessoas declararam essa modalidade de tratamento, e 46,4% receberam assistência médica nos últimos 12 meses (IBGE, 2013).

Ao considerar-se o número de 11,2 milhões de brasileiros acometidos pela depressão, percebe-se que são muitas as pessoas sofrendo com a doença, o que pode, inclusive, ser um problema de saúde pública. Considerando que a depressão pode atrapalhar as atividades diárias das pessoas, como o trabalho, o afastamento desses sujeitos das atividades laborais pode significar prejuízos econômicos para os empregadores, e para os cofres públicos, que gastará com medicamentos e atendimentos especializados para essa população. Pensar na prevenção seria uma saída mais interessante para a população e para o país. A maior prevalência no sexo feminino corrobora com o estudo de Andrade, Viana e Silveira (2006), em que a depressão também apresentou maiores índices em mulheres. A diferença das taxas de depressão entre homens e mulheres vem sendo observada em várias regiões do mundo, por meio da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e de critérios diagnósticos operacionais. Para as autoras, a maior taxa de depressão em mulheres sugere a influência de motivos variados, tais como fatores hormonais – os esteroides femininos, em particular o estrógeno, atuam na modulação do humor, explicando em parte a maior prevalência de transtorno do humor e de ansiedade no sexo feminino –, fisiológicos, psicossociais e ambientais. Outras teorias explicam a maior persistência de depressão em mulheres devido as pressões sociais, estresse crônico e a pouca satisfação relacionados ao desempenho de papéis que, por tradição, são considerados femininos, além da forma diferencial dos gêneros de resolver problemas e buscar soluções. Sobre a psicoterapia e uso de medicações, é interessante notar que, a maioria das pessoas opta pelo tratamento medicamentoso em detrimento do atendimento psicológico, o que sugere que há um desejo de “cura” rápida, evitando o “desconforto” de enfrentar o próprio sofrimento, de esmiuçá-lo e realizar novos construtos. Não se faz, aqui, uma defesa contra a medicação. Apenas acredita-se que esta, sozinha, pode não solucionar todos os problemas de uma patologia que envolve causas multifatoriais.

Em relação aos dados do estado de Minas Gerais, 11,1% das pessoas referiram diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental. No sexo feminino, o percentual foi de 15,1%, maior que o percentual estadual, e no sexo masculino, 6,6%. Em relação aos medicamentos, 54,4% dos mineiros declaram utilizá-los, sendo o percentual feminino de 52,9% e o percentual masculino de 54,9%, ligeiramente maior que a média do estado. Entre os mineiros, 14,0% declararam frequentar psicoterapia, sendo 10,2% entre as mulheres e 23,9% entre os homens, dado novamente maior que a média mineira. Em relação à assistência médica, 38,9%

das pessoas disseram que receberam assistência para a depressão. O percentual de mulheres foi de 35,5% e, o percentual de homens, de 40,2%, maior, portanto, que a média do estado mineiro (IBGE, 2013).

Ao se comparar o percentual mineiro das pessoas que referem diagnóstico de depressão (11,1%), com o percentual do país (7,6%), questiona-se o que levaria este Estado a apresentar índices maiores que o restante do país como um todo. Tais dados apontam a necessidade de outros estudos que verifiquem tal observação. Ressalta-se que os dados dos demais estados, isoladamente, não foram considerados pelo presente estudo, visto que o objetivo é analisar dados do estado de Minas Gerais, e do Brasil em geral.

Observa-se que apesar de o diagnóstico de depressão ser mais frequente em mulheres, os homens foram os que mais procuraram atendimento para tratar a patologia ou receberam assistência médica. Porém não existe nenhum dado objetivo que justifique esta diferença. Porém, esta questão abre novas possibilidades de pesquisas sobre o fenômeno da depressão quanto a questão de gênero. Ainda, questiona-se o porque do distanciamento entre obter o diagnóstico e procurar/receber tratamento apropriado?

Os números trazidos nesta pesquisa têm o intuito de mostrar que a depressão é um fenômeno prevalente na atualidade, e que deve ser considerado na prática profissional cotidiana e em pesquisas. Considerando a problemática desse estudo, tais números não explicam por si a relação entre depressão e angústia. Esta só pode ser observada no caso a caso, na escuta do sujeito, como defende a psicanálise.

Como já foi dito, a clínica psicanalítica trata a depressão não como um sintoma, mas como uma falha do sujeito em dizer do seu desejo, a qual é a resposta do sujeito frente à angústia (PÉRET, 2003).

Em Lacan (1962-1963/2005), a angústia aparece como um sinal de que o sujeito cedeu algo de si. Isso que o sujeito abandona perpassa pelo seu desejo: ao abandonar o desejo, o sujeito se angustia e, então, eis que surge a depressão como resposta a essa angústia.

Perét (2003) também resgata a ideia de Freud de que a perda do objeto de amor ou de um ideal pode provocar tristeza e depressão, conferindo ao sujeito uma dor profunda. Assim, o sujeito pode vivenciar um processo de luto patológico, tal como foi descrito por Freud, que explica a depressão neurótica. Diante da impotência de sustentar seu desejo, o sujeito experimenta a depressão como um luto que não se elabora (FREUD, 1917/2006).

Na depressão, deprende-se que o sujeito não se responsabiliza por seu desejo, de forma que a angústia é um sinal dessa recusa em responsabilizar-se.

Portanto, a angústia aparece como baliza entre o desejo e o gozo do sujeito. Se este balizamento não ocorre de forma eficaz, é possível que o sujeito adoça. Assim, uma possibilidade de resposta é a depressão, donde o sujeito pode vir a deprimir diante da impossibilidade de balizar seu desejo e seu gozo diante do cenário social contemporâneo, em que lhe é exigido produção, perfeição, plenitude. Sabe-se que isto é alcance impossível, uma vez que a própria angústia tem a falta como ponto significativo. A depressão seria, portanto, uma resposta para esta angústia que não se colocou de forma suficiente como limite entre o desejo e o gozo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a motivação de explicar se a depressão é uma resposta à questão da angústia nos dias atuais, o presente trabalho percorreu por apontamentos ligados à contemporaneidade, à depressão e à angústia, pautado pelo discurso psiquiátrico e psicanalítico.

Viu-se que a depressão não é inerente à atualidade; no entanto, as marcas do capitalismo e do discurso contemporâneo de produção e felicidade a qualquer custo podem maximizar a ocorrência de estados depressivos.

Assim, através do estudo de dados estatísticos notou-se que a depressão representa números consideráveis na contemporaneidade. Neste foi possível perceber também que a depressão pode trazer sérios prejuízos, de modo global, na vida dos sujeitos acometidos por ela.

Considerando a perspectiva singular de cada sujeito, talvez não seja possível prevenir a depressão, mas é possível intervir sobre os contextos em que o sujeito está inserido. Talvez existam maneiras de repensar a organização dos espaços de convivência, de modo que respeitem as particularidades de cada indivíduo e contribuam para um melhor desenvolvimento da saúde das pessoas.

A psiquiatria considera a depressão como uma doença, isto é, um transtorno mental que pode ser curado por princípios químico-medicamentosos. Tal tratamento se faz importante, sobretudo considerando as influências biológicas da depressão, mas será na singularidade do sujeito que será possível apreender como tal patologia interfere em seu psiquismo e na sua relação com o outro.

Em psicanálise, a angústia aparece como um afeto motivado pela perda do objeto de amor, bem como o aparecimento do real no simbólico, no qual o sujeito não consegue nomear tal processo. Já a depressão aparece como a dificuldade em buscar as determinações inconscientes, sendo que, em alguns momentos, só um processo de análise poderá decifrar tais questões.

A partir do discurso da psicanálise, também foi possível perceber que a depressão responde à angústia como uma impotência do sujeito em responsabilizar-se pelo seu desejo, de forma que o sujeito se defende das angústias da vida atrás das máscaras da depressão.

Ressalta-se que tal estudo não esgota as explicações sobre a temática, pelo contrário, motiva mais pesquisas para explicar outros questionamentos, como: “De que forma a depressão se manifesta nas diferentes estruturas clínicas?”; “A angústia pode ser explicada por outro modelo que não o da depressão?”. Empreender novos estudos sobre estas questões poderão alargar o conhecimento teórico-clínico e contribuir para o desenvolvimento de mais pesquisas que visem não apenas o tratamento do sujeito como um corpo biológico, mas, sobretudo como um corpo permeado de desejos, pulsões e singularidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. Epidemiologia psiquiátrica – Novos desafios para o século XXI. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, set./nov. 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/43/08-laura.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2014.
- ANDRADE, Laura Helena S. G. De; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais - o DSM 5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>>. Acesso em: 27 set. 2015.
- ASSOCIATION, American Psychiatric. **DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Arned, 2002. 880p.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**, v.1. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2015.
- DANTAS, Jurema Barros; SÁ, Roberto Novaes de; CARRETEIRO, Teresa Cristina O. C. A patologização da angústia no mundo contemporâneo. **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v61n2/v61n2a10.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.
- EHRENBERG, Alain. Depressão, doença da autonomia? **Revista Ágora**, Paris, v. 7, n. 1, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v7n1/v7n1a09.pdf>> Acesso em: 07 abr. 2014.

- FARIA, Caroline. Terceiro Mundo. In: **Info Escola**. 2016. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/geografia/terceiro-mundo/>>. Acesso em 07 jan. 2016.
- FÉDIDA, Manoel Tosta Berlinck Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 3, n. 2. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a_clinica_da_depressao_questoes_atuais.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2014.
- FREUD, Sigmund. Luto e melancolia (1917). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 14. p. 245-263.
- FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 20, p. 79-173.
- FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 21, p. 67-151.
- HANNS, Luiz Alberto. **Dicionário comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- HARARI, Roberto. **O seminário a angústia de Lacan**: uma introdução. 2. ed. Porto Alegre: Artes e ofícios, 1997. 241p.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1992. 232p.
- LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998. p. 238-324.
- LACAN, Jacques. Televisão. In: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2003. p. 508-543.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 367p.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 7**: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008. 387p.
- LUSTOZA, Rosane Zétola. O discurso capitalista de Marx a Lacan: algumas consequências para o laço social. **Revista Ágora**, v. 12, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- MARX, **O capital**: crítica da economia política. Livro I, v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- MONTEIRO, Kátia Cristine Calvancante; LAGE, Ana Maria Vieira. Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria. **Revista Psicologia Ciência e Profis-**

são, v. 27, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a09>>. Acesso em 12 jul. 2015.

NARDI, Antonio Egidio. Depressão no ciclo da vida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3lv2.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo, 2007.

PACHECO FILHO, Raul Albino. O capitalismo neoliberal e seu sujeito. **Mental: Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC**, Brasil, v. 2, n. 4, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42000411>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

PERÉT, Maria de Fátima Ferreira. **A depressão na clínica lacaniana: um estudo de caso**. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Área de concentração Comportamento Social e Psicologia da Saúde, Campo Grande, 2003. Disponível em: <<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/7827-a-depressao-na-clinica-lacaniana-um-estudo-de-caso.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009. 237p.

QUINET, Antônio. **A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade**. 2016. Disponível em: <lacanian.memory.online.fr>. Acesso em: 26 jan. 2016.

ROSA, Laurimar da Silva; SILVA, Mariluze Ferreira de A. e. Emoções e estado de ânimo: a causa do Distúrbio da depressão. **Revista Metávola**, n.12, 2010. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/LAURIMAR.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. Real. In: ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 644.

SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. Crédito acessível, consumo compulsivo. **Centro de altos estudos em propaganda e marketing da ESPM**. Disponível em: <<http://caepmblog.espm.br/EVENTOS/IIIencontro/PDF/CREDITO%20ACESSIVEL.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. e, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

SIQUEIRA, Érica de Sá Earp. A depressão e o desejo na psicanálise. **Estudos e pesquisas em psicologia**, ano 7, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a07.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras. 2014. 579p.