UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE LINGUAGENS E LITERATURAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA LINGUAGEM

LARA LOHANNA BARRETO DE SOUSA

DISCURSOS SOBRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO AMBIENTE DIGITAL: UMA LEITURA A PARTIR DA SEMÂNTICA GLOBAL DE MAINGUENEAU

REDENÇÃO-CE
2025

LARA LOHANNA BARRETO DE SOUSA

DISCURSOS SOBRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO AMBIENTE DIGITAL: UMA LEITURA A PARTIR DA SEMÂNTICA GLOBAL DE MAINGUENEAU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB, como requisito à obtenção do título de Mestre em Estudos da Linguagem. Área de concentração: Linguística. Linha de pesquisa: Práticas textual-discursivas.

Orientadora: Profª. Drª. Otávia Marques de Farias

REDENÇÃO-CE

2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Sousa, Lara Lohanna Barreto de.

S696d

Discursos sobre ansiedade e depressão no ambiente digital: uma leitura a partir da semântica global de Maingueneau / Lara Lohanna Barreto de Sousa. - Redenção, 2026.
94f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado em Estudos da Linguagem, Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2026.

Orientadora: Profª Drª Otávia Marques de Farias.

1. Anáise do discurso. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Redes sociais. I. Título

CE/UF/BSCP CDD 401.41

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço pela vida, pela força e pela perseverança ao longo desta trajetória acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), registro meu reconhecimento pelo apoio financeiro, fundamental para a realização desta pesquisa.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Linguística da UNILAB (PPGLin), agradeço pelo suporte institucional e pela condução responsável do curso ao longo deste percurso formativo.

Aos professores e professoras do Programa de Mestrado, que me acompanham desde os primeiros passos na graduação, agradeço pela generosidade intelectual, pela escuta e pelo incentivo contínuo ao longo dessa trajetória.

Às minhas colegas de turma, que dividiram dúvidas, conquistas e aprendizados, meu sincero agradecimento por tornarem essa trajetória possível e mais humana.

À minha família e aos meus amigos, agradeço pelo apoio, incentivo e compreensão, essenciais para a conclusão deste trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este percurso, meus agradecimentos.

“Os estudos da linguagem mostram que o discurso não reflete o mundo, ele o constrói.” – Maingueneau (2010).

RESUMO

O presente trabalho tem como tema “Discursos sobre Ansiedade e Depressão no ambiente digital: uma leitura a partir da Semântica Global de Maingueneau”. O objetivo central consiste em compreender os sentidos atribuídos aos transtornos de ansiedade e depressão em diferentes discursos digitais circulantes na contemporaneidade, verificando como são construídos, legitimados e disputados. A pesquisa se fundamenta no referencial teórico da Análise do Discurso de linha francesa, em especial nos conceitos de semântica global e interdiscurso propostos por Dominique Maingueneau (2005). A hipótese é que os discursos se organizam em torno de dois posicionamentos que, embora apresentem convergências pontuais, disputam sentidos a partir de valores, expectativas e práticas distintas, revelando tensões entre perspectivas médico-terapêuticas e leigo-pacientes. A metodologia adotada foi qualitativa, de base interpretativa. O *corpus* se divide em dois discursos: o médico-terapêutico, composto por vídeos, *podcasts* e postagens elaborados por profissionais de saúde mental, psiquiatras e psicólogos; e o leigo-paciente, constituído por vídeos, *podcasts* e postagens elaborados por indivíduos que já sofreram com os transtornos investigados, selecionados por relevância algorítmica. O procedimento analítico é dividido em três etapas: mapeamento dos posicionamentos discursivos, estabelecimento da semântica global de cada posicionamento e análise das relações interdiscursivas, culminando na elaboração de uma grade semântica. Conclui-se que os discursos sobre ansiedade e depressão no ambiente digital se organizam a partir de regularidades discursivas que evidenciam disputas simbólicas entre racionalidades distintas, especialmente entre a lógica biomédica e práticas subjetivas de bem-estar. Os resultados das análises revelam processos de medicalização do sofrimento psíquico, concomitantes à sua individualização e à ênfase em práticas de autogerenciamento emocional, produzindo efeitos de responsabilização do sujeito. Observa-se, ainda, a hibridização entre discursos técnicos, terapêuticos e de bem-estar, bem como o deslocamento das formas de autoridade discursiva para o espaço digital, no qual experiências pessoais passam a coexistir e a tensionar os saberes especializados. Ao evidenciar esses funcionamentos discursivos, a pesquisa contribui para a compreensão dos modos contemporâneos de significar a saúde mental, ressaltando a relevância da Análise do Discurso e da semântica global de Maingueneau para a investigação das disputas de sentido que atravessam o cuidado em saúde mental na contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: Semântica global. Interdiscurso. Depressão. Ansiedade. Redes sociais.

ABSTRACT

The present study addresses the theme “Discourses on Anxiety and Depression in the Digital Environment: a Reading Based on Maingueneau’s Global Semantics.” Its main objective is to understand the meanings attributed to anxiety and depressive disorders in different digital discourses circulating in contemporary society, examining how these meanings are constructed, legitimized, and disputed. The research is grounded in the theoretical framework of French Discourse Analysis, particularly in the concepts of global semantics and interdiscourse proposed by Dominique Maingueneau (2005). The hypothesis is that these discourses are organized around two main positions which, although presenting occasional convergences, dispute meanings based on distinct values, expectations, and practices, revealing tensions between medical-therapeutic and lay-patient perspectives. The methodology adopted is qualitative and interpretative in nature. The corpus is divided into two discourses: the medical-therapeutic discourse, composed of videos, podcasts, and posts produced by mental health professionals, psychiatrists, and psychologists; and the lay-patient discourse, consisting of videos, podcasts, and posts produced by individuals who have experienced the disorders under investigation, selected according to algorithmic relevance. The analytical procedure is divided into three stages: mapping discursive positions, establishing the global semantics of each position, and analyzing interdiscursive relations, culminating in the construction of a semantic grid. The study concludes that discourses on anxiety and depression in the digital environment are organized around discursive regularities that reveal symbolic disputes between distinct rationalities, particularly between biomedical logic and subjective well-being practices. The results of the analyses reveal processes of medicalization of psychological suffering, concomitant with its individualization and the emphasis on emotional self-management practices, producing effects of subject responsabilization. Furthermore, the analyses show a hybridization between technical, therapeutic, and well-being discourses, as well as a displacement of forms of discursive authority to the digital space, in which personal experiences come to coexist with and challenge specialized knowledge. By highlighting these discursive dynamics, the study contributes to the understanding of contemporary ways of signifying mental health, emphasizing the relevance of Discourse Analysis and Maingueneau’s global semantics for investigating the disputes of meaning that permeate mental health care in contemporary society.

KEYWORDS: Global semantics. Interdiscourse. Depression. Anxiety. Social media.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Semas negativos e positivos a partir da oposição entre os discursos jansenista (M1) e humanista devoto (M2).....35
Figura 2 – “Emoções somatizando em doenças”.....56
Figura 3 – “Processo terapêutico com cachorros”.....57
Figura 4 – “A diferença entre tristeza e depressão”.....60
Figura 5 – “A dimensão social do adoecimento”.....61
Figura 6 – “A incompreensão sobre a natureza da depressão”.....62
Figura 7 – “A depressão como último estágio da dor humana”.....63
Figura 8 – “Isso é ansiedade”.....68
Figura 9 – “Não andeis ansioso por coisa alguma”.....69
Figura 10 – “Coisas difíceis para pessoas com depressão”.....71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – *Corpus* retirado da plataforma Instagram.....41- 42
Quadro 2 – *Corpus* retirado da plataforma Youtube.....42 - 44
Quadro 3 – *Corpus* retirado da plataforma Spotify.....45 - 46
Quadro 4 – Sentidos produzidos a partir da ação da oposição primitiva sobre os eixos semânticos de M/T e L/P.....80 - 82
Quadro 5 – Semas positivos produzidos a partir da ação da oposição primitiva sobre os eixos semânticos de M/T e de L/P.....82 - 83
Quadro 6 – Semas positivos e negativos produzidos a partir da ação da oposição primitiva sobre os eixos semânticos de M/T e L/P.....83 - 84

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13

2. PRESSUPOSTOS DISCURSIVOS, SEMÂNTICA GLOBAL E INTERINCOMPREENSÃO 21

2.1 A NOÇÃO DE DISCURSO PARA MAINGUENEAU 21

2.2 A NOÇÃO DE TEMA PARA A SEMÂNTICA GLOBAL 30

2.3 O FENÔMENO DA INTERINCOMPREENSÃO 33

3. PERCURSO METODOLÓGICO 38

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 38

3.2 O CORPUS 38

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS 39

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS 47

4. ANÁLISES 49

4.1 OS DOIS POSICIONAMETOS DISCURSIVOS E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS 49

4.1.1 O POSICIONAMENTO DISCURSIVO M/T - MÉDICO-TERAPÊUTICO 49

4.1.1.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO À LUZ DO POSICIONAMENTO M/T 51

4.1.1.2 O TRANSTORNO DE ANSIEDADE PARA M/T 54

4.1.1.3 O TRANSTORNO DEPRESSSIVO PARA M/T 58

4.1.2 O POSICIONAMENTO DISCURSIVO L/P - LEIGO-PACIENTE 63

4.1.2.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO PARA L/P 64

4.1.2.2 O TRANSTORNO DE ANSIEDADE PARA L/P 67

4.1.2.3 O TRANSTORNO DEPRESSIVO PARA L/P 70

4.1.3 PONTOS DE ENCONTRO E DESENCONTRO ENTRE OS POSICIONAMENTOS M/T E L/P 75

4.2RESULTADOS 80

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 89

6. REFERÊNCIAS 92

1. INTRODUÇÃO

O tema da saúde mental está ganhando cada vez mais destaque na sociedade, principalmente em se tratando dos transtornos de ansiedade e depressão, indicando mudanças significativas na forma como as pessoas concebem esses conceitos e, consequentemente, no modo como relacionam os problemas de saúde mental em suas vidas. Não faz muito tempo, esse assunto era pouco discutido.

A escolha do tema “transtornos mentais”, especificamente os de ansiedade e depressão, está relacionada ao crescente destaque que tem recebido nos últimos anos, especialmente no contexto pandêmico e pós-pandêmico. Esse cenário, aliado ao constante acesso a uma variedade de informações, principalmente por meio de mídias e redes sociais, ressalta as diversas ideias que circulam na sociedade sobre tais transtornos psicológicos e sofrimento mental.

Durante muito tempo, as pessoas com sofrimento mental no Brasil estiveram desamparadas, devido à falta de políticas públicas que atendessem às suas necessidades. Em resposta a essa situação, surgiu, em 1979, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começou a discutir temas relacionados ao tratamento e à recuperação dos transtornos. Em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei 8.080, a qual estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, a reforma psiquiátrica tornou-se um tema relevante e uma realidade no sistema de saúde brasileiro (Silva, 2018, p. 2).

Uma das políticas públicas implementadas pelo SUS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual foi criado em 1992, com a publicação da Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, como parte da reforma psiquiátrica no Brasil. O Centro oferece um atendimento integral e humanizado, focado na reabilitação e inclusão social. Ele promove a desinstitucionalização, isto é, busca reduzir a dependência de hospitais psiquiátricos e outras instituições fechadas, oferecendo um modelo de atendimento que prioriza o cuidado na comunidade, permitindo que os usuários recebam cuidados em um ambiente aberto, favorecendo a autonomia e a convivência social. Além disso, o CAPS atua na promoção de políticas públicas, garantindo acesso a serviços de saúde e apoio contínuo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 1992).

No entanto, apesar de avanços importantes, o campo da saúde mental no SUS enfrenta desafios significativos, como o subfinanciamento, a escassez de profissionais, e as tentativas de retorno a modelos manicomializantes, sobretudo a partir de 2017, com mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2018). Tais retrocessos colocam em risco os princípios éticos e políticos que sustentam a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ainda assim, o SUS continua sendo o principal garantidor do acesso à saúde mental no país, especialmente para as populações mais vulneráveis, que dificilmente teriam acesso a serviços privados. Sua existência é fundamental para combater desigualdades históricas e promover uma abordagem ampla do cuidado, que considera não apenas o sofrimento individual, mas também os determinantes sociais da saúde.

Um outro veículo responsável pela disseminação e ampliação da discussão acerca da saúde mental é a mídia, incluindo as digitais e as tradicionais. Os meios de comunicação desempenham um papel central na circulação e produção de sentidos sobre saúde mental. Por meio de reportagens, *podcasts*, vídeos no YouTube e, especialmente, postagens em redes sociais, como o Instagram, esses espaços se tornam arenas discursivas nas quais o sofrimento psíquico é tematizado, visibilizado e ressignificado.

Os pacientes e profissionais de saúde mental constroem seus discursos através de uma mescla entre informalidade, identificação afetiva e tons técnico-científicos. Nesse processo, observa-se uma crescente individualização do sofrimento, frequentemente associada a discursos de autoajuda, produtividade emocional e responsabilização subjetiva, ao mesmo tempo em que emergem vozes para reivindicar o cuidado coletivo, a desestigmatização do estado de sofrimento mental e o aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas a essa temática. As mídias digitais, portanto, não apenas repercutem o debate sobre saúde mental, mas o moldam, oferecendo plataformas de visibilidade e legitimação da causa.

Portanto, a opção por investigar os posicionamentos discursivos médico-terapêutico e o leigo-paciente, na análise dos sentidos sobre ansiedade e depressão, justifica-se pela multiplicidade de discursos que circulam no espaço contemporâneo e pela centralidade que esses dois posicionamentos ocupam na constituição simbólica do tema. Enquanto os discursos médico-terapêuticos — oriundos de psiquiatras e psicólogos que são referências no tema — se apoiam na autoridade técnico-científica e operam a regulação oficial das práticas em saúde mental, os discursos leigo-pacientes configuram espaços de alta circulação e capilaridade, nos

quais o sofrimento psíquico é representado por meio de narrativas pessoais, vivências compartilhadas e discursos de autoexpressão.

Analisar esses dois posicionamentos permite compreender como diferentes formações discursivas se entrelaçam e disputam na produção de sentidos sobre o que é um transtorno de ansiedade ou depressivo no presente. Essa escolha busca, portanto, evidenciar não apenas os modos hegemônicos de construção do tema, mas também os deslocamentos, as apropriações e as reconfigurações que ocorrem à medida em que os discursos transitam entre esferas de legitimidade, como o técnico, o popular, o experiencial e o performativo.

Desse modo, nossa análise tem o intuito de contribuir com mais uma perspectiva para os estudos em análise de discurso: a investigação sobre o tema da saúde mental, especificamente sobre os transtornos de ansiedade e depressão. Segundo Silva (2006), a Análise do Discurso vem se preocupando, desde os seus primórdios, a estudar textos a partir da relação entre língua e história. Tais estudos buscam ressaltar a relação que um discurso estabelece com o seu exterior, analisando o embate entre as relações sociais, políticas e ideológicas, as quais atravessam os sujeitos, e a base linguística, isto é, tudo o que está na língua, fazendo com que os sujeitos signifiquem de determinado lugar e em determinados contextos históricos.

Portanto, reconhecemos a relevância desses estudos e nos propomos a analisar não somente as formações discursivas em si, mas as relações que se estabelecem entre elas. Desse modo, a concepção teórica à qual nossa pesquisa está vinculada, a Análise do Discurso de linha francesa, postula que, além de reconhecer a relação entre diferentes discursos, é necessário mostrar que a gênese de um discurso é resultado do processo de interação entre diferentes sistemas de restrições semânticas, ou seja, do Mesmo e do Outro.

A escolha pela análise do *corpus* citado acima, os conjuntos de enunciados dos posicionamentos discursivos médico-terapêutico e leigo-paciente, justifica-se porque trabalhar com discursos científicos e populares permite observar, em paralelo, formas distintas e complementares de construção de sentido sobre ansiedade e depressão na contemporaneidade. Os discursos médico-terapêuticos operam a partir de lugares de autoridade normativa e técnico-científica, buscando regular práticas, definir condutas e sustentar políticas públicas. Já os discursos leigo-pacientes emergem de sujeitos diversos, muitas vezes não especializados, que compartilham experiências, afetos e interpretações pessoais, criando comunidades discursivas com grande alcance e influência simbólica.

A análise conjunta desses dois posicionamentos permite compreender como os sentidos de ansiedade e depressão são produzidos, legitimados e disputados em diferentes cenários, revelando tensões entre saber técnico e vivência subjetiva. Assim, a abordagem amplia a compreensão dos mecanismos discursivos que sustentam tanto a medicalização e normatização do sofrimento (discurso médico-terapêutico), quanto suas possíveis ressignificações em espaços de escuta, visibilidade e acolhimento (discurso leigo-paciente).

Apesar da crescente ênfase que tem se dado ao assunto, conforme mencionado anteriormente, os temas de ansiedade e depressão ainda possuem pouca atenção científica, especificamente na área da Linguística, não pela falta de relevância, considerando os estigmas e a discriminação associados aos transtornos mentais.

Pesquisas sobre saúde mental, ancoradas nas teorias do discurso, podem não só contribuir para esta área de investigação, em específico, como também endossar a promoção de políticas públicas voltadas ao tratamento cada vez mais humanizado e integral de pacientes com transtornos mentais e combater a desinformação a respeito desse tema. Esses fatores são essenciais para criar um ambiente mais inclusivo e acolhedor, no qual a temática em questão seja reconhecida e valorizada.

Acerca dessa lógica, é fundamental reconhecer que a saúde mental, enquanto objeto de saber e de intervenção social, não se constitui de forma transparente ou homogênea, mas emerge como uma construção discursiva atravessada por disputas de sentido. Ansiedade e depressão, em particular, configuram-se como categorias discursivamente produtivas, uma vez que articulam diferentes regimes de saber (médicos, psicológicos, institucionais e morais) e se inscrevem em práticas sociais diversas. Nessa perspectiva, tais noções não podem ser compreendidas apenas como entidades clínicas, mas como objetos discursivos cuja significação depende das condições de produção, dos posicionamentos enunciativos e das formações discursivas que as mobilizam.

No campo da Análise do Discurso de orientação francesa, diferentes estudos têm evidenciado que os discursos sobre saúde operam processos de legitimação, normalização e categorização do sofrimento. Ao tomar a linguagem como materialidade histórica e social, essas pesquisas mostram que os sentidos atribuídos à saúde em geral resultam de relações de força entre discursos concorrentes, que disputam autoridade para nomear, explicar e intervir sobre os diversos tipos de sofrimento. Assim, a análise discursiva permite deslocar a

compreensão da saúde de uma perspectiva fixa para uma abordagem que privilegia os mecanismos de produção de sentido dos enunciados discursivos.

A dimensão polêmica desses discursos tem sido destacada em trabalhos que analisam os conflitos instaurados em torno de categorias da saúde. Aquino (2016), ao examinar a polêmica em torno da dislexia, demonstra como diferentes formações discursivas produzem leituras incompatíveis de um mesmo objeto, instaurando processos de interincompreensão. A autora evidencia que tais confrontos não se reduzem a divergências terminológicas, mas envolvem concepções distintas de sujeito, saber e verdade. Essa abordagem contribui para compreender que os discursos sobre saúde se organizam a partir de tensões estruturais, que também atravessam as noções de ansiedade e depressão no espaço social contemporâneo.

No interior desse quadro teórico, a semântica global proposta por Maingueneau tem se mostrado particularmente produtiva para a análise dos discursos sobre saúde mental, na medida em que permite articular dimensões temáticas, enunciativas e institucionais do dizer. Trabalhos que mobilizam essa perspectiva evidenciam como os sentidos do sofrimento psíquico se constroem a partir de universos semânticos distintos, sustentados por modos específicos de legitimação discursiva. Nesse sentido, Sousa e Farias (2024), ao analisarem cartilhas sobre saúde mental, mostram como discursos científicos e religiosos produzem sentidos divergentes para o sofrimento, configurando cenários de confronto discursivo nos quais se evidenciam diferentes regimes de verdade e formas de autoridade enunciativa.

A partir dessas contribuições, observa-se que os discursos sobre saúde mental se constituem como espaços de disputa simbólica, nos quais diferentes formações discursivas produzem sentidos divergentes para o sofrimento psíquico. As análises desenvolvidas no campo da Análise do Discurso evidenciam que categorias como ansiedade e depressão não se estabilizam como referentes transparentes, mas se organizam a partir de regimes de verdade, posições enunciativas e dispositivos discursivos específicos. Nesse quadro, a dimensão polêmica e os processos de interincompreensão revelam-se centrais para a compreensão do funcionamento desses discursos.

A semântica global proposta por Maingueneau oferece instrumentos teórico-metodológicos pertinentes para a análise dessas disputas de sentido, ao articular aspectos temáticos, enunciativos e institucionais da produção discursiva. Estudos como os de Sousa e Farias (2024), os quais mobilizam essa perspectiva, demonstram como diferentes universos

semânticos (científicos, religiosos ou institucionais) constroem modos distintos de significar a saúde mental, como evidenciado em análises de materiais de circulação social, tais como cartilhas informativas. No entanto, tais investigações ainda se concentram, em grande medida, em suportes de circulação controlada, o que aponta para a necessidade de examinar outros espaços de produção e circulação discursiva.

Nesse contexto, o ambiente digital emerge como um espaço privilegiado para a circulação dos discursos sobre ansiedade e depressão, marcado pela heterogeneidade dos locutores, pela ampliação das cenas de enunciação e pela intensificação das disputas de sentido. As condições enunciativas próprias das plataformas digitais demandam um olhar analítico capaz de compreender como os sentidos sobre os transtornos mentais se reconfiguram nesses espaços, considerando os modos de dizer, os posicionamentos enunciativos e os efeitos de legitimação discursiva envolvidos.

Diante disso, a presente dissertação tem como objetivo geral analisar os discursos sobre ansiedade e depressão no ambiente digital, a partir da semântica global de Maingueneau, buscando compreender como se constituem os sentidos do sofrimento psíquico em contextos de circulação digital. Como objetivos específicos, propõe-se: (i) mapear os posicionamentos discursivos sobre ansiedade e depressão, observando suas formas de constituição e legitimação nos discursos médico-terapêutico e leigo-paciente; (ii) estabelecer a semântica global dos posicionamentos discursivos encontrados, a partir da análise do conjunto de enunciados; e (iii) analisar como esses posicionamentos se relacionam no interdiscurso, identificando vínculos de aliança, oposição e/ou neutralidade, a fim de compreender os efeitos de sentido e as disputas simbólicas em torno da ansiedade e da depressão na contemporaneidade.

Sob esse viés o *corpus* deste trabalho se define e é composto por um conjunto heterogêneo de discursos sobre ansiedade e depressão, selecionados com o objetivo de representar tanto o posicionamento médico-terapêutico quanto o posicionamento leigo-paciente, considerando sua relevância na produção contemporânea de sentidos sobre os temas. Integram o *corpus* materiais de natureza médico-terapêutica, como vídeos no YouTube, episódios de *podcasts* e postagens no Instagram de vários psiquiatras e psicólogos acerca dos conceitos e tratamentos de ansiedade e depressão. Esses textos reúnem discursos dos principais especialistas no assunto em meio ao ambiente digital. Em paralelo, foram selecionados conteúdos, como postagens de indivíduos leigos e pacientes, os quais possuem relevância em

criação de conteúdo digital, na rede social Instagram, em episódios de *podcasts* e em vídeos no YouTube com relatos de experiências com ansiedade e depressão.

Os autores do discurso leigo-paciente sobre ansiedade e depressão formam um grupo heterogêneo de sujeitos que compartilham experiências pessoais em redes como Instagram, YouTube e *podcasts*. Sua autoridade se constrói menos por títulos institucionais e mais por estratégias de visibilidade, identificação e autenticidade, muitas vezes marcadas pela exposição da vulnerabilidade e do uso de linguagem acessível. Esses interlocutores aproximam o debate sobre a saúde mental a grande parte da população e contribuem para reconfigurar os sentidos de saúde mental na contemporaneidade, tensionando os discursos tradicionais e institucionais.

A escolha desse *corpus*, tanto do âmbito médico-terapêutico quanto do leigo-paciente se justifica por sua diversidade de gêneros discursivos, ampla circulação e potencial de tensionar diferentes formações discursivas, permitindo observar como os sentidos de ansiedade e depressão são construídos, disputados e ressignificados por enunciadores com diferentes graus de autoridade, visibilidade e intencionalidade discursiva.

Partimos da hipótese de que os discursos médico-terapêuticos sobre ansiedade e depressão tendem a reconhecer os transtornos psíquicos como fenômenos complexos, com raízes estruturais na organização social e em fatores coletivos como desigualdade, exclusão, violência e precarização das condições de vida. Nessa perspectiva, o sofrimento mental é compreendido como uma questão de saúde pública, que exige políticas institucionais amplas, acesso à medicalização e acompanhamento terapêutico.

Em contraste, os discursos leigo-pacientes, tendem a apresentar o sofrimento psíquico como uma experiência subjetiva. Nesse posicionamento discursivo, a ênfase recai sobre estratégias de autorregulação emocional ou desenvolvimento da inteligência emocional, desenvolvimento pessoal e transformação nos hábitos do dia a dia, muitas vezes dissociadas das causas sociais mais amplas. Assim, constrói-se uma tensão discursiva entre uma abordagem científica, que enfatiza a dimensão coletiva e estrutural do sofrimento mental, buscando a normalização dos tratamentos medicamentosos e terapêuticos, e uma abordagem experiencial, que prioriza a performance emocional e o gerenciamento de si.

Esta pesquisa, portanto, possui caráter qualitativo, interpretativo e exploratório. Por ser qualitativa, volta-se à compreensão dos sentidos produzidos nos discursos, priorizando a análise de enunciados e suas condições de produção, e não a quantificação de dados. Seu viés

interpretativo se dá pela busca de compreender como diferentes posicionamentos discursivos sobre ansiedade e depressão se constroem, se relacionam e disputam sentidos no espaço social. Trata-se ainda de uma pesquisa exploratória, uma vez que investiga a circulação de sentidos sobre ansiedade e depressão em discursos distintos (científico e experiencial), cuja análise busca levantar hipóteses e apontar caminhos de compreensão que ainda não estão plenamente consolidados na literatura. O aporte teórico-metodológico da Análise do Discurso, especialmente na vertente da semântica global de Dominique Maingueneau (2005), oferece as ferramentas para descrever as relações interdiscursivas que atravessam os enunciados selecionados.

Dessa forma, pretendemos contribuir para a área de análise do discurso na linha francesa, à luz dos pressupostos de Maingueneau (2008), baseando-nos nos conceitos apresentados pelo autor em *Gênese dos Discursos* e propondo uma semântica global que explique o funcionamento dos diferentes posicionamentos discursivos presentes no espaço analisado. Nossa pesquisa contribui com a questão apresentada ao analisar a relação entre as formações discursivas, presentes nos discursos sobre ansiedade e depressão, as quais refletem a dimensão das práticas sociais no contexto digital, uma vez que o discurso se configura como uma prática social, conforme os postulados teóricos adotados neste trabalho.

Os próximos capítulos estão estruturados em seções que organizam o desenvolvimento da pesquisa. A fundamentação teórica aborda os conceitos centrais que sustentam a análise, incluindo a noção de discurso em Maingueneau, a noção de tema para a semântica global e o fenômeno da interincompreensão. Em seguida, o percurso metodológico descreve a caracterização da pesquisa, a constituição do *corpus*, os procedimentos de coleta de dados e as etapas de análise. Na sequência, são apresentadas as análises, nas quais se discutem os resultados obtidos a partir da aplicação da metodologia proposta. Por fim, o trabalho é encerrado com as considerações finais, as quais sintetizam os achados e indicam perspectivas para as futuras investigações desta pesquisa, seguidas das referências utilizadas ao longo do texto.

2. PRESSUPOSTOS DISCURSIVOS, SEMÂNTICA GLOBAL E INTERINCOMPREENSÃO

A saúde mental, especificamente o tratamento de transtornos mentais como ansiedade e depressão, é um tema de crescente relevância nas discussões contemporâneas, permeado por discursos que moldam não apenas a compreensão das condições mentais, mas também as práticas de cuidado e intervenção. A partir disso, nossa fundamentação teórica, ancorada nos pressupostos teóricos da Análise de Discurso de linha francesa, especialmente os conceitos trabalhados por Maingueneau, será apresentada nesta seção em três subtópicos. O primeiro tratará da noção de discurso para Maingueneau, trazendo, consequentemente, discussões acerca dos conceitos de interdiscurso, competência interdiscursiva e semântica global. Nos dois últimos, serão aprofundadas a noção de tema para a semântica global e o fenômeno da interincompreensão, respectivamente.

2.1 A NOÇÃO DE DISCURSO PARA MAINGUENEAU

Em seu livro *Discurso e análise do discurso*, Maingueneau (2015) apresenta a noção de discurso através de uma reflexão acerca do uso que essa noção teria, por meio dos estudos de análise do discurso. O pesquisador apresenta algumas ideias-força, as quais permitem a utilização da noção de discurso por analistas, isto é, Maingueneau apresenta um panorama associado à prática de análise.

Primeiramente, Maingueneau (2015) distingue a noção de discurso da noção de texto. O discurso se opõe ao texto porque engloba também suas condições de produção e recepção, e também se opõe ao enunciado porque o autor considera o discurso como condição e modo de apreensão dos enunciados. Dessa forma, para Maingueneau, a Análise do Discurso compreende a noção de discurso na sua estrutura linguística e em sua prática enunciativa, isto é, a Análise do Discurso é um estudo linguístico das condições de produção responsáveis pelo processo de transformação do texto em discurso.

Para tanto, o autor afirma se situar fora dos limites restritos da linguística, a fim de incorporar aspectos sociais e históricos, os quais, para ele, são inerentes ao discurso. O primeiro pressuposto adotado por Maingueneau é de que “o discurso é uma organização além da frase” (Maingueneau, 2015, p. 25). O autor esclarece que nem todo discurso se manifesta por

sequências de palavras superiores à frase, mas ele mobiliza estruturas de uma outra ordem, diferentes da ordem da frase. Maingueneau (2015) dá o exemplo da proibição “Proibido fumar”, a qual se caracteriza como um discurso, pois se constitui de uma unidade completa, embora seja, estruturalmente, semelhante a uma frase.

Os discursos são organizados por regras, algumas de formação, outras de uso, as quais gerenciam os gêneros do discurso, os definem e os inscrevem em uma determinada comunidade discursiva. Também há regras que funcionam para além do gênero, como em um relato, um diálogo, uma argumentação, ou uma explicação.

Em seguida, o autor afirma que “o discurso é uma forma de ação” (Maingueneau, 2015, p. 25). Ele considera que falar é uma forma de ação sobre o outro, não apenas uma representação do mundo. Neste ponto, Maingueneau evidencia a relação com a problemática dos “atos de fala”, de Austin e Searle, a qual afirma que toda enunciação constitui um ato sobre uma situação e, por ser um ato, possui o objetivo de modificar a situação, através da promessa, da sugestão, da afirmação, da pergunta, entre outros. Estes atos de linguagem, os quais são elementares, se integram aos gêneros do discurso e transformam o discurso, aqui concebido como prática social, em atividade, o que facilita relacioná-los com as atividades não verbais.

Um outro pressuposto é de que “o discurso é interativo” (Maingueneau, 2015, p. 26). O autor afirma que a atividade verbal é, na verdade, uma interatividade entre dois ou mais parceiros, sua marca é o binômio EU-VOCÊ, da interação verbal observada. Na interatividade oral, a interação é manifestada mais evidentemente, como na comunicação entre um locutor de rádio e seus ouvintes, um palestrante e a plateia, um professor e seus alunos, um influenciador e seus seguidores, entre outros.

Em interações nas quais o locutor fala para um sujeito não concreto, a interação tende a ser menos evidente, entretanto, está presente no caráter dialógico da enunciação, uma vez que, segundo Maingueneau (2015) toda enunciação, mesmo sem um destinatário definido, é marcada por uma interatividade constitutiva, um dialogismo, isto é, uma troca, explícita ou implícita, com outros enunciadores, virtuais ou não, e supõe sempre a presença de uma outra instância de enunciação à qual se dirige o enunciador e com relação à qual constrói seu próprio discurso. Desse modo, focar na figura do destinatário tende a ser ineficiente, visto que a

enunciação caminha em sentido duplo. Para o autor, o conceito adequado é o de coenunciador, para evidenciar essa parceria entre os enunciadores na comunicação e na prática discursiva.

Mais um pressuposto teórico acerca da noção de discurso é o de que "o discurso é contextualizado" (Maingueneau, 2015, p. 26). O autor não diz que o discurso intervém em um contexto, como se o contexto fosse somente um cenário. Na verdade, ele assume que não existe discurso descontextualizado, ou seja, a atribuição de significado para uma sequência de palavras ditas dependerá dos diferentes contextos em que ela for inserida, uma vez que, na prática, são discursos diferentes e enunciados diferentes, expressos pelo mesmo sintagma.

Maingueneau também menciona a dêixis como marcador do tempo e do espaço, contextualizando o que é dito, na medida em que "eu, tu, ontem, aí…" são palavras incompletas, as quais se referem a algo mediante a enunciação única que as utiliza. Desse modo, o contexto, por não ser um cenário, também é definido pelo próprio discurso, o qual pode modificá-lo durante a enunciação, a partir do estabelecimento de novas relações entre os coenunciadores.

Um outro pressuposto apresentado pelo autor é o de que "o discurso é assumido por um sujeito" (Maingueneau, 2015, p. 27). Maingueneau (2015) afirma que o discurso só é discurso se estiver relacionado a um sujeito, a um EU, o qual se coloca, também, como fonte de referências pessoais, temporais, espaciais (EU-AQUI-AGORA) e indica qual é a atitude que ele adota em relação ao que diz e a seu destinatário. A função do sujeito é indicar o responsável pelo que foi dito, assumindo a responsabilidade pela verdade do que é enunciado. Se o enunciador diz "Choveu ontem", este enunciado é tomado como verdade dita pelo enunciador, fiador do conteúdo falado.

No entanto, o enunciador pode modalizar sua fala, por exemplo: "Talvez tenha chovido ontem"; também pode atribuir a responsabilidade do enunciado a outro: "Segundo João, choveu ontem"; inserir comentários em sua própria fala: "Honestamente, acho que ontem choveu"; e pode, até mesmo, fingir que assume a veracidade do que foi dito, como no caso das ironias. Ainda assim, essas observações não implicam que o sujeito seja o dono e originador de sua fala, pois "a fala é dominada pelo dispositivo de comunicação do qual ela provém" (Maingueneau, 2015, p. 27).

Outro pressuposto assumido por Maingueneau é o de que "o discurso é regido por normas" (Maingueneau, 2015, p. 27). Conforme o autor, como todo comportamento social, o

discurso está submetido a normas sociais generalizadas. No entanto, conforme confirma a problemática das leis do discurso e das máximas conversacionais, a atividade verbal está regida por normas específicas. Tais normas são vistas em vários níveis, uma simples pergunta implica que se ignore a resposta, que a resposta seja de interesse a quem indaga, que se acredite ou não em quem responde.

Com base nas normas que regem todas as trocas verbais, observa-se que o gênero do discurso, por si só, é preenchido por normas que suscitam expectativas entre os sujeitos engajados numa atividade verbal, e todo ato de enunciação, quando ocorre, realiza um trabalho de legitimação que é indissociável do próprio exercício da fala, isto é, o enunciador tenta, a todo instante, legitimar o seu dizer.

Maingueneau (2015) também assume o discurso no bojo de um interdiscurso, ao afirmar que aquele só adquire sentido no interior deste. Para interpretar o menor dos enunciados, o autor aponta que é necessário relacioná-lo a todos os outros tipos de enunciados sobre os quais ele se apoia de variadas maneiras. A interpretação é mobilizada a partir de uma relação que se faz de diversos outros enunciados, sejam eles citados, parodiados, comentados, entre outras formas.

Na realidade, a inserção de um enunciado num gênero do discurso pressupõe maneiras de tratar as relações interdiscursivas daquilo que é produzido dentro do gênero e as relações que são produzidas entre enunciados existentes dentro do próprio gênero. Maingueneau (2015) apresenta algumas correntes que defendem o primado do interdiscurso sobre o discurso, como as linhas baseadas em M. Bakhtin, J. Lacan, L. Althusser e a análise do discurso francesa de Michel Pêcheux, na qual a fala não é concebida como a soberania da individualidade, mas como atravessamento de relações discursivas, daquilo que já foi dito em outros momentos e que, no momento presente da fala, se insere no intradiscurso do sujeito, concebido como sujeito descentrado, isto é, o sujeito não é (e não pode ser) a origem do sentido.

Um último pressuposto apresentado por Maingueneau em seu livro é o de que “o discurso constrói socialmente o sentido” (Maingueneau, 2015, p. 28). O autor esclarece que o sentido de que ele trata não é um sentido diretamente acessível, estável, imanente a um enunciado ou a um grupo de enunciados que estaria esperando para ser decifrado, é um sentido continuamente construído e reconstruído no interior de determinadas práticas sociais. Em outras palavras, trata-se do sentido em seu entendimento múltiplo e na prática. É a construção

de significado que o enunciado mobiliza através do seu contexto, seu gênero, e sua situação de enunciação, assumindo, portanto, que cada alteração (no contexto, gênero e situação de comunicação) gerará um novo sentido a um enunciado determinado.

Maingueneau já havia abordado as questões discursivas, anteriormente, em seu livro *Gênese dos Discursos* (2005), principal suporte teórico de nosso trabalho, ao realizar um delineamento acerca de sua concepção de "discurso". O autor destaca uma oposição entre os conceitos de superfície discursiva e formação discursiva, os quais podem ser associados aos termos fala e língua, respectivamente.

Segundo Maingueneau (2005, p. 20), a formação discursiva, trata-se de um "sistema de restrições de boa formação semântica" (relação com a estrutura da língua), enquanto a superfície discursiva consiste em um "conjunto de enunciados produzidos de acordo com esse sistema" (relação com o uso da língua, a fala). O autor assume sua perspectiva de discurso como a relação que une esses dois conceitos, de maneira a não se distanciar da forma usual dos locutores, tendo em vista que, de acordo com sua óptica, os locutores, no momento da evocação do discurso, se utilizam mais de um conjunto virtual, o qual consistiria em enunciados que podem ser produzidos de acordo com as restrições da formação discursiva (Maingueneau, 2005), do que um conjunto de textos efetivos.

Sob esse viés, o teórico não aborda o discurso como uma unidade isolada, mas como um espaço de intercâmbio entre diferentes discursos, o que se mostra pertinente para a pesquisa proposta. O discurso, dessa forma, não deve ser concebido apenas como um conjunto de textos dispersos, mas como prática discursiva, um fenômeno social. As formações discursivas e seus respectivos sistemas de restrições semânticas permitem que os textos possam ser determinados e pressupostos, de acordo com a "rede institucional" de um específico "grupo" (Maingueneau, 2005). Nesse sentido, reafirmamos a importância do conceito de "interdiscurso" para a AD francesa, o qual se relaciona ao modo como as formações discursivas convivem no contexto comunicativo.

Pêcheux (1969) faz um mapeamento das três épocas da análise do discurso, como os conceitos foram sendo revistos e aprimorados durante o desenvolvimento das teorias da AD. Na primeira fase, a Análise de Discurso concebia a produção discursiva como algo estrutural, uma "máquina autodeterminada e fechada sobre si mesma" (Pêcheux, 1969, p. 311). Desse

modo, os sujeitos se posicionavam como produtores de seus discursos. No entanto, não são os sujeitos que utilizam seus discursos, a situação ocorre de forma contrária, entendia-se que os sujeitos eram “servos” assujeitados e “suportes” do discurso (Pêcheux, 1969, p. 311).

Nesse espaço em que as máquinas discursivas constituem unidades justapostas, a existência do Outro está ancorada ao primado do Mesmo, isto é, o Outro é reduzido ao Mesmo. Configurando-se como alteridade estrutural, o Outro é uma diferença entre as máquinas, as quais, por sua vez, são fechadas e idênticas sobre si mesmas. Nesse contexto, o Outro, conforme Pêcheux (1969) é apenas uma diferença entre os Mesmos.

Na segunda fase da Análise do Discurso (AD), há a introdução de dois novos conceitos, o de Formação Discursiva e o de Interdiscurso. Segundo Pêcheux (1969), nesta fase, a concepção de Formação Discursiva foi tomada por empréstimo de Michel Foucault, pois não se encaixa na configuração de uma estrutura fechada, ela é constituída por elementos que vêm de outras FDs, sob a forma de discursos transversos. Já o conceito de interdiscurso é encarado como “o exterior específico de uma FD (Formação Discursiva) enquanto este irrompe nesta FD para constituí-la em lugar de evidência discursiva” (Pêcheux, 1969, p. 314). Desse modo, o conceito de interdiscurso, referente a esse exterior discursivo passa a ser considerado nas análises. No entanto, o conceito se limitou à relação da FD com o seu exterior, deixando o espaço de trocas em segundo plano.

Somente a partir da terceira fase da AD o interdiscurso deixa de ser um fator secundário e seu primado se torna o foco principal das pesquisas. Isso significa que foi reconhecida a existência de um espaço de trocas que não só precede, mas constitui todo e qualquer discurso. O campo de estudos da AD foi redimensionado, aliado aos conceitos advindos do dialogismo bakhtiniano, e passou a considerar a relação do Mesmo com o Outro como a base de todo processo discursivo.

É nessa fase que a proposta de interdiscurso de Maingueneau se insere, pois postula a precedência do Outro sobre o Mesmo, afirmando o primado do interdiscurso sobre o discurso. Para o autor, os discursos já nascem em uma relação dialógica com o seu Outro, isto é, uma relação constituída antes mesmo de os discursos se encontrarem no interior de um campo discursivo. Dessa forma, para Maingueneau (2005), a unidade de análise não é o discurso, mas esse espaço de trocas entre discursos convenientemente escolhidos.

Maingueneau propõe algumas concepções, as quais se configuram como instâncias do interdiscurso: universo discursivo, “o conjunto de todas as formações discursivas que interagem numa conjuntura dada” (Maingueneau, 2005, p. 33); campo discursivo, “um conjunto de formações discursivas que se encontram em concorrência” (Maingueneau, 2005, p. 34); e espaço discursivo, “subconjuntos de formações discursivas cuja relação o analista julga pertinente para seu propósito” (Maingueneau, 2005, p. 35).

A noção de universo discursivo refere-se ao conjunto de FDs (Formações Discursivas) de diversos tipos, as quais interagem em um contexto específico. Embora não seja possível compreendê-lo em sua totalidade, trata-se de um conjunto finito que estabelece uma base a partir da qual podem ser construídos domínios passíveis de estudo, os quais Maingueneau (2005) denomina como campos discursivos.

Quanto ao campo discursivo, este deve ser entendido como um conjunto de formações discursivas de mesma função social, a qual será preenchida por modos diferentes, a depender de cada FD. Em determinado espaço do universo discursivo, essas formações discursivas buscam delimitar-se recíprocamente, por meio de uma relação de concorrência, que pode significar tanto o confronto direto, quanto aliança, neutralidade, entre outros tipos de relações. Logo, pode-se concluir que as FDs de cada campo discursivo constituem-se afetando-se mutuamente.

Por sua vez, o espaço discursivo deve ser concebido como um subconjunto de formações discursivas, as quais serão relacionadas a partir do que o analista julga pertinente considerar para seu propósito. Nesse espaço, a interdiscursividade, caracterizada pela interação entre os subconjuntos das formações discursivas tomadas em relação, constitui-se como um processo de tradução, de interincompreensão regrada, cada uma introduzindo o Outro e traduzindo os seus enunciados nas categorias do Mesmo, fazendo com que a relação com esse Outro se dê sempre sob a forma de simulacro.

Nessa lógica, o que permite ao analista do discurso reconhecer o fenômeno da interdiscursividade, tal como concebida por Maingueneau, é o processo da interincompreensão, resultante da interação dos sistemas de restrições semânticas de cada FD do espaço discursivo em análise. Assim, o interdiscurso tem prioridade sobre o discurso, uma vez que este se

constitui de forma regulada dentro do interdiscurso. É importante destacar que a relação do discurso com outros discursos é o que estrutura sua identidade.

Dessa forma, um outro conceito relevante, presente nas concepções teóricas de Maingueneau, é o de competência discursiva, o qual foi elaborado a partir de Noam Chomsky, com base em seu conceito de competência linguística. Chomsky (1978 *apud* Maingueneau, 2005), em sua teoria da gramática gerativa, aborda a noção de competência como uma aptidão que um falante possui de produzir enunciados em uma determinada língua. Para Maingueneau (2005), essa noção pode levar à ideia de um sistema ideal, referente a um sujeito individual e a uma consciência coletiva. Outro ponto da teoria gerativista é a noção de competência linguística como uma estrutura profunda, a qual possui um sistema de regras inato e genético, ou seja, de natureza subjacente. Para Maingueneau (2005), a competência discursiva possui uma natureza totalmente ideológica, estabelecida pelo sistema de restrições semânticas, determinado pelas formações discursivas inscritas em seus respectivos campos discursivos.

Chomsky (1978 *apud* Maingueneau, 2005), ao encarar a competência linguística como a aplicação de regras gramaticais, derivadas da intuição do falante, vincula a ideia de criatividade à gramática gerativa. Dessa forma, sua noção de competência, a qual, vale lembrar, possui um nível abstrato e profundo, surge a partir do conceito de gramática universal. Maingueneau (2005) diverge desse pensamento ao afirmar que a competência discursiva se apresenta como um delimitador semântico, o qual não é abstrato nem profundo, mas global, servindo de filtro para determinar os enunciados e seus sentidos, permitindo que o que é dizível seja, de fato, enunciado.

Uma outra divergência entre os conceitos está nos diferentes posicionamentos de observação do fenômeno da competência. Chomsky (1978 *apud* Maingueneau, 2005) observa a competência por um viés linguístico, de uma perspectiva individual, ele considera que os processos sistêmicos e as transformações da língua ocorrem dentro do cérebro do indivíduo, de forma genética, um processo natural. Já Maingueneau (2005) encara o fenômeno da competência por uma perspectiva discursiva, de uma forma mais materializada, ou seja, considera, dentro do conceito de competência discursiva, a conjuntura histórica, visto que, para o autor, é a materialidade do discurso que vai lhe conferir a produção de efeitos de sentido.

De acordo com essas observações, podemos concluir que a noção de competência linguística de Chomsky (1978 *apud* Maingueneau, 2005) considera as características internas da língua, como os sistemas de signos, de sons, os conjuntos de frases, entre outros. A competência discursiva, para Maingueneau (2005), possui uma abordagem contextualizada, considerando, também, as características internas da língua, de uma semântica global, e aliando-as a uma dada conjuntura histórica. Nesta perspectiva, é o sistema de restrições que delimita a posição dos enunciadores e a produção dos enunciados.

O conceito de competência discursiva é um elemento chave a ser analisado para compreender a complexidade da noção de discurso trabalhada pelo autor. Dentro de um enunciado específico, haverá um sistema de restrições semânticas, o qual irá distribuí-lo e estabelecer o que é "dizível" em de determinados discursos.

Finalizando a discussão acerca da noção de competência para Maingueneau, não podemos deixar de considerar que, para o autor, esse fenômeno supõe que um enunciador do discurso seja capaz de reconhecer enunciados "bem formados", pertencentes a sua própria formação discursiva, além de produzir um número ilimitado de enunciados inéditos, igualmente pertencentes a essa FD, daí o termo "competência discursiva" (Maingueneau, 2005). Para além dessas características, a competência ainda supõe a aptidão para reconhecer as incompatibilidades semânticas entre os enunciados de diferentes formações discursivas, dentro do espaço discursivo que constitui o seu Outro, e também a habilidade de interpretar e traduzir esses enunciados, de acordo com as categorias do seu próprio sistema de restrições semânticas. Com base nesse princípio, Maingueneau afirma que este fenômeno não se trata apenas de uma competência discursiva, mas interdiscursiva, visto que, ao mesmo tempo em que o sujeito do discurso enuncia, de acordo com suas próprias regras, ele também não compreende os sentidos do enunciado do Outro, pois se vale apenas de seus próprios semas para traduzir o discurso de outrem.

Vale ressaltar que o sistema de restrições semânticas, englobado na competência interdiscursiva, não diz respeito a uma perspectiva gramatical, tendo em vista que a estrutura da língua é algo prévio e imposto dentro dos discursos. Esse sistema funciona como um filtro, o qual fixa os critérios que distinguem e distribuem os conjuntos de textos a posicionamentos discursivos específicos.

Para analisar as manifestações discursivas, o autor aponta que o que deve ser individuado, em sua perspectiva, não é o sistema de restrições, mas o próprio discurso, visto que este se forma pelas relações entre esse sistema e uma conjuntura histórica, tornando-o peculiar. Por outro lado, um sistema de restrições pode gerar formações discursivas diferentes e distantes, se associado a códigos diversos em outras conjunturas históricas. Desse modo, depreende-se que tal sistema não pode ser considerado como a "essência" do discurso, exatamente por se tratar apenas de uma estrutura, a qual pode ser investida em variadas FDs.

As estruturas das formações discursivas repousam sobre conjuntos de semas repartidos em positivos e negativos. Com base nesses conjuntos, a relação de interação semântica entre os discursos se estabelece, conforme o autor, por meio de um processo de tradução, uma intercompreensão regulada. O "discurso-agente" (aquele que traduz) traduzirá o "discurso-paciente" (o traduzido) utilizando simulacros que lhe são próprios. Ao criar um simulacro, uma formação discursiva pode traduzir ou interpretar negativamente os enunciados de outra formação (Outro), utilizando os valores de sua própria grade semântica (sua semântica global).

Em outras palavras, a interpretação dos enunciados do Outro é realizada como uma tradução, fundamentada nas predefinições da grade semântica do discurso interpretante, geralmente ancorada nos semas de registro negativo dessa grade. O autor sustenta essa visão de interpretação dos enunciados do Outro como tradução, argumentando que não há razão para limitar o uso desse termo à opacidade entre diferentes línguas naturais; mesmo dentro de uma única língua, existem áreas de interincompreensão recíproca, as quais podem ser entendidas em termos de 'discurso' e 'tradução' ao formarem um sistema (Maingueneau, 2005). Traremos este tópico, com mais detalhes, na seção 2.3, "O fenômeno da Interincompreensão".

2.2 A NOÇÃO DE TEMA PARA A SEMÂNTICA GLOBAL

Maingueneau (2005) afirma que o discurso possui dimensões no âmbito da intertextualidade, do vocabulário, do tema, do enunciador e destinatário, da dêixis, do modo de enunciação e do modo de coesão. O conceito de semântica global nos ajuda a entender cada um desses elementos e vai além de distinguir os aspectos de uma formação discursiva, pois busca compreender a sua significância discursiva como um todo.

Maingueneau diferencia o intertexto do discurso de sua intertextualidade, haja vista que o autor encara o primeiro como um “conjunto de fragmentos” que o discurso cita efetivamente; já a intertextualidade corresponde aos “tipos de relações intertextuais que a competência discursiva define como legítimas” (Maingueneau, 2005, p. 77). Vale ressaltar que o campo discursivo é o responsável por definir a maneira de citar os discursos anteriores do mesmo campo. Em contrapartida, um discurso em particular pode aceitar algumas restrições e também recusar outras.

Quanto ao vocabulário, Maingueneau (2005) afirma que nenhum é próprio ou específico de determinados discursos. O que pode haver é a utilização de unidades lexicais, com explorações semânticas controversas, a depender do discurso. Tal fato demonstra a ineficácia da análise do léxico por ele mesmo, para o analista, se torna mais vantajoso realizar análises lexicográficas, elaboradas a partir do discurso.

Em se tratando das relações entre enunciador e destinatário, estas são definidas pelo próprio discurso, o qual estabelece o que o enunciador deve atribuir para si e ao seu destinatário, a fim de legitimar o seu dizer. Maingueneau (2005) cita o exemplo do discurso humanista devoto, o enunciador é membro de uma Ordem, uma comunidade religiosa reconhecida, e dirige-se aos seus destinatários, os quais também fazem parte desta comunidade. Já o enunciador jansenista, ao contrário do humanista devoto, não possui uma inscrição social reconhecida, é apenas cristão, portanto, seus destinatários são todas as almas em sua unicidade, por sua crença, ele enxerga o seu público como semelhante a Deus.

Em seguida, Maingueneau (2005) trata da dêixis enunciativa que, para ele, delimita a cena e a cronologia do discurso, para autorizar sua própria enunciação. Não se trata, portanto, das datas cronológicas e locais físicos, nos quais foram produzidos os enunciados, mas de uma dêixis “espaciotemporal”, criada pelo discurso, em função do seu próprio universo. A dêixis a partir da qual o discurso jansenista enuncia não é a da França no século XVII, mas a da Igreja em suas origens, sua forma primitiva.

O modo de coesão, assim como a dêixis e os demais elementos, é próprio de cada formação discursiva e evoca a interdiscursividade, é a maneira como um discurso constrói a sua rede de referentes internos. Nesse domínio, Maingueneau (2005) chama a atenção para dois fenômenos, o recorte discursivo, o qual só possui sentido associado ao sistema de restrições de

sua respectiva formação discursiva; e o encadeamento discursivo, isto é, a maneira como cada formação constrói seus parágrafos, seus capítulos, a argumentação, a transição de um tema para outro e todas as outras unidades responsáveis por estabelecer coesão ao que é dito. Todas essas unidades, pequenas ou grandes, são relevantes para a semântica global.

Entretanto, um discurso não é apenas um conteúdo específico, associado a uma dêixis, um enunciador e seu destinatário, há também o modo de dizer, o qual Maingueneau (2005) denomina "modo de enunciação". No caso do discurso humanista devoto, conforme apontado acima, há uma tentativa de integrar enunciador e destinatário, uma vez que ambos fazem parte de uma mesma Ordem/comunidade. Nesse sentido, o discurso possui um modo formal em seu dizer, trata-se de uma voz "/Moderada/", uma elocução doce. O modo de enunciação, a voz, nessa perspectiva, configura-se, então, assim como os outros elementos anteriormente citados, um dos planos constitutivos do discurso, parte de uma "significância generalizada", a qual governa a noção de semântica global de Maingueneau.

Dada a natureza de nossa pesquisa, nos interessamos em trazer, mais aprofundadamente, as reflexões do autor sobre o elemento "tema", por possuir forte relevância para nossos estudos. Maingueneau não demonstra como prioridade a definição da noção de tema, mas considera importante a forma como determinado tema é tratado, semanticamente falando, no interior de um discurso, visto que se trata de uma característica fundamental na organização de uma formação discursiva. O tema, por si só, não é relevante, está preso ao seu sentido literal. O que interessa ao autor é analisar como esse tema é significado ou ressignificado em cada formação discursiva, a partir da sua relação com outras palavras, termos ou expressões. Dessa forma, analisaremos como os temas ansiedade e depressão são ressignificados em cada posicionamento discursivo.

Sob a perspectiva da semântica global, conforme já discutido anteriormente, uma formação discursiva não pode ser totalmente compatível com outra, já que se relacionam através de traduções, o Mesmo traduz o Outro, através de simulacros. Por outro lado, também não há uma total divergência entre ambas, uma vez que estão inseridas em um espaço discursivo, a priori, aceito pelas partes envolvidas, se organizam sob um mesmo tema. O que é capaz de diferenciá-las, nesse caso, é o tratamento semântico que cada uma dá ao tema em questão.

Se o tratamento semântico, por sua vez, é capaz de identificar um discurso como pertencente a determinada formação discursiva, nos interessa, nesta pesquisa, observar, na coleta de discursos médico-terapêuticos e leigo-pacientes, que tratamento semântico cada um oferece aos temas ansiedade e depressão, como estão inscritos nas enunciações dos sujeitos de discurso em questão.

Maingueneau (2005) divide os temas em dois subconjuntos: os temas impostos e os temas específicos de cada discurso. Estes últimos podem estar presentes em um discurso e ausentes em outro. Já os temas impostos são definidos pelo campo discursivo no qual se entrecruzam os discursos e obrigatoriamente constituintes das respectivas formações discursivas, trazendo à tona as polêmicas e os debates, bem como revelando a posição ideológica dos enunciadores.

A diferença no tratamento dos temas impostos se dará pela compatibilidade com o sistema de restrições. Maingueneau (2005) divide, ainda, os temas impostos em compatíveis e incompatíveis. Se for pouco compatível, o tema será tratado de forma marginalizada, mas havendo alta compatibilidade, o tema será "hipertrofiado", dentro desse sistema de restrições semânticas. Pode ocorrer, ainda, segundo o autor, que os dois discursos deem o mesmo nível de importância ao tema imposto, o que acontece em nosso *corpus*.

Pensando neste último caso como uma possível condição a ser investigada em nossa pesquisa, analisamos o modo como os temas ansiedade e depressão são tratados no interior dos discursos médico-terapêuticos e leigo-pacientes, buscando destacar os aspectos semânticos que caracterizam o tema, quando abordado pelos discursos de diferentes autoridades e personalidades, identificando possíveis debates e divergências na busca de afirmar, através das enunciações dos sujeitos do discurso, o que é dito, como algo "verdadeiro" e "legítimo" .

2.3 O FENÔMENO DA INTERINCOMPREENSÃO

Se, como sugere Maingueneau (2005), tomarmos o espaço discursivo como uma rede de interação semântica, perceberemos que ele estabelece um processo de interincompreensão generalizada, o qual, como já discutido, consiste em uma condição necessária para a multiplicidade das posições enunciativas. Nesse contexto, não se pode dissociar o ato de enunciar, conforme as normas de sua própria formação discursiva, da incapacidade de

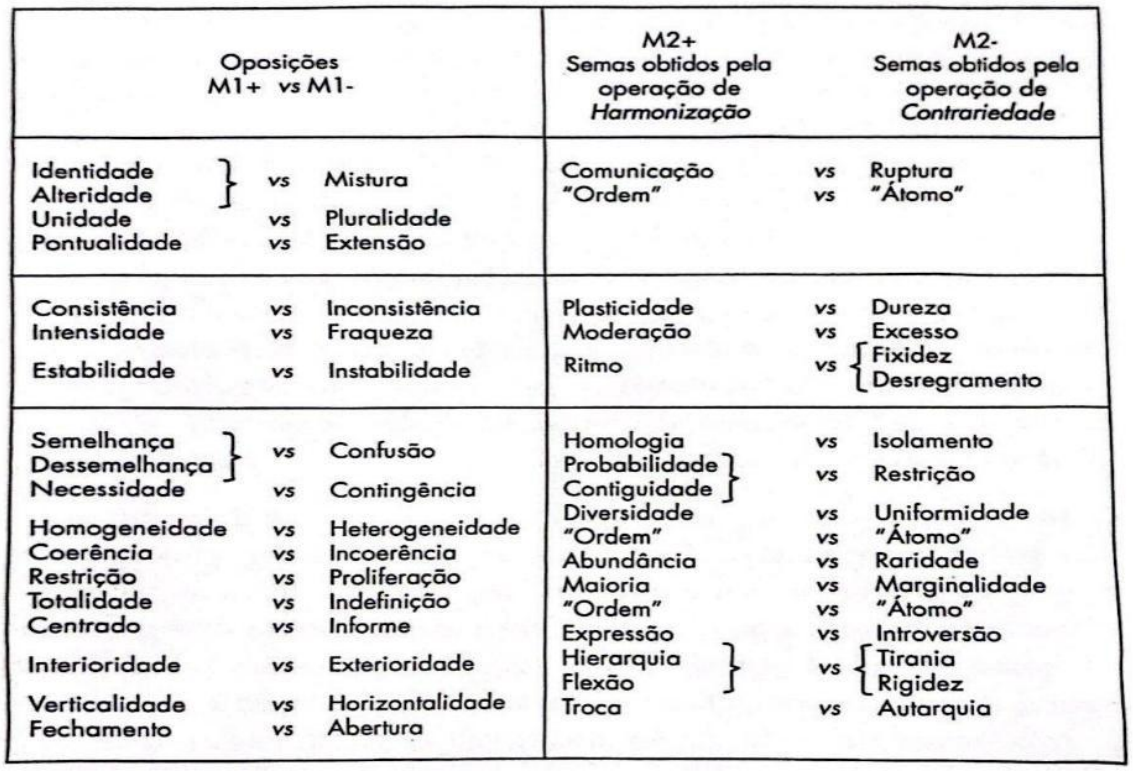
compreender o sentido dos enunciados do Outro, uma vez que essas duas dimensões são manifestações de um mesmo fenômeno. Isso se evidencia na circunstância de que cada discurso é circunscrito por uma grade semântica que, em um movimento simultâneo, fundamenta o desentendimento mútuo.

Todo discurso, de fato, assenta-se sobre um conjunto de semas organizados em dois registros: por um lado, os semas positivos, que são reivindicados; por outro, os semas negativos, que são rejeitados. Cada posição discursiva corresponde a um dispositivo que possibilita a interpretação dos enunciados do Outro, traduzindo-os segundo as categorias do registro negativo de seu próprio sistema. Maingueneau (2005) denomina "discurso-agente" aquele que ocupa a posição de tradutor e "discurso-paciente" aquele que é traduzido; por definição, a atividade de tradução é exercida em benefício do primeiro.

Quando o autor se refere à tradução, ele utiliza esse termo em um sentido bastante específico. Não se trata de uma tradução do Outro para o Mesmo, como ocorre com mitos e ideologias, que convertem a realidade. Tampouco se trata da tradução de um idioma para outro. Esse projeto é uma conceptualização dos ditos da sabedoria popular, no que diz respeito aos diálogos de surdos ou quando afirmam que adversários não falam a mesma língua. Trata-se de um "Pentecostes pervertido" (Maingueneau, 2005, p. 100), no qual o Mesmo interpreta os enunciados do Outro em sua própria linguagem, apesar de estarem dentro do mesmo idioma. Portanto, a tradução que interessa a Maingueneau, neste contexto, refere-se a um mecanismo necessário e sistemático, intrinsecamente ligado à constituição de formações discursivas que, para além de suas próprias estruturas, remetem a descontinuidades sócio-históricas irredutíveis. (Maingueneau, 2005).

O autor entende o mecanismo de tradução e o sistema de restrições como as duas faces de um mesmo funcionamento. Ao mencionar o exemplo da relação entre o discurso jansenista e o discurso humanista devoto, Maingueneau afirma que, se um enunciador, caracterizado como humanista devoto, for observado em seu papel de discurso-agente, será constatado que, ao traduzir o Outro (discurso jansenista), com base nos seus próprios semas negativos, ele traduzirá a /Consistência/ do jansenismo como /Dureza/, a /Verticalidade/ como /Tirania/, e assim por diante, conforme o quadro abaixo:

Figura 1 – Semas negativos e positivos a partir da oposição entre os discursos jansenista (M1) e humanista devoto (M2).



Oposições M1+ vs M1-			M2+ Semas obtidos pela operação de *Harmonização*		M2- Semas obtidos pela operação de *Contrariedade*
Identidade, Alteridade	vs	Mistura	Comunicação	vs	Ruptura
			"Ordem"	vs	"Átomo"
Unidade	vs	Pluralidade			
Pontualidade	vs	Extensão			
Consistência	vs	Inconsistência	Plasticidade	vs	Dureza
Intensidade	vs	Fraqueza	Moderação	vs	Excesso
Estabilidade	vs	Instabilidade	Ritmo	vs	Fixidez, Desregramento
Semelhança, Dessemelhança	vs	Confusão	Homologia	vs	Isolamento
			Probabilidade, Contiguidade	vs	Restrição
Necessidade	vs	Contingência			
Homogeneidade	vs	Heterogeneidade	Diversidade	vs	Uniformidade
Coerência	vs	Incoerência	"Ordem"	vs	"Átomo"
Restrição	vs	Proliferação	Abundância	vs	Raridade
Totalidade	vs	Indefinição	Maioria	vs	Marginalidade
Centrado	vs	Informe	"Ordem"	vs	"Átomo"
			Expressão	vs	Introversão
Interioridade	vs	Exterioridade	Hierarquia, Flexão	vs	Tirania, Rigidez
Verticalidade	vs	Horizontalidade	Troca	vs	Autarquia
Fechamento	vs	Abertura			

(Maingueneau, 2005, p. 103)

O discurso jansenista, observado em seu lugar de "enunciador agente", também operará de maneira assimétrica. Recorrendo aos seus semas negativos, ele traduzirá o Outro (discurso humanista devoto) com base em sua própria grade semântica: o que o Outro chama de /Moderação/ será analisado como /Fraqueza/ pelo Mesmo, a /Abundância/ será vista como /Pluralidade/, sempre nesse processo de interincompreensão recíproca.

O que Maingueneau busca destacar neste breve exemplo de tradução é a dissimetria entre os dois discursos. Cada formação discursiva possui uma maneira própria de interpretar seu Outro. Essa ideia vai além da noção de um simples antagonismo entre dois discursos. Na verdade, tendo como pressuposto que a relação com o Outro é constitutiva, esse antagonismo se revela apenas como um aspecto do funcionamento da formação discursiva, especificado como consequência.

Tomando, novamente, o exemplo que Maingueneau (2005) traz, percebemos que, antes de o discurso jansenista se consolidar, em um espaço discursivo distinto, o discurso humanista devoto já ocupava um lugar inscrito no universo semântico de seu futuro adversário. O novo

discurso não é concebido como um elemento isolado; ao contrário, é integrado à grade preexistente. A relação de antagonismo é consequência desse processo, visto que o discurso jansenista foi criado e consolidado com o objetivo de negar o discurso humanista devoto. Maingueneau ainda argumenta que "[...] Nesse domínio, manter a própria identidade e definir a priori todas as figuras que o Outro pode assumir é uma só e mesma coisa." (Maingueneau, 2005, p. 105). Depreende-se, então, que, a formação discursiva não define apenas um universo de sentido próprio, mas o seu modo de coexistência com os outros discursos.

A esta altura, um novo conceito se torna importante para as nossas discussões, o de polêmica. Maingueneau (2005) recorre a esse conceito, deixando bem claro que não se trata de uma "controvérsia violenta", conforme é utilizado normalmente, mas polêmica como parte do processo de interincompreensão, como um aspecto das relações explícitas entre duas formações discursivas.

Tais relações, segundo o autor, se constituem em dois níveis: um é dialógico, a interação constitutiva entre os discursos; e o outro é polêmico, caracterizando-se pela heterogeneidade mostrada, a citação. No nível polêmico, o corpo do Outro é posto em conflito com o corpo do Mesmo, que o cita e o envolve. O Outro, por sua vez, é expulso por si próprio, porque faz parte de um universo semântico incompatível com o do enunciador que o envolve. Maingueneau (2005) alega que a polêmica aparece como uma "homeopatia pervertida", porque introduz o Outro em seu discurso, na tentativa de neutralizá-lo. No entanto, esse Outro não entra de qualquer forma, é introduzido através de um simulacro, é anulado dentro do discurso do Mesmo.

Cada discurso deve, dessa forma, dar resposta aos golpes recebidos e dar golpes, o que envolve duas escolhas a serem tomadas pelo sistema de restrições semânticas: responder aos conjuntos de enunciados do Outro, que pareçam mais ameaçadores, e, a partir dos enunciados não-polêmicos do Outro, definir os pontos de ataque. No entanto, para além de detectar ameaças, Maingueneau (2005) afirma que polemizar é colocar o adversário no papel de infrator, em relação a uma legislação que seja concebida como incontestável. Ao desqualificar o adversário, o Mesmo tenta tirar do Outro o seu direito à palavra.

Diferentemente do que costumamos pensar, a polêmica, para Maingueneau (2005), tem mais relação com a convergência do que com a divergência. Isto porque o desacordo pressupõe

um acordo sobre um conjunto ideológico comum. Já na polêmica, acredita-se que há um código, o qual transcende os dois discursos em disputa, reconhecido por ambos, capaz de decidir o que é justo e o que não é. Nos deparamos, então, com uma outra figura, que não é nem o Mesmo nem o Outro, se posiciona como um Terceiro, um árbitro, dono das regras, e possui relação de neutralidade com as figuras em disputa.

Para finalizar a discussão, Maingueneau (2005) chama a atenção para uma vertente positiva a respeito do fenômeno da interincompreensão. Não é possível haver a compreensão de todo um espaço discursivo, mas a interincompreensão permite que haja esse entendimento dentro de um mesmo discurso, fazendo com que nele se fale a mesma coisa, da mesma forma. Pensando por esse viés, perceberemos que não estamos sós, os nossos enunciados, por menores que sejam, são possíveis a partir do código partilhado que os legitima.

A proposta de Maingueneau (2005) acerca do espaço discursivo como uma rede de interação semântica é especialmente pertinente ao estudo dos discursos sobre saúde mental. Nesse contexto, a interincompreensão se torna um elemento crucial, pois a multiplicidade das posições enunciativas reflete a diversidade de experiências e saberes que permeiam as discussões sobre saúde mental. Cada discurso, ao estar circunscrito por uma grade semântica própria, revela a complexidade das interpretações que podem surgir nas interações entre profissionais da saúde, pacientes e suas redes de apoio. Essa dinâmica ressalta a importância de reconhecer que a incapacidade de compreender os enunciados do Outro é parte integrante do fenômeno discursivo, no entanto, em se tratando da interação entre membros de uma mesma equipe, pode vir a ser um obstáculo.

A análise dos discursos médico-terapêuticos e leigo-pacientes, sob as temáticas da ansiedade e depressão, fundamentada nos pressupostos teóricos de Maingueneau, nos permitirá explorar a complexidade e a riqueza das interações que se desenrolam nesses ambientes discursivos. Com isso, pretendemos oferecer aos leitores e leitoras deste trabalho um quadro semântico das formações discursivas que compõem esse espaço, analisando os discursos em questão não apenas como práticas sociais, mas, de maneira especial, como práticas discursivas.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, traçamos as principais decisões metodológicas para esta pesquisa, bem como descrevemos o percurso das ações empreendidas, sob o intuito de alcançarmos os objetivos aqui apresentados. Em um primeiro momento, abordamos a caracterização da pesquisa. Por conseguinte, a delimitação do *corpus* e, logo após, o procedimento de coleta de dados, bem como o de análise desse material.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa se caracteriza como qualitativa, de natureza exploratória e interpretativa. É qualitativa porque busca compreender a produção de sentidos nos discursos sobre saúde mental, priorizando a análise de enunciados e suas condições de produção, em vez da quantificação de dados. Seu caráter exploratório se manifesta no interesse em investigar um objeto complexo e relativamente recente nos estudos discursivos: os sentidos de ansiedade e depressão, construídos em posicionamentos distintos como o médico-terapêutico e o leigo-paciente, com o objetivo de levantar hipóteses e mapear possibilidades analíticas. Trata-se também de uma pesquisa interpretativa, uma vez que se fundamenta na análise contextualizada dos discursos e de seus efeitos de sentido, tomando como base a teoria da Análise do Discurso francesa. O aporte metodológico centra-se na semântica global proposta por Dominique Maingueneau (2005), que permite examinar os posicionamentos discursivos no interdiscurso, construídos a partir de diferentes gêneros que compõem o *corpus* selecionado.

3.2 O *CORPUS*

O *corpus* da pesquisa é constituído por enunciados oriundos de gêneros diversos, produzidos em ambiente digital, especificamente em vídeos no YouTube, episódios de *podcasts* disponíveis na plataforma Spotify e postagens na rede social Instagram. Os enunciados foram agrupados em dois posicionamentos discursivos. O primeiro é o posicionamento médico-terapêutico, enunciado por psiquiatras e psicólogos. Apostamos na hipótese de que estes materiais analisados apresentam um discurso centrado na prevenção, na medicalização e no acompanhamento terapêutico. Por meio de linguagem normativa e técnica,

esses textos reforçam a ideia de ansiedade e depressão como questão de saúde pública, relacionando a prevenção e o tratamento a políticas institucionais e a práticas profissionais, como psicoterapia e medicalização.

O segundo posicionamento é o leigo-paciente, enunciado por criadores de conteúdo, artistas e empresários que passaram por crises de ansiedade e depressão, abordando os temas em questão com relatos pessoais sobre sofrimento psíquico. A nossa hipótese é de que apresentam um discurso que valoriza experiências pessoais e estratégias individuais de enfrentamento do sofrimento psíquico. Essas produções, em geral, constroem sentidos a partir de uma linguagem afetiva e próxima do cotidiano, incentivando práticas de autocuidado, autoconhecimento e busca por equilíbrio emocional. Diferentemente do discurso médico, há menor ênfase na dimensão coletiva ou nas políticas públicas, predominando a responsabilização individual como caminho para alcançar a saúde mental.

Dessa forma, sugere-se que, enquanto o primeiro posicionamento (médico-terapêutico) reforça a saúde mental como questão de saúde pública e medicalização, o segundo posicionamento (leigo-paciente) tende a individualizar a responsabilidade pelo sofrimento, evidenciando uma tensão entre abordagens coletivas e subjetivas, respectivamente.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para selecionar os textos dos dois posicionamentos, tanto o médico-terapêutico quanto o leigo-paciente foram considerados conteúdos publicados em plataformas como Instagram, YouTube e *podcasts*, priorizando materiais com ampla circulação e engajamento, ou seja, conteúdos com os maiores números de visualização, curtidas, comentários e compartilhamentos, de modo a representar práticas discursivas características do ambiente digital. Essa escolha buscou contemplar uma diversidade de gêneros e elementos próprios do discurso digital, como *hashtag*s, emojis e hiperligações.

Para realizar a coleta desse *corpus* nativo digital escolhemos como *locus* três plataformas de mídias sociais da *internet*: o Instagram, o YouTube e o Spotify. A escolha destas deve-se à sua ampla circulação e relevância na configuração dos debates contemporâneos digitais sobre ansiedade e depressão.

O Instagram, por sua natureza visual e interativa, tornou-se um espaço privilegiado para influenciadores profissionais de saúde ou leigos disseminarem conteúdos de orientação e autocuidado. O YouTube, através da dimensão audiovisual e potencial narrativo, abriga vídeos que exploram experiências pessoais, entrevistas e discussões aprofundadas sobre os temas. Já o Spotify, por meio de *podcasts*, possibilita a veiculação de reflexões mais extensas, alcançando um público diverso. A combinação dessas três plataformas garante a representatividade de diferentes formatos e práticas discursivas digitais, fundamentais para compreender a multiplicidade de sentidos que atravessam o campo da saúde mental no ambiente *online*. Vale ressaltar que, em todas as plataformas, a conta utilizada para acessá-las foi da própria pesquisadora.

A seleção dos perfis de usuários que compõem o *corpus* foi orientada pelos algoritmos das próprias plataformas (Instagram, YouTube e Spotify), que indicam conteúdos de maior relevância e engajamento entre os usuários. Essa escolha levou em consideração o funcionamento da inteligência artificial dessas redes, a qual organiza a visibilidade e a circulação dos discursos digitais, influenciando diretamente quais narrativas alcançam maior audiência. Dessa forma, os perfis analisados representam aqueles que, segundo a lógica algorítmica, possuem maior impacto na formação de sentidos sobre ansiedade e depressão no ambiente *online*, entre janeiro de 2023 e junho de 2025, assegurando a pertinência e a atualidade do material coletado.

A coleta de textos no Instagram foi realizada a partir da seleção de publicações sobre ansiedade e depressão disponíveis no *feed* de cada perfil escolhido, considerando postagens feitas de janeiro a junho de 2025. Assim, a coleta buscou reunir postagens que exploram recursos multimodais característicos da plataforma, como carrosséis, legendas, *hashtags* e imagens.

A coleta de dados nas plataformas YouTube e Spotify considerou conteúdos publicados entre janeiro de 2023 e junho de 2025, os quais apresentaram maior relevância e alcance, conforme a lógica algorítmica de cada ambiente digital, que privilegia vídeos e *podcasts* com alto índice de visualização e engajamento. No YouTube, foram selecionados vídeos que abordam ansiedade e depressão, explorando recursos audiovisuais como imagem, som, edição e chamadas interativas, características fundamentais para compreender a construção multimodal do discurso. Já no Spotify, a escolha recaiu sobre episódios de *podcasts*

amplamente difundidos, que discutem os temas ansiedade e depressão, além de estratégias de cuidado emocional. Esse formato, encontrado nas duas plataformas, marcado pela oralidade e pela proximidade com o espectador/ouvinte, possibilita reflexões mais aprofundadas e narrativas pessoais. Para ambas as plataformas, foram utilizadas as palavras-chave “ansiedade” e “depressão”, no momento de busca, e uma posterior separação entre os relatos de profissionais e leigos.

Os quadros a seguir apresentam a esquematização detalhada do corpus analisado nesta pesquisa. Neles, são sistematizadas as informações referentes aos materiais selecionados, incluindo dados de identificação, recorte temporal, plataforma de circulação e características discursivas relevantes para a análise. Essa organização visa conferir maior transparência ao processo de constituição do corpus, bem como facilitar a compreensão dos critérios adotados para sua seleção e delimitação, assegurando a reprodutibilidade e a coerência metodológica do estudo.

Quadro 1 – *Corpus* retirado da plataforma Instagram

Nome do perfil	Tema	Quantidade de seguidores	Posicionamento discursivo	Recorte temporal	Nº de postagens coletadas
@psirodrigoalcantara	Ansiedade e Depressão	250 mil	Médico-terapêutico	1º semestre de 2025	10
@drfelipe.mourao	Ansiedade e Depressão	19 mil	Médico-terapêutico	1º semestre de 2025	10
@ricardo.ouchi	Ansiedade e Depressão	142 mil	Médico-terapêutico	1º semestre de 2025	10

@ansiedadeconv	Ansiedade	942 mil	Leigo-paciente	1º semestre de 2025	10
@souansiosa	Depressão e Ansiedade	258 mil	Leigo-paciente	1º semestre de 2025	10
@depoisdaborda	Depressão	4.957	Leigo-paciente	1º semestre de 2025	10

O Quadro 1 apresenta a composição de partes do corpus desta pesquisa, constituído a partir de perfis da plataforma Instagram que abordam temas relacionados à ansiedade e à depressão. A seleção contempla perfis com diferentes níveis de alcance, identificados pela quantidade de seguidores, bem como distintos posicionamentos discursivos, organizados entre o eixo médico-terapêutico e o leigo-paciente. O corpus foi delimitado ao primeiro semestre de 2025 e compreende um total de sessenta (60) postagens, distribuídas de forma equitativa entre os seis perfis selecionados.

Quadro 2 – *Corpus* retirado da plataforma YouTube

Nome do autor	Título do vídeo	Quantidade de visualizações	Posicionamento discursivo	Recorte temporal	Tempo de vídeo
Ana Beatriz Barbosa - psquiatra	“Ansiedade, Depressão e os	257.144	Médico-terapêutico	Setembro de 2025	47 min

	impactos no dia a dia”				
Marcos Lacerda - psicólogo	“A ansiedade oculta”	77 mil	Médico-terapêutico	Novembro de 2024	15 min
Drauzio Varella - médico	“Como conseguir tratamento para ansiedade no SUS?”	32 mil	Médico-terapêutico	Outubro de 2024	7 min
Marco Abud - psiquiatra	“10 piores dores de ansiedade e como acalmar em 60 segundos”	170.838	Médico-terapêutico	Setembro de 2025	17 min
Daniel Martins de Barros - psiquiatra	“O que fazer depois do diagnóstico de depressão”	1,2 mil	Médico-terapêutico	Setembro de 2024	13 min
Fernando Fernandes - psiquiatra	“Entenda a depressão ansiosa”	10 mil	Médico-terapêutico	Novembro de 2023	18 min
Vanessa Lino	“Saúde mental – a minha história, como lido com a	52.050	Leigo-paciente	Maio de 2025	28 min

	depressão, ansiedade e tdah e novos diagnósticos”				
Lu Ferreira	“Depressão: Cuidando da minha saúde mental”	150.167	Leigo-paciente	Abril de 2023	30 min
Rebeca Calhau	“Depressão e ansiedade: minha experiência tomando sertralina”	16.403	Leigo-paciente	Setembro de 2024	19 min
Gisele Pompeu	“Meu testemunho de cura – depressão, pensamentos suicidas”	23.289	Leigo-paciente	Fevereiro de 2023	20 min
Abigail Lacerda	“Meu contato com a depressão (eu venci)”	10.410	Leigo-paciente	Agosto de 2024	14 min

O Quadro 2 apresenta a esquematização do corpus audiovisual constituído a partir da plataforma YouTube, selecionado segundo os mesmos critérios gerais adotados para o corpus do Instagram, os quais se referem à relevância algorítmica e engajamento. O conjunto é

composto por vídeos que tematizam a ansiedade e a depressão e que se organizam a partir dos dois posicionamentos discursivos principais: o médico-terapêutico, associado a profissionais da área da saúde, e o leigo-paciente, caracterizado por narrativas de experiência pessoal. Os materiais analisados apresentam variação quanto ao número de visualizações e à duração dos vídeos, incidindo sobre as condições de circulação, alcance e legitimação dos discursos na plataforma. Ao todo, o corpus compreende aproximadamente 228 minutos de material audiovisual, o que possibilita uma análise detalhada das regularidades enunciativas e dos modos de construção dos sentidos sobre depressão e ansiedade no ambiente digital. O recorte temporal abrange produções publicadas entre 2023 e 2025, permitindo observar tanto a estabilização quanto os deslocamentos discursivos em diferentes momentos de circulação.

Quadro 3 – *Corpus* retirado da plataforma Spotify

Nome do entrevistado	Nome do episódio/*podcast*	Quantidade de *plays*	Posicionamento discursivo	Recorte temporal	Tempo de duração
Juliana Fonseca - psiquiatra	"Psiquiatria: A verdade sobre a depressão e ansiedade" – Lutz *Podcast*	76 mil	Médico-terapêutico	Outubro de 2024	2h e 21 min
Ana Beatriz Barbosa - psiquiatra	"Depressão não é drama ou falta de Deus" - Podpeople	360.392	Médico-terapêutico	Maio de 2025	1h e 20 min
Anna Polak - psicóloga	"Ansiedade e depressão: sintomas, tratamentos e o papel do	225 mil	Médico-terapêutico	Novembro de 2024	1h e 13 min

	psicólogo" – Eslen *Podcast*				
Marcelo Serrado - ator	"Crise de pânico" – *podcast* Labirinto	12 mil	Leigo-paciente	Novembro de 2024	30 min
Lucas Lucco - cantor	Ironcast #274	73 mil	Leigo-paciente	Junho de 2023	1h e 24 min
Paulo Muzy - empresário	Os Sócios *Podcast* #139	565 mil	Leigo-paciente	Junho de 2023	2h e 12 min

O Quadro 3 apresenta a composição do *corpus* sonoro selecionado na plataforma Spotify, organizado segundo os mesmos critérios metodológicos aplicados aos *corpora* do Instagram e do YouTube. O conjunto é formado por episódios de podcasts que tematizam a ansiedade e a depressão e que se distribuem entre dois posicionamentos discursivos centrais. Os episódios selecionados apresentam ampla variação quanto à quantidade de *plays* — entendidos, no contexto da plataforma, como o número de reproduções de um episódio, indicador do alcance e da circulação do conteúdo — e à duração, aspectos que incidem diretamente sobre as condições de visibilidade, engajamento e legitimação dos discursos no ambiente digital. Ao todo, o *corpus* do Spotify compreende aproximadamente 540 minutos de material sonoro, que, somados aos 228 minutos do corpus audiovisual do YouTube, totalizam 768 minutos de material oral analisado. Esse volume permite uma observação sistemática das regularidades enunciativas e dos modos de construção dos sentidos sobre ansiedade e depressão em diferentes plataformas digitais, considerando a articulação entre regimes de autoridade discursiva e formatos de mídia.

Concluída a etapa de coleta de materiais representativos, avançamos para os procedimentos de análise, os quais serão descritos a seguir, no próximo tópico. Essa etapa será orientada pelas teorias que fundamentam a pesquisa, em especial a semântica global de

Maingueneau (2005), considerando as especificidades de cada conjunto discursivo e as categorias analíticas necessárias para compreender os sentidos de ansiedade e depressão produzidos nos diferentes contextos. A seguir, detalham-se os critérios e etapas que nortearão essa análise, buscando evidenciar como os discursos se articulam, se complementam ou se tensionam no interdiscurso contemporâneo.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A primeira etapa da análise consiste no mapeamento dos posicionamentos discursivos sobre ansiedade e depressão: médico-terapêutico e leigo-paciente. Nessa fase, serão identificadas as diferentes formas de constituição desses discursos, considerando os enunciadores, os suportes de circulação e os recursos linguísticos e multimodais mobilizados. Além disso, será observada a maneira como esses posicionamentos buscam legitimação, seja por meio da autoridade científica no caso do posicionamento médico-terapêutico, seja pela construção de autenticidade e experiência pessoal, no caso do posicionamento leigo-paciente. Esse mapeamento permitirá compreender as estratégias discursivas que sustentam os posicionamentos discursivos, no que diz respeito às temáticas de ansiedade e depressão.

A segunda etapa da análise será dedicada ao estabelecimento da semântica global dos posicionamentos discursivos identificados. Para isso, será realizado um exame aprofundado do conjunto de enunciados selecionados, buscando reconhecer os princípios organizadores que conferem unidade de sentido a cada discurso. Essa etapa permitirá compreender como se estruturam os valores, crenças e representações sobre ansiedade e depressão, dentro do sistema de restrições de cada posicionamento.

A terceira e última etapa da análise consiste em examinar como os posicionamentos discursivos se articulam no interdiscurso, buscando compreender as relações que estabelecem entre si. Para isso, será construída a grade semântica final, contrastando os semas positivos e negativos associados a cada posicionamento e considerando o movimento de tradução do Outro, o qual evidencia as estratégias de aproximação ou distanciamento entre os discursos. Esse procedimento permitirá identificar vínculos de aliança, oposição e/ou aparente neutralidade, revelando como se configuram as disputas simbólicas em torno da autoridade sobre os temas de ansiedade e depressão na contemporaneidade. A análise dessas relações é

fundamental para compreender os efeitos de sentido produzidos pela interação entre diferentes vozes, bem como as tensões que permeiam a circulação social dos temas.

Concluída a descrição dos procedimentos metodológicos, os quais orientam desde a coleta até a análise dos dados, a próxima etapa é de aplicação dessas diretrizes ao *corpus* selecionado. A seguir, apresentam-se as análises desenvolvidas, nas quais se busca evidenciar como os diferentes posicionamentos discursivos sobre ansiedade e depressão se constituem, se legitimam e se articulam no interdiscurso, revelando os sentidos que atravessam tanto o posicionamento médico-terapêutico quanto o posicionamento leigo-paciente.

4. ANÁLISES

Esta seção, dedicada às análises, será organizada em três partes principais, correspondentes às etapas previstas na metodologia. Na primeira, será realizada a análise do conjunto de textos pertencentes ao posicionamento médico-terapêutico, considerando seus discursos e estratégias de legitimação. Em seguida, a segunda parte se voltará para a análise dos textos do posicionamento leigo-paciente, explorando as formas de construção de sentido características desse espaço. Por fim, a terceira parte apresentará a comparação entre os dois posicionamentos discursivos encontrados, examinando suas relações no interdiscurso e culminando na elaboração da grade semântica, presente na subseção "Resultados", a qual permitirá evidenciar aproximações, oposições e disputas simbólicas em torno dos transtornos de ansiedade e depressão na contemporaneidade.

4.1 OS DOIS POSICIONAMENTOS DISCURSIVOS E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Neste tópico, apresentaremos os dois posicionamentos que associamos no nosso espaço discursivo. Primeiramente, trataremos do posicionamento que nomeamos M/T (Médico/Terapêutico), em decorrência da natureza dos temas que dialogam predominantemente com questões relativas à área da saúde e ao saber da TCC, Terapia Cognitivo Comportamental, e, na sequência, abordaremos o posicionamento que nomeamos L/P (Leigo/Paciente), em decorrência da natureza dos temas que dialogam predominantemente com questões relativas a um discurso que busca a autoridade no assunto por meio da experiência do indivíduo. Optamos por essa sequência porque M/T corresponde ao discurso primeiro, a partir do qual o L/P se constitui.

4.1.1 POSICIONAMENTO DISCURSIVO M/T (MÉDICO-TERAPÊUTICO)

Os vídeos, *podcasts* e postagens apresentados por diversos especialistas em saúde mental abordam o impacto crescente da aceleração da rotina moderna e da cobrança por produtividade na saúde emocional. A pressão constante por desempenho e a sobrecarga de estímulos são apontadas como fatores-chave no aumento da ansiedade, que muitas vezes se manifesta de forma oculta, por meio de sintomas físicos, comportamentais e cognitivos. No

entanto, os especialistas reforçam que esses sintomas não devem ser vistos como a identidade do indivíduo, mas como respostas temporárias a um contexto emocional complexo.

Os especialistas afirmar adotar estratégias de autoconsciência, atenção plena e equilíbrio entre o ser e o fazer, a fim de promover o bem-estar emocional e físico. A prática constante dessas abordagens, segundo os profissionais, contribui para o controle dos efeitos da ansiedade, ajudando os indivíduos a se conectarem com o presente e a reduzirem o impacto dos sintomas no corpo e na mente. Além disso, eles destacam que o sucesso no tratamento da depressão e da ansiedade depende da adesão a um tratamento combinado, que inclui acompanhamento psiquiátrico e psicológico, bem como a incorporação de hábitos saudáveis.

Esses discursos buscam retirar o estigma sobre os transtornos mentais, e, principalmente, o tratamento com medicamentos, destacando que o cuidado com a saúde mental é um processo contínuo e integrado, que requer atenção plena ao sujeito, ao seu contexto e às suas necessidades específicas.

No entanto, embora as abordagens terapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental e o uso de medicamentos, sejam amplamente recomendadas, há uma tendência em um hiper foco na prática medicamentosa, o que pode, em muitos casos, deixar em segundo plano as práticas complementares essenciais para o bem-estar integral, como o incentivo à adoção permanente de um estilo de vida saudável. Isso reflete um discurso de tratamento que se foca na cura dos sintomas, sem necessariamente olhar para a prevenção ou para o cuidado holístico do indivíduo.

Outro ponto discutido nos vídeos é a abordagem do discurso religioso em relação ao tratamento de transtornos mentais. Alguns discursos sugerem que a fé e a oração podem ser componentes essenciais para a cura, o que, segundo os profissionais de saúde, pode ser problemático quando se sobrepõe às abordagens científicas baseadas em evidências, partindo do pressuposto de que a espiritualidade e a fé não devem ser apresentadas como alternativas à terapia profissional ou aos tratamentos médicos. Quanto à cura, segundo os especialistas, não é algo definido quando se trata de transtornos como depressão e ansiedade, uma vez que se tratam de patologias ligadas às emoções, com as quais sempre teremos de lidar e estarão sempre sujeitas a alterações.

Além disso, uma questão relevante que emerge desses discursos é a comercialização de produtos de saúde mental, muitas vezes promovidos pelos próprios profissionais, os quais utilizam as plataformas do YouTube, Instagram e *podcasts* para engajamento e *marketing* pessoal. Ao buscar aumentar a visibilidade e o engajamento, muitos profissionais acabam focando mais na autopromoção do que em um diálogo genuíno sobre as complexidades da saúde mental. É necessário questionar se a pressão por *likes*, seguidores e visualizações pode desvirtuar a missão original de promover a saúde mental de forma responsável e empática para com o público-alvo.

4.1.1.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO À LUZ DO POSICIONAMENTO M/T

Os discursos discutem os efeitos da rotina acelerada sobre a saúde mental, com foco nas consequências da ansiedade e da depressão. A depressão frequentemente se desenvolve em paralelo à ansiedade, especialmente quando o indivíduo passa a projetar cenários negativos e a perceber o futuro de maneira pessimista, adotando a perspectiva de ver o copo meio vazio. Esse quadro se intensificou com a pandemia global, que resultou em um aumento significativo dos índices de transtornos mentais, com destaque para o Brasil, o qual ocupa uma posição preocupante na América Latina desde 2016, segundo a psiquiatra Ana Beatriz Barbosa (2025).

A pressão constante por produtividade, exacerbada pelo *home office* e pela falsa sensação de mais tempo proporcionada pelas tecnologias, tem levado as pessoas a uma vida cada vez mais acelerada: “[...]a tecnologia trouxe uma falsa ilusão de mais tempo, mas estamos com menos tempo, acelerou a gente, estamos fazendo muito mais coisas com menos profundidade [...]” (Barbosa, 2025). Especialistas apontam que fatores como a idade e as altas expectativas de sucesso contribuem para a intensificação dessa pressão, tornando essencial o equilíbrio entre o ser e o fazer para preservar a saúde mental: “O cérebro precisa ter o ser e o fazer, quem eu sou abastece o que eu faço[...]” (Barbosa, 2025).

Os profissionais de saúde também destacam a importância das políticas públicas no tratamento dos transtornos mentais, principalmente para pacientes que não possuem condições financeiras de manter as terapias e os medicamentos:

> [...] Procure uma UBS e marque uma consulta com o médico. Se for crise de pânico, pronto socorro ou UPA, você vai receber um primeiro atendimento e encaminhamento. Na UBS o médico avalia se continua lá ou se você vai ser encaminhado pra um psiquiatra do CAPS. Se for pro CAPS se consultar, o psiquiatra vai determinar se é medicamentoso ou psicoterapia, ou os dois, ele vai dizer os profissionais que deverão intervir: nutricionista, fisioterapeuta etc., terapias individuais ou em grupo. (Varella, 2024)

No entanto, o dr. Drauzio Varella alerta para o fato de que, apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) funcionar de maneira razoável, a demanda por atendimentos ambulatoriais relacionados à ansiedade e depressão tem aumentado de forma significativa. No primeiro semestre do ano de 2024, foram registradas 335 mil consultas para tratar esses transtornos, um número muito superior ao total de atendimentos registrados em 2018. Dessa forma, a estrutura atual do SUS não consegue atender plenamente essa crescente demanda, especialmente em regiões periféricas e grandes centros urbanos, onde a disponibilidade de medicamentos e de profissionais especializados é ainda mais restrita.

Neste cenário, segundo o psiquiatra, o ideal seria buscar um atendimento integral, que consiga atender às diversas necessidades dos pacientes, oferecendo abordagens individualizadas. Isso permitiria não apenas a prescrição adequada de tratamentos médicos, mas também a adaptação do cuidado à realidade única de cada pessoa, promovendo seu bem-estar de maneira mais eficaz. A personalização do tratamento, considerando as particularidades sociais e emocionais de cada paciente, é essencial para um atendimento de saúde mental mais completo e eficaz:

> [...] Pode ser algo leve ou um transtorno psiquiátrico incapacitante, procure assistência psicológica rapidamente, só a psicoterapia resolve se for leve, mas se for grave, precisa de intervenção psiquiátrica, medicamentos. Se te prejudicar, procure ajuda, não é vergonha, é um recurso. (Varella, 2024)

Os discursos, dessa forma, propõem uma reflexão sobre os transtornos de ansiedade e depressão, combinando conhecimento médico, experiência clínica e uma leitura crítica da maneira como a sociedade contemporânea (os pacientes leigos) lida com o sofrimento psíquico. Observa-se uma tentativa de desmistificar a psiquiatria, aproximando o público leigo da complexidade desses transtornos, oferecendo uma visão biopsicossocial sobre o diagnóstico e o tratamento.

A psiquiatra Juliana Fonseca enfatiza, por exemplo, que ansiedade e depressão não devem ser reduzidas a simples fraquezas emocionais, uma visão equivocada que ainda prevalece nas redes sociais e no senso comum. Para ela, esses transtornos são condições clínicas

multifatoriais, nas quais se entrelaçam fatores biológicos, psicológicos e sociais: “[...] há fatores genéticos, mas o ambiente é mais importante do que a própria genética[...]” (Fonseca, 2024). Ao adotar essa abordagem, esse tipo de discurso visa reposicionar a psiquiatria como um campo de diálogo, não de imposição, como uma espécie de reconstrução da confiança entre médico-paciente.

Os psiquiatras e terapeutas também destacam como o contexto contemporâneo, marcado pela hiperexposição digital e pela precarização das relações, contribui para o adoecimento mental. Eles apontam que o ambiente social atual exacerba a autocrítica e o medo do fracasso, criando um terreno propício para o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão. Nessa perspectiva, a sociedade precisa repensar o conceito de sucesso e bem-estar, desconstruindo o ideal de desempenho permanente que se tornou dominante e muito difundido pelos influenciadores digitais.

Os especialistas criticam o papel das redes sociais, as quais, muitas vezes, se tornam espaços de desinformação e autoafirmação performática, onde o sofrimento é frequentemente estigmatizado ou superficializado. Em contraponto a isso, eles propõem uma noção de autenticidade que envolve reconhecer os próprios limites e aceitar ajuda, um gesto que, segundo os profissionais, é um ato de coragem e não de fraqueza ou derrota.

Um dos pontos centrais dos discursos também é a tentativa de normalizar o uso de medicamentos, combatendo o estigma associado ao consumo de ansiolíticos e antidepressivos. Os psiquiatras explicam o funcionamento neuroquímico dos medicamentos, esclarecendo que, em muitos casos, eles são ferramentas essenciais para o restabelecimento do equilíbrio mental.

Muitos profissionais de saúde mental chamam atenção para o tabu que ainda envolve o uso de medicamentos psiquiátricos, especialmente no tratamento da depressão e da ansiedade. Apesar dos avanços na compreensão científica desses transtornos, muitos pacientes continuam a associar o uso de psicofármacos à dependência ou à perda de autonomia, o que contribui para a resistência ao tratamento medicamentoso. Essa resistência manifesta-se tanto na relutância inicial do uso quanto na interrupção precoce da medicação, frequentemente motivada por efeitos colaterais ou pela falsa percepção de melhora definitiva. Tal comportamento pode comprometer o processo terapêutico e aumentar o risco de recaídas, evidenciando a importância do acompanhamento contínuo e do diálogo transparente entre paciente e profissional:

> Nem sempre a melhor conduta é mudar a conduta. Muitas vezes, a estratégia mais sábia é observar, monitorar e dar tempo ao tempo. O cérebro precisa se acomodar diante das mudanças — e só assim conseguimos interpretar com mais clareza se aquilo que o paciente sente é: um efeito colateral do medicamento, uma interação medicamentosa ou apenas uma fase transitória no caminho da melhora. A pressa em ajustar pode confundir sinais que, na verdade, fazem parte da evolução natural do tratamento. (Ouchi, 2025)

Ao abordar essas questões, os especialistas reforçam que a medicação, quando devidamente prescrita e monitorada, constitui um recurso terapêutico legítimo e necessário, cujo uso responsável deve ser compreendido como parte integrante do cuidado em saúde mental, e não como sinal de fraqueza ou dependência.

4.1.1.2 O TRANSTORNO DE ANSIEDADE PARA M/T

Segundo os especialistas, diversas situações cotidianas, como o consumo de *fast food* e o consequente aumento dos picos de glicemia, podem contribuir significativamente para o crescimento dos índices de ansiedade na contemporaneidade. Elementos característicos da vida moderna, como o uso de cigarros eletrônicos (*vapes*), a comunicação mediada por aplicativos, os quais exigem respostas imediatas, e a constante sobrecarga tecnológica intensificam os níveis de estresse e provocam alterações fisiológicas, entre as quais se destaca o aumento desnecessário do cortisol, hormônio responsável pela imunidade e pela pressão arterial.

Os profissionais ressaltam que toda pessoa apresenta um nível natural de ansiedade, considerado funcional e inerente à adaptação humana. Contudo, quando essa ansiedade se torna intensa e prolongada, tende a desencadear processos de adoecimento físico e psicológico. Sob uma perspectiva neuropsicológica, explica-se que o cérebro opera em dois modos principais: o básico e o focado.

Nesse contexto, o chamado “ócio criativo” é frequentemente interpretado de forma equivocada como improdutividade, quando, na realidade, pode revelar estados de ansiedade latente. Assim, o contato com a própria pulsação e a atenção ao momento presente configuram estratégias eficazes para o resgate da atenção plena, fortalecendo a percepção de si mesmo e do mundo ao redor: “[...] A vida começa na pulsação, é preciso focar onde a vida começou e sentir ela pulsando em mim [...]” (Barbosa, 2025). A psiquiatra enfatiza, ainda, a importância de distinguir os pensamentos de medo da consciência que os observa, compreendendo que o

sujeito não se reduz aos próprios pensamentos, mas constitui-se como a consciência que os interpreta: “[...] Você não é seus pensamentos, você é a consciência que escuta e julga esses pensamentos [...]” (Barbosa, 2025)

O excesso de informações, o estímulo contínuo e o hiper foco em tecnologias digitais, estimulado pelos influenciadores nas redes sociais, favorecem quadros de insônia, irritabilidade e diminuição da tolerância emocional, uma vez que o cérebro não diferencia plenamente o real do virtual, projetando cenários imaginários e dificultando a vivência do presente: “[...] O cérebro não distingue real de virtual, ele projeta cenários, você não tá vivendo o agora, o excesso de ansiedade é ruim e tá sequestrando o presente e estão com a sensação de que o tempo passa rápido [...]” (Barbosa, 2025)

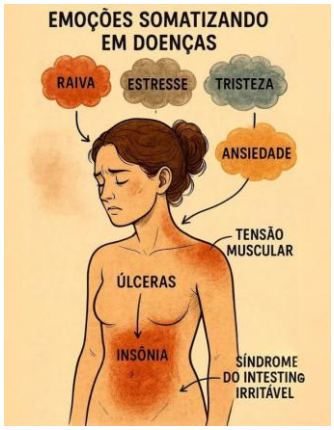
Além disso, a especialista aborda a relação entre a ansiedade crônica e o desenvolvimento de doenças físicas, como enfermidades autoimunes, bem como sua influência negativa sobre o tratamento de condições graves, como o câncer. Ela enfatiza a relevância de práticas cotidianas voltadas à redução da ansiedade, destacando a importância da manutenção da função cognitiva e do metabolismo energético. Nesse sentido, a psiquiatra menciona o uso do suplemento Axon como recurso auxiliar para o aumento da disposição. Também ressalta que o propósito central do cuidado psicológico deve residir na promoção de um sujeito mais consciente, íntegro e presente, capaz de equilibrar os diferentes tipos de dopamina e de reconectar-se à essência da infância, período anterior às influências externas que moldam os medos e as ansiedades contemporâneas: “[...] na infância está a sua essência, antes de qualquer influência, onde tava tua alegria, o teu não medo [...]” (Barbosa, 2025).

Os profissionais propõem, também, uma reflexão sobre a chamada ansiedade oculta, caracterizada por manifestações sutis que, embora nem sempre facilmente identificáveis, impactam significativamente o bem-estar físico e emocional. Diferentemente da ansiedade explícita, que se manifesta de modo evidente, a ansiedade oculta expressa-se por meio de sinais físicos, comportamentais e cognitivos discretos, frequentemente confundidos com fadiga ou falta de motivação. Entre os principais indicadores desse tipo de ansiedade, o psicólogo Marcos Lacerda elenca sete: fadiga persistente sem causa médica aparente; procrastinação decorrente do medo de fracassar ou da sensação de sobrecarga; perfeccionismo paralisante; irritabilidade constante; preocupação excessiva com o julgamento alheio; desconfortos físicos de origem psicossomática; e dificuldade em relaxar, mesmo em momentos de lazer (Lacerda, 2024).

Como estratégias para o manejo desses sintomas, o psicólogo sugere práticas voltadas à ampliação da consciência corporal e emocional. Entre elas, destaca a observação atenta das sensações físicas em ambientes tranquilos, a ressignificação de situações geradoras de medo por meio de visualizações e dramatizações simbólicas, e a externalização da ansiedade através de desenhos que representam sua intensidade e seus efeitos, seguidos de um processo de transformação simbólica (Lacerda, 2024). Tais práticas buscam reconduzir o sujeito à experiência do “aqui e agora”, reduzindo a tendência à projeção de cenários futuros e à manutenção de pensamentos ansiosos.

Em consonância com essa abordagem, os canais de profissionais de saúde enfatizam as manifestações físicas da ansiedade, destacando que o estado ansioso pode desencadear sintomas corporais intensos, como aperto no peito, nó no estômago, dores abdominais, cólicas, diarreia, tensão muscular e tremores. Ressalta-se que tais sintomas não se limitam a fenômenos psicossomáticos, mas correspondem a respostas fisiológicas concretas aos estímulos estressores. O psicólogo Rodrigo Alcântara (2025) utilizou uma imagem para ilustrar essas consequências físicas da ansiedade:

Figura 2



(Alcântara, 2025)

Com base em evidências científicas, os profissionais de saúde propõem técnicas de alívio rápido, aplicáveis em aproximadamente sessenta segundos, para atenuar os desconfortos corporais associados à ansiedade. Entre as estratégias apresentadas, destacam-se a respiração controlada; a massagem temporal para aliviar tensões cefálicas; a contração e o relaxamento alternados de ombros e maxilar, acompanhados de exercícios linguais; a respiração diafragmática combinada à ingestão de pequenos goles de água para neutralizar enjoo e

queimação; e o *grounding*, técnica de ancoragem que estimula a percepção sensorial por meio da observação de elementos visuais, auditivos, táteis, olfativos e gustativos. Também são mencionadas a manobra de contração e relaxamento rápido para controlar tremores, a regulação respiratória para reduzir formigamentos nas extremidades, o consumo lento de água morna para aliviar o nó na garganta, o autoabraço para relaxamento muscular lombar e a ativação vagal por meio de movimentos corporais leves (Abud, 2025).

Além dessas medidas imediatas, o psiquiatra Marcos Abud (2025) propõe um desafio de sete dias composto por exercícios diários de respiração e relaxamento, com o intuito de reduzir a intensidade dos sintomas físicos da ansiedade. O psicólogo Rodrigo Alcântara (2025), outras vez através de imagem, ilustra, de forma cômica, uma ação que combate a ansiedade:

Figura 3



(Alcântara, 2025)

Legenda:

Você sabia que ter um dog pode ajudar no seu processo terapêutico? A ciência mostra que o contato com cães aumenta a ocitocina (o hormônio do vínculo/amor) e reduz o cortisol (o hormônio do estresse). Isso significa menos ansiedade, mais segurança emocional e um corpo mais preparado pra avançar no autoconhecimento. Por isso, tenho indicado pra alguns pacientes: adotar um dog pode ser um passo importante na sua cura emocional. Às vezes, o que falta não é só mais uma conversa… é um olhar sincero, um rabinho abanando… e o amor de um amigo de quatro patas. (Alcântara, 2025)

Tais práticas, contudo, não configuram solução definitiva para o transtorno, mas funcionam como formas de dessensibilização e "destreinamento" de respostas condicionadas ao estresse, contribuindo para o reequilíbrio psicofisiológico do sujeito: "[...] não resolve, mas diminui os sintomas físicos, porque é um condicionamento que foi treinado, mas pode ser destreinado com algumas técnicas corretas. Não é o que você é, é o que você tem. [...]" (Abud, 2025)

As discussões dos especialistas referentes aos transtornos de ansiedade e às crises de pânico evidenciam como corpo e mente respondem a situações de estresse extremo: "[...] você já viu uma pessoa tendo crise de pânico? A pessoa jura que vai morrer, a crise de ansiedade é como um copo cheio, você aumenta adrenalina e cortisol, a água transborda." (Barbosa, 2025). A analogia do "copo cheio" ilustra os efeitos do excesso de adrenalina e cortisol, momento em que a capacidade de contenção do organismo é ultrapassada. Nessa perspectiva, as crises de pânico não são compreendidas como dramatizações, mas como respostas orgânicas intensas que exigem compreensão e manejo adequado. Tal entendimento reforça a ideia de que depressão e ansiedade são condições reais, de natureza simultaneamente orgânica e social, que requerem atenção e acompanhamento profissional.

Os especialistas destacam, ainda, a relevância da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como abordagem terapêutica eficaz no tratamento desses quadros. O primeiro passo, segundo Pollak (2024), consiste em diferenciar o sentimento ansioso do transtorno clínico, avaliando o grau em que tais estados emocionais interferem no funcionamento cotidiano. Essa distinção, também pertinente para os quadros de depressão, permite estabelecer prioridades de intervenção, identificando o que gera maior sofrimento ao paciente e ajustando o tratamento às suas necessidades específicas.

4.1.1.3 TRANSTORNO DEPRESSIVO PARA M/T

Alguns psiquiatras abordaram questões recorrentes entre pacientes que recebem o diagnóstico de depressão, oferecendo esclarecimentos sobre o tratamento, as expectativas de melhora e os cuidados complementares necessários. Os especialistas ressaltam que a depressão, embora se manifeste como uma desregulação do humor, apresenta melhora significativa na

maioria dos casos quando tratada adequadamente. No entanto, por se tratar de uma condição com potencial de recorrência, a adesão ao tratamento é determinante para a estabilidade emocional e para a prevenção de recaídas. Dessa forma, não é possível se falar em uma cura total:

> Em grande parte, ela (depressão) tem uma melhora significativa que é análoga à cura, mas é uma desregulação do humor, ele pode sempre se desregular de novo, mas tomar remédio e terapia por um tempo e ter alta, o risco de recorrência existe, os números são variáveis, mas fazendo o tratamento de forma adequada, o risco de recair é baixíssimo, mas de uma que abandona é altíssimo [...] (Barros, 2024).

Barros (2024) ainda destaca que, quando o tratamento é seguido de forma correta, o risco de recaída torna-se reduzido, ao passo que o abandono precoce da medicação aumenta substancialmente essa probabilidade. Em relação à duração do uso de antidepressivos, o psiquiatra explica que, nos casos de primeiro episódio depressivo, a medicação deve ser mantida até a recuperação plena do paciente, com continuidade por um período aproximado de seis a nove meses após a melhora clínica, a fim de consolidar os resultados e evitar o retorno dos sintomas. Nos episódios subsequentes, o tempo de manutenção tende a ser mais prolongado, podendo alcançar até dois anos, e, em casos crônicos, o uso contínuo da medicação pode tornar-se necessário.

Os especialistas enfatizam, ainda, que os antidepressivos não geram dependência, não produzem efeitos de vício e não comprometem o funcionamento cognitivo. O ajuste medicamentoso deve ser individualizado, considerando a resposta de cada paciente e os possíveis efeitos colaterais. Para além da medicação, os profissionais de saúde sublinham a importância de cuidados complementares, como a manutenção de uma boa higiene do sono e a prática regular de atividade física, recomendada, no mínimo, três vezes por semana, a fim de potencializar a eficácia do tratamento farmacológico e contribuir para o equilíbrio neuroquímico.

A melhora clínica, conforme apontam os psiquiatras, é gradual e exige acompanhamento contínuo. A psicoterapia, especialmente a de orientação cognitivo-comportamental, favorece a construção de um vínculo terapêutico progressivo e auxilia o paciente na reestruturação de padrões de pensamento e comportamento. Já a ação dos antidepressivos tende a se tornar perceptível a partir de duas semanas de uso, atingindo seu

efeito máximo em cerca de dois meses, momento em que se recomenda uma reavaliação do quadro clínico.

Todavia, antes de procurar ajuda médica, os profissionais orientam que o paciente aprenda a distinguir episódios de tristeza comum de possíveis quadros depressivos, destacando que a presença eventual de emoções negativas não indica, necessariamente, a desenvolvimento da doença:

Figura 4



(Mourão, 2025)

Diante desse cenário, algumas discussões entre os especialistas se concentram nas causas da depressão, enfatizando aspectos frequentemente negligenciados pelo senso comum e pela mídia. A abordagem parte do pressuposto de que a depressão não decorre de fragilidade emocional ou falta de força de vontade, mas constitui uma condição multifatorial, resultante da interação entre componentes genéticos, neuroquímicos, comportamentais e sociais. A psiquiatria esclarece que, embora existam predisposições hereditárias, qualquer pessoa pode desenvolver o transtorno, a depender de circunstâncias de vida e de fatores ambientais específicos que interagem com a vulnerabilidade individual e social.

Um dos eixos centrais da explicação refere-se às alterações neuroquímicas, especialmente no funcionamento dos neurotransmissores responsáveis pela regulação do humor, da motivação e da disposição para enfrentar as demandas cotidianas. Os profissionais enfatizam que os distúrbios do sono exercem papel significativo nesse processo, sendo a insônia terminal e a hipersonia manifestações recorrentes que, quando não tratadas, contribuem para a

intensificação do quadro depressivo. Essa leitura reforça a compreensão da depressão como uma doença orgânica, caracterizada por sinais fisiológicos mensuráveis e implicações clínicas concretas, afastando a ideia de que se trata de uma escolha pessoal ou de uma manifestação de preguiça, desinteresse, ingratidão ou falta de Deus: “[...] É um tabu porque não entendem como doença. Acham que é preguiça, mas são alterações orgânicas [...]” (Barbosa, 2025).

Figura 5



(Alcântara, 2025)

A figura acima aborda a dimensão social do adoecimento, a qual também recebe destaque na análise. Indivíduos que estruturam sua autoestima e bem-estar a partir da aprovação ou do afeto de terceiros mostram-se mais suscetíveis à depressão, especialmente em contextos culturais marcados pela hiperexigência de desempenho e pela constante necessidade de validação. Tal perspectiva amplia a compreensão do fenômeno, evidenciando que a depressão ultrapassa os limites do sujeito individual e se inscreve nas tramas das relações sociais, nas expectativas coletivas e nos discursos normativos sobre sucesso, produtividade e felicidade, amplamente divulgados pelos influenciadores digitais.

Os psiquiatras também criticam práticas comuns de minimização do sofrimento psíquico, como a recomendação de “pensar positivo” ou “ter fé”, sem o devido suporte terapêutico e médico. Alcântara (2025) argumenta que tais discursos, embora bem-intencionados, podem resultar em culpabilização e silenciamento do sujeito que sofre. Estabelece, para tanto, uma analogia contundente: assim como não se orienta uma pessoa com pneumonia a simplesmente caminhar para curar-se, também não se pode esperar que pensamentos intrusivos e padrões recorrentes de negatividade sejam superados apenas por

esforço de vontade. Essa comparação evidencia a necessidade de reconhecimento clínico e empático do sofrimento psíquico, reafirmando que o cuidado em saúde mental deve se pautar pela escuta, pela validação da dor e pelo compromisso ético com intervenções fundamentadas e eficazes:

> [...] Como você vai falar pra uma pessoa que só pensa em coisas ruins de forma repetitiva “acredita em Deus, tenha fé”? Fé é o que eu transcendo, é o que eu vejo além, como eu vou ver além se eu tô num circuito de pensamento ruim? É um absurdo dizer isso pra uma pessoa, como é um absurdo você pedir pra uma pessoa “você tá com pneumonia? Vai dar uma caminhadinha na praia, dá uma corridinha”, não vai melhorar, vai voltar pra febre, então, assim, a gente tem que entender que isso existe, como existem transtornos de ansiedade, como pânico[...]. (Barbosa, 2025)

Um outro problema apontado pelos profissionais de saúde, tão grave quanto o tabu, é a normalização da depressão:

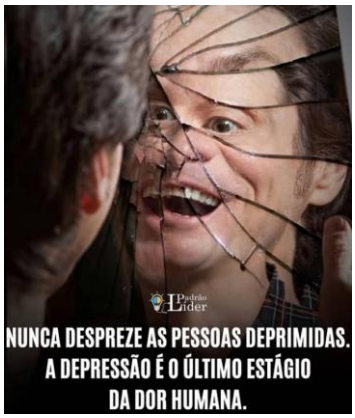
Figura 6



(Alcântara, 2025)

A imagem acima, postada pelo psicólogo Rodrigo Alcântara (2025), reflete a incompreensão sobre a natureza da depressão, a qual ainda constitui um obstáculo relevante para o reconhecimento desse transtorno como uma condição de saúde mental legítima, que demanda atenção clínica e social. Superar as visões reducionistas e moralizantes sobre o sofrimento psíquico implica compreender, segundo o especialista, que a depressão permeia múltiplas dimensões da existência humana, afetando relações interpessoais, desempenho profissional e bem-estar subjetivo. Nesse sentido, desmistificar a depressão é passo fundamental para a construção de uma sociedade mais empática e acolhedora.

Figura 7



(Alcântara, 2025)

A figura 7 leva a refletir sobre o tratamento e a recuperação, os quais exigem suporte adequado, acompanhamento profissional e, sobretudo, um ambiente social que favoreça a escuta, a empatia e o acolhimento. Conforme os especialistas, ao desvalorizar o sofrimento alheio, perpetua-se o ciclo de silêncio e exclusão, o qual impede a busca por ajuda e dificulta o acesso a cuidados especializados.

4.1.2 POSICIONAMENTO DISCURSIVO L/P (LEIGO-PACIENTE)

As narrativas de influenciadores digitais leigos, figuras públicas e pacientes sobre depressão e ansiedade configuram um espaço discursivo híbrido, no qual diferentes regimes de sentido, como o experiencial e religioso, se articulam. Em um dos relatos, há uma evidenciação do uso da visibilidade pública como instrumento de acolhimento e conscientização, e não como um mecanismo de comparação e falso ideal de vida perfeita. Ao compartilharem suas trajetórias de enfrentamento da depressão, os influenciadores leigos transmitem uma mensagem de esperança, enfatizando que há vida após o diagnóstico e que o processo de recuperação envolve autoconhecimento, tratamento e fé. As narrativas afirmam contribuir para a desestigmatização dos transtornos mentais, mostrando que vulnerabilidade e humanidade coexistem, inclusive em contextos de exposição midiática. O pedido de ajuda, nesses discursos, é resignificado como ato de coragem e amor próprio, e não como sinal de fraqueza.

Os criadores de conteúdo reforçam a importância do tratamento combinado, o qual envolve medicação, psicoterapia, mas, principalmente, hábitos saudáveis e suporte social como caminhos para a restauração da funcionalidade e do bem-estar. Inserir na rotina a prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável e uma mudança definitiva de hábitos, contribui significativamente para a "cura".

Diante desse cenário, os discursos ainda introduzem uma dimensão religiosa e espiritual à narrativa do sofrimento. Alguns chegam até a interpretar a cura como evidência da intervenção divina, deslocando o eixo explicativo da doença para o campo da fé, transformando a experiência de dor em prova de espiritualidade e a superação em revelação transcendental. Essa enunciação testemunhal produz uma ressignificação da depressão: de enfermidade clínica a experiência de provação e autotransformação, na qual o sujeito se posiciona simultaneamente como paciente, crente e sobrevivente. No entanto, não se trata de algo relacionado diretamente a alguma igreja, mas a uma espiritualidade individual a cada paciente, é algo íntimo, entre o indivíduo e Deus:

> Vou compartilhar meu testemunho, o que Jesus fez na minha vida. [...] busquei ajuda de um psiquiatra, mas não gostei, não tive conexão. Busquei ajuda na igreja, mas ouvi que devia buscar mais a Deus, que podia ser demônio[...] me fechei mais pra buscar ajuda, sentia vergonha, tristeza profunda [...] eu sempre mantive as aparências, era só o externo, por dentro estava sofrendo, estava muito triste, mas nas gravações mantinha a alegria. [...] (POMPEU, 2023)

Em muitos discursos, a narrativa também assume um caráter existencial e identitário, centrado na reconfiguração de si após a experiência da crise. Há um "antes e depois" dos episódios depressivos, nos quais a vivência do sofrimento o conduz a uma redefinição de valores e significados: o sucesso deixa de estar associado à fama ou ao reconhecimento profissional, e passa a ser compreendido como a possibilidade de trabalhar, respirar e estar junto da família.

4.1.2.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO PARA L/P

Os discursos apresentam relatos autobiográficos que articulam vivências pessoais e reflexões públicas sobre a depressão e ansiedade. Todos adotam um tom calmo e introspectivo e narram sua trajetória de forma autêntica e emocional, com o propósito de ressignificar sua experiência e promover a conscientização sobre saúde mental**,** segundo os próprios enunciadores. As exposições de suas histórias, ainda que envolvam desconforto e vulnerabilidade admitidos, são assumidas como um gesto ético e político de abertura, que busca

legitimar uma autoridade sobre o assunto através das próprias experiências de sofrimento e reduzir o estigma associado aos transtornos mentais:

> [...] Alguém acha que eu queria que fosse assim? Alguém acha que eu queria ter ficado impotente a ponto de ficar olhando todas as minhas conquistas sendo dizimadas, inerte, sem conseguir reagir? Então, cheguei num limite em que resolvi deixar tudo público. Quem sabe assim pelo menos algumas pessoas que estão me maltratando (por ignorância - e não por maldade) consigam minimamente entender. [...] (Arruda, 2025)

As narrativas apresentam períodos depressivos e ansiosos marcados por tristeza intensa, isolamento social, perda de energia e pensamentos autodestrutivos, como no caso da influenciadora Lu Ferreira:

> Diminuiu a minha produtividade[...] não é depressão de filme, é uma tristeza que aparece sempre. Eu não sentia nada, eu não tinha nenhum humor positivo. Passei a odiar tarefas que já não gostava e vai se acumulando, e você se sentindo mal porque não fazia aquilo[...] Não sentia vontade de fazer nada. (Ferreira, 2023)

Ou da criadora de conteúdo Gisele Pompeu: “[...] durante 9 anos, depois do meu primeiro filho, eu ouvia vozes pra eu me matar e coisas da infância começaram a vir à tona, como o meu medo de altura[...] me sentia perseguida, os momentos de paz que eu tinha era dormindo[...]” (Pompeu, 2023).

O apoio da família esteve presente em quase todos os discursos, sobretudo o dos cônjuges:

> Meu noivo teve dificuldade de lidar. Ele dizia “levanta, vai, faz”, mas não é preguiça. [...] Ele me impulsionou a buscar ajuda, continuei vivendo por ele. [...] Não estar sozinho é importante, por mais que o desejo seja de estar isolado. Precisamos de apoio pra nos proteger de nós mesmos, pra dar força, suporte. (Lino, 2025)

Há também relatos de rejeição à medicação, embora ela tenha um efeito positivo sobre o transtorno:

> Enfim, fui buscar ajuda médica, psiquiatra, expliquei tudo, eu era o pacote completo de depressão e ansiedade. Comecei o tratamento com medicação, mas foi difícil lidar com o fato de precisar do remédio, trouxe confusão, apesar da ajuda do efeito químico. Mas são doenças, como dor de garganta, febre, dor de cabeça[...] doenças ocultas, mas existem. Não tô levantando a bandeira do remédio, mas a bandeira do buscar ajuda. (Lino, 2025)

Em um dos relatos, uma influenciadora compartilha sua trajetória de quatro anos em tratamento com Sertralina, evidenciando tanto os benefícios quanto as limitações do uso prolongado do antidepressivo. Seu discurso combina vulnerabilidade e conscientização, ao

reconhecer que o medicamento foi essencial para estabilizar o humor e restaurar a funcionalidade, mas que o enfrentamento integral da depressão e da ansiedade exige também reflexão sobre os próprios sentimentos. Ao mencionar efeitos colaterais como apatia, redução da libido e menor reatividade emocional, Rebeca desmistifica a ideia de que a medicação é uma solução absoluta, sublinhando a necessidade de um tratamento integrado à terapia e, principalmente, uma rotina saudável: “[...] O remédio ajuda mais os sintomas, mas a terapia e a mudança de hábitos trabalham o desenvolvimento pessoal. [...]” (Calhau, 2024).

As narrativas ainda aconselham que se evite a automedicação, que se busque apoio de pessoas empáticas e que se rejeitem julgamentos externos, construindo uma narrativa de resistência ao estigma e de valorização do autocuidado e reforçando a ideia de compreensão da saúde mental como um processo dinâmico, que demanda continuidade, paciência e compromisso com o próprio bem-estar, processo esse que pode e deve ser compartilhado com pessoas que também passaram por isso, haja vista o poder de entenderem o que o indivíduo está passando:

> Não se medique por conta própria, você não vai melhorar do nada, é uma jornada, mas você vai conseguir colher bons frutos, ter uma qualidade de vida melhor, você vai melhorar, não desista de correr atrás, a culpa não é sua, você não escolheu isso, mas passa, isso tem um fim. Fique à vontade se você quiser comentar ou me chamar pra conversar, como uma pessoa que sabe porque passou [...] (Calhau, 2025).

Este é um fator que promove, cada vez mais, a partilha e apoio entre os pacientes: segundo esses discursos, há minimização da gravidade das crises de ansiedade, por parte dos profissionais de saúde, tratando-as como eventos passageiros ou pouco significativos. Tal minimização ignora a intensidade subjetiva do sofrimento vivido por quem experimenta uma crise, a qual pode envolver sintomas físicos e emocionais severos, sensação de perda de controle e medo de morte iminente. Essa desvalorização pode fragilizar o vínculo terapêutico e dificultar o acesso a intervenções adequadas, evidenciando a necessidade de uma escuta clínica mais sensível e empática diante das manifestações de sofrimento psíquico: “[...] é como no filme Matrix, é uma onda que vai tomando o corpo por uns 15 min, alguns médicos minimizam isso [...]” (Serrado, 2024).

Muitos discursos ainda descrevem uma ação divina, a qual marcou uma virada significativa no processo de autoconhecimento, levando-os à adoção de um estilo de vida mais equilibrado**,** pautado por hábitos saudáveis como atividade física regular, alimentação consciente e sono de qualidade. Os pacientes reconhecem que tais práticas não extinguem as

doenças, mas reduzem sua intensidade e favorecem o equilíbrio emocional, tornando-se parte fundamental para a cura: “[...] foi Deus, o estalo, a grande transformação, a mudança de hábitos, são a grande parte do tratamento junto com o tratamento médico. [...]” (Lino, 2025).

Dessa forma, a espiritualidade emerge como dimensão constitutiva da narrativa de superação. Todos os relatos reconhecem em Deus uma fonte de propósito e de sustentação, integrando fé e ciência em seu percurso terapêutico. No entanto, rejeitam a crença de que as doenças mentais decorrem de “falta de fé”, pois reafirmam a necessidade de tratar essas condições com seriedade e respeito, conciliando o cuidado clínico com a dimensão espiritual da existência.

As narrativas também refletem sobre as pressões profissionais e sociais que permeiam a rotina, destacando o conflito entre disciplina e desorganização, produtividade e exaustão. Nesses discursos, o tratamento da depressão e da ansiedade deve transcender o uso de medicamentos, incluindo a psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), e, sobretudo, o trabalho reflexivo sobre os padrões de vida mais saudáveis.

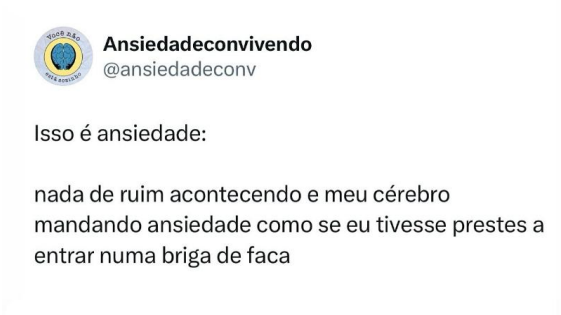
4.1.2.2 O TRANSTORNO DE ANSIEDADE PARA L/P

Os relatos sobre ansiedade compartilham experiências com crises de pânico e transtorno de ansiedade generalizada e constituem uma narrativa de reconstrução identitária marcada pela vulnerabilidade e pela busca de sentido. A maioria dos sintomas descritos pelos pacientes foram formigamento e dor súbita, interpretados como infarto iminente:

> [...] Começou com um formigamento, uma dor, achei que ia ter um infarto, até que começou a piorar [...] a mente vai te traindo, colocando pensamentos ruins, ‘eu vou morrer, ninguém vai me ajudar, estou sozinho’ [...] estava cansado, preocupado [...]”. (Serrado, 2024)

A sensação de perda de controle, o medo da morte e o isolamento subjetivo que emergem desses eventos configuram o ponto de inflexão a partir do qual indivíduos leigos passam a ressignificar as suas relações com o próprio corpo e com a saúde mental:

Figura 8



(Leite, 2025)

Os percursos terapêuticos relatados costumam enfatizar a importância da psicoterapia, do acompanhamento psiquiátrico e do uso de medicação, mas, sobretudo, de terapias alternativas, como a TIP terapia, a qual se configura como um processo terapêutico de retorno ao percurso vital, do útero aos dias atuais, como uma tentativa de identificar pontos negativos que, porventura, podem estar por trás das crises de ansiedade e pânico. Essa multiplicidade discursiva reflete um movimento mais amplo de despatologização do sofrimento e de ampliação da noção de cuidado:

> Cheguei no Brasil, tive uma crise de choro, fui pra BH (Belo Horizonte) fiquei fazendo um tratamento psiquiátrico, voltando ao passado, vendo a minha infância, eu usava uma venda [...] o nome é tip clínicas, lá eu descobri coisas, uma fé, yoga, meditação e voltei à meditação [...] meu medo não era do avião, era de sentir medo [...] (Serrado, 2024)

As redes sociais, frequentemente mencionadas nesses relatos, aparecem mais como espaços de identificação e acolhimento do que locais de comparações e inseguranças. A partilha pública das experiências de ansiedade e pânico adquire, assim, um caráter performativo e terapêutico, pois transforma o sofrimento privado em experiência coletiva, legitimando-o socialmente. O ato de narrar, nesse contexto, funciona como gesto de resistência simbólica ao estigma e à solidão que historicamente acompanharam os transtornos mentais: “[...] Depois que

eu falei sobre isso nas minhas redes sociais, eu comecei a ler os comentários e percebi que tem muita gente que passa por isso, não estou sozinho. [...]” (Serrado, 2024)

A hiperexposição desses enunciadores leigo-pacientes nas redes sociais, ao abordar temas como ansiedade e depressão, contribui, conforme afirmam, para uma ressignificação do conceito de transtorno mental. Se antes o adoecimento psíquico era socialmente associado à fragilidade ou ao fracasso individual, o compartilhamento público dessas experiências transforma essa percepção, convertendo o sofrimento em narrativa de superação e força. Ao expor vulnerabilidades e trajetórias de recuperação, os influenciadores leigos constroem discursos que valorizam a coragem de enfrentar a doença e o autoconhecimento como caminhos de transformação pessoal. Nesse processo, o transtorno mental deixa de ser um estigma e passa a ser compreendido como parte de uma jornada de reconstrução e empoderamento, onde a dor é reinterpretada como elemento de aprendizado e evolução:

> [...] O Fantástico (programa da emissora Globo) me chamou e eu falei sobre o ocorrido [...] as pessoas costumas associar esses transtornos ao fracasso[...] a matéria tomou uma repercussão muito grande [...] Hoje em dia eu falo sobre isso, faço palestras, vou fazer um documentário na Amazon [...]. (Serrado, 2024)

Outro aspecto recorrente nessas narrativas é a presença da espiritualidade como dimensão complementar do cuidado:

Figura 9



(Leite, 2025)

A imagem acima aponta como a fé, a oração e as práticas meditativas são evocadas para serem recursos de enfrentamento emocional e como formas de dar sentido à experiência do sofrimento, conforme também é possível observar na fala de Serrado (2024):

> Viajei com a família, estávamos todos felizes, entrei no avião e me deu um negócio, os sintomas novamente [...] não tinha remédio, estava sentado sozinho (longe da família), vi um senhor de branco, cabeça branca, pensei que fosse Deus, comecei a rezar, me apeguei muito na fé, cobri meus pés, e a mente me traindo, fiquei inquieto[...] comecei a conversar com esse senhor que tava do meu lado [...] fiquei 3h falando da minha vida, passou a crise [...] (Serrado, 2024)

As narrativas sobre ansiedade e pânico ressaltam ainda a relevância das redes de apoio, especialmente no âmbito familiar, como fator protetivo essencial:

> Você tem certeza que aquilo é a morte, a explicação que eu dou não chega nem aos pés do que é de verdade [...] eu ainda não tinha acompanhamento psiquiátrico, Paulo Muzy me salvou [...] quem procurou por ele foi meu pai e minha mãe, porque comecei a usar anabolizante, tava nervoso, agressivo [...] (LUCCO, 2023).

O reconhecimento e a partilha do sofrimento operam como estratégias de reintegração social e emocional, contribuindo para a superação do estigma e para a construção de uma cultura de cuidado. A exposição pública dessas vivências, apresentada de forma sensível e não trágica, participa da reconfiguração do discurso social sobre o sofrimento psíquico, deslocando-o do campo da vergonha para o da empatia e da legitimação.

4.1.2.3 O TRANSTORNO DEPRESSIVO PARA L/P

O compartilhamento de experiências pessoais por parte dos pacientes leigos promete cumprir uma função dupla: de um lado, promover identificação e acolhimento entre espectadores; de outro, atuar como instrumento de educação emocional e conscientização social. Ao abordarem suas próprias trajetórias com a depressão, os enunciadores propõe um deslocamento discursivo relevante: da representação dramatizada da doença, frequentemente veiculada pela mídia, para uma compreensão mais realista, cotidiana e contínua do adoecimento mental:

> Hoje eu vim falar sobre saúde mental , mais especificamente como estou lidando com a depressão [...] pra ajudar a tirar um estigma e ajudar outras pessoas a lidarem [...] não planejei esse vídeo mas vocês pediram [...] sempre tem engajamento quando eu

> falo sobre esses temas “ah, busquei um tratamento por sua causa” [...] apesar de ser difícil pra mim, é importante falar porque acontece com muita gente, é um assunto pouco tratado, por culpa do estigma e da falta de informação [...] eu postei uma caixinha especial e vou responder as melhores perguntas, as mais interessantes. [...] (Ferreira, 2023)

Na figura abaixo, as experiências relatadas evidenciam que a depressão não se manifesta de forma súbita, mas como um esvaziamento progressivo da vitalidade e do prazer, repercutindo sobre a rotina, a produtividade e as relações interpessoais:

Figura 10



(Silva, 2025)

Essa descrição contribui para desconstruir imagens simplificadas da doença e reforça a necessidade de atenção aos sinais sutis de sofrimento. Os relatos também apontam o caráter cíclico do transtorno, ressaltando que a recaída não representa fracasso, mas parte do processo clínico até a completa cura: “[...] Estar em depressão é um problema, uma tarefa banal virava um sacrifício[...] eu sou uma pessoa que já fez terapia e já teve antes, mas passa, já superei uma vez [...] preciso fazer tudo que vai me ajudar pra passar [...]”. (Ferreira, 2023)

Os discursos sobre o tratamento focam na questão biomédica e terapêutica, mas principalmente em práticas de autocuidado, como atividade física, exposição solar e regulação do sono. Essa articulação aponta para uma concepção ampliada de saúde mental, que integra corpo, mente e contexto social. Além disso, é possível encontrar, mais uma vez, referências a

outras alternativas de tratamento, como a crioterapia e duchas frias, reforçando a ideia de um tratamento orientado pela escuta do próprio corpo:

> [...] Além disso, o que ajuda: tomar sol de manhã, dormir direito, com meditação ou chá, fazer exercício, estar perto de pessoas que a gente gosta, a conexão que a gente tem com outras pessoas é importante [...] eu comecei a fazer crioterapia, imersão no frio, sauna ao contrário, ducha de água fria [...] tudo isso gera uma dopamina mais duradoura[...] pelo menos atrapalhar não vai [...]. (Ferreira, 2023)

Os relatos também enfatizam a relevância da rede de apoio na recuperação, ao destacar o papel da empatia e da escuta sensível por parte de familiares e amigos. A ausência de julgamento e o acolhimento emocional são apresentados como fatores terapêuticos essenciais, capazes de reduzir o isolamento e fortalecer o engajamento no tratamento:

> [...] Só queria ficar dentro do quarto, não queria ver ninguém, fiquei 3 dias no quarto do hotel sem falar com ninguém [...] Paulo sentou na minha cama "bora treinar?" [...] me entreteu[...] quando a gente tá desse jeito, nada que as pessoas falam adianta, ninguém vai te entender [...] muitas pessoas que tão assistindo tão assim ou com alguém assim, a ação vale mais do que a fala [...] uma abordagem diferente [...] não adianta falar, só piora [...] isso é mal divulgado no Brasil ainda. [...] (Lucco, 2023).

Nesse sentido, os discursos problematizam o preconceito e a desinformação ainda presentes na sociedade, ao afirmar que a depressão é uma condição tratável e que o acesso a cuidados adequados pode restaurar o bem-estar e a funcionalidade do indivíduo: "[...] O preconceito com o tratamento e com o termo depressão gera casos diagnosticados e não tratados[...] as pessoas fazem piadas com isso [...] A depressão é um estado, que passa se você fizer um tratamento adequado. [...]" (Ferreira, 2023)

O discurso de controle excessivo também é recorrente em muitos relatos, e evidencia como o ideal de produtividade tem sido incorporado como parâmetro central na construção de identidades e modos de vida. A experiência da superprodutividade é frequentemente acompanhada por sentimentos de alienação e distanciamento de si, traduzidos em expressões de automatismo, como "viver para vencer o dia seguinte" ou "apenas aguentar mais um dia": "[...] nesses momentos ruins, eu pensava 'a minha vida não tá ruim, eu só tô cansado', eu lembrava e era capaz de suprimir o cansaço e fazer mais uma, 'mais um paciente, mais uma série'[...]" (Muzy, 2023).

Observa-se, desse modo, uma resistência significativa à busca por ajuda profissional, especialmente entre sujeitos inseridos em contextos de alta exigência, como profissionais da

saúde, atletas ou empreendedores, para os quais admitir vulnerabilidade é percebido como sinal de fraqueza, como foi o caso do ortopedista, influenciador e atleta Paulo Muzy:

> [...] eu pensava ‘eu tô doente, eu preciso me tratar’, eu tava vendo o mundo por um buraco de uma parede, ainda assim, não fiz tratamento. [...] No último ano de internato, eu fui competir, peguei o segundo lugar, tudo por minha disciplina [...] veio uma necessidade de controle, eu tava correndo pra qualquer lugar, tentando mil coisas ao mesmo tempo [...] (Muzy, 2023)

A tentativa de compensar o sofrimento emocional por meio de conquistas e resultados reforça o ciclo de autoexploração, no qual o corpo e a mente tornam-se instrumentos de produtividade. O discurso de que “a vida não está ruim, apenas estou cansado” sintetiza a dificuldade de distinguir o cansaço existencial do adoecimento psíquico, revelando a naturalização da fadiga como parte constitutiva do viver contemporâneo. Para os profissionais de saúde, essas narrativas revelam o modo como o imperativo da produtividade molda percepções de saúde e doença, o que implica na necessidade de repensar o cuidado como prática de pausa.

Assim como no tema da ansiedade, também encontramos narrativas religiosas sobre depressão: a experiência da doença mental é frequentemente recontextualizada em termos espirituais. Muitos relatos analisados estruturam-se em torno de uma trajetória de dor, revelação e cura, mediada pela fé, em que o adoecimento é ressignificado como parte de um processo divino de provação e transformação interior:

> [...] No dia seguinte, pela manhã, foi que começou o milagre [...] percebi que eu sou uma filha, escolhida e amada, Ele guardou minha vida por todos esses anos [...] eu sabia que Deus tinha algo pra me revelar, eu sabia que Ele não queria que eu continuasse sofrendo [...] Meu líder me respondeu e marcou um psicólogo pra mim, através de Deus [...] (Pompeu, 2023).

Os discursos se organizam a partir de uma tensão entre o discurso médico e o espiritual: de um lado, há o reconhecimento da importância do tratamento psicológico e psiquiátrico, mas de outro, o processo de cura é atribuído prioritariamente à intervenção divina. Essa reinterpretação produz um deslocamento semântico relevante: a depressão, antes inscrita apenas no registro clínico, passa a operar também no campo da espiritualidade, onde a recuperação é enunciada como milagre.

Embora o tratamento médico seja subalternizado à fé, ele não é negado por completo, mas reinscrito como instrumento divino, legitimado pela crença. A experiência de cura, portanto, não se limita a uma dimensão fisiológica, mas se estende ao campo simbólico e

comunitário, sendo performada como testemunho público de transformação e edificação coletiva: “[...] Através das confissões de fé, eu fui curada, eu repetia ‘eu não tenho doença nenhuma’, ‘eu não sou dependente de remédio’, por vários meses. [...]” (Pompeu, 2023).

As narrativas sobre experiências de depressão analisadas se estruturam em torno de histórias de superação, nas quais o sofrimento é reinterpretado como percurso de aprendizado, transformação e fortalecimento da fé. Nessas narrativas, a exposição do sofrimento assume um tom confessional, em que o sujeito busca ressignificar o próprio percurso, articulando dor, resistência e reconstrução identitária. A metáfora de “esconder debaixo do tapete”, recorrente em alguns relatos, traduz a tendência de silenciar as dores emocionais, evitando o enfrentamento direto do sofrimento e, assim, contribuindo para o seu estado crônico:

> [...] “esconder debaixo do tapete”, eu tentei isso e deu tudo errado. Tenho 21 anos e tive contato com a depressão aos 12 anos de idade. Depois de achar que eu tinha vencido, voltou, não dá certo soluções paliativas [...] eu arrastei até os 20 anos de idade, de 17 a 20 foi terapia, discipulado, rede de apoio, mas ainda tinha uma gaveta nunca organizada, eu venci alguns traumas, mas tinham outros que tavam escondidos, às vezes doía e eu dizia que não era nada [...] (Lacerda, 2024)

Os relatos costumam se encerrar com mensagens de esperança e encorajamento, nas quais a superação da depressão é apresentada como resultado da união entre fé, vontade e apoio social:

> [...] Dia 22 de janeiro de 2024 eu recebi alta e fui curada, graças a Deus, minha rede de apoio e a vontade de lutar por mim. Peguei um restinho de força, me apoiei no Senhor e consegui. [...] é importante manter por perto pessoas que acreditam [...] você pode vencer qualquer coisa, [...] a depressão não é o seu lugar, a psiquiatria não é o seu lugar, não desista de você, Deus quer te fazer rir de novo e dar pulos de alegria, espero que esse testemunho tenha edificado seu coração, continue a nadar até você atingir o seu objetivo de cura, eu acredito em você, me segue no Instagram [...] (Lacerda, 2024).

O enunciador deixa de se identificar com a posição de paciente e passa a ocupar o lugar de alguém que testemunha a própria vitória, uma narrativa de resistência que, mais do que descrever a cura, busca inspirar outras pessoas a não se conformarem com o sofrimento. Dessa forma, essas narrativas de fé e recuperação produzem uma reconfiguração simbólica da doença mental, transformando o adoecimento em experiência de renascimento, e o discurso da cura em um gesto de reconstrução de si.

4.1.3 PONTOS DE ENCONTRO E DESENCONTRO ENTRE OS POSICIONAMENTOS M/T E L/P

Um ponto de convergência importante entre o discurso médico-terapêutico e o discurso leigo-paciente é o reconhecimento compartilhado da necessidade de buscar ajuda profissional diante de transtornos mentais como depressão e ansiedade. Apesar das diferentes formas de compreender o sofrimento psíquico, ora pela via técnica, ora pela experiência subjetiva, ambos os posicionamentos convergem na valorização do acompanhamento especializado como condição essencial para o enfrentamento e manejo adequado da doença.

Essa aproximação indica uma mudança significativa no imaginário social: a ideia de que ansiedade e depressão é “preguiça, frescura ou falta de Deus”, deu lugar a uma concepção mais orgânica sobre os transtornos mentais, os quais requerem intervenção qualificada e contínua. Assim, a figura do profissional de saúde mental emerge como mediador entre o sofrimento individual e os recursos científicos, éticos e humanos necessários para o processo de recuperação, legitimando o diálogo entre saberes técnicos e experiências vividas.

Outro aspecto relevante é que tanto o posicionamento médico-terapêutico quanto o posicionamento leigo-paciente são enunciados por figuras que exercem algum grau de influência nas redes sociais, atuando como mediadores de sentidos sobre a saúde mental em diferentes nichos digitais. Em ambos os casos, há a intenção de informar, acolher e incentivar o público a reconhecer sintomas, compreender os transtornos mentais e buscar ajuda profissional.

No entanto, nesse momento, os pontos de divergência começam a aparecer, as formas de legitimação desses discursos diferem: o médico ou terapeuta fala a partir de uma autoridade científica, sustentada pelo saber técnico e institucional, enquanto o paciente leigo fala a partir de uma autoridade experiencial, fundada na vivência pessoal e na autenticidade do testemunho. Enquanto o discurso científico oferece respaldo teórico e segurança no tratamento, o discurso experiencial humaniza o sofrimento, tornando-o compartilhável e identificável.

Quanto à definição, o posicionamento médico-terapêutico compreende os transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, sob uma perspectiva orgânica, enfatizando os

aspectos neuroquímicos, fisiológicos e comportamentais que os constituem. Nesse discurso, o sofrimento psíquico é interpretado como um desequilíbrio que requer tratamento clínico, acompanhamento profissional e, em muitos casos, o uso de medicação para restaurar o funcionamento saudável do indivíduo.

Em contraste, o posicionamento leigo-paciente tende a atribuir aos transtornos mentais um sentido existencial e transformador, entendendo-os como oportunidades de reconfiguração subjetiva e de redescoberta de si. Nessa visão, o adoecimento é percebido como uma etapa de aprendizado e mudança de vida, que impulsiona a busca por uma rotina mais equilibrada, pautada no autoconhecimento, na espiritualidade e em práticas de cuidado integral.

Uma outra divergência percebida foi em relação ao modelo de vida super produtiva. De acordo com especialistas em saúde mental, como psiquiatras e psicólogos, a rotina acelerada e o excesso de estímulos característicos da vida contemporânea têm contribuído significativamente para o aumento dos casos de transtornos mentais, especialmente depressão, ansiedade e síndrome do pânico. A sobrecarga de tarefas, a falta de descanso e a constante pressão por resultados levam o organismo a um estado de alerta contínuo, favorecendo o desequilíbrio emocional e fisiológico.

Em contraste, no discurso dos influenciadores digitais leigo-pacientes, essa mesma rotina é frequentemente representada como sinônimo de sucesso, disciplina e produtividade exemplar. A supervalorização do desempenho extremo e da eficiência constante transforma o cansaço e a exaustão em símbolos de mérito, legitimando um ideal de super produtividade que mascara o sofrimento psíquico e naturaliza o adoecimento. Assim, enquanto o discurso médico-terapêutico alerta para os riscos dessa lógica acelerada, o discurso dos influenciadores tende a reforçá-la, convertendo o esgotamento em modelo aspiracional.

Essa lógica da super produtividade, amplamente difundida nas redes sociais, exerce forte influência sobre a forma como os indivíduos percebem o próprio valor e o modo como conduzem suas rotinas. Nas análises dos psiquiatras, esse ambiente digital pode se tornar um terreno fértil para o surgimento de transtornos mentais porque promove comparações constantes e estimula a crença em um ideal inatingível de vida perfeita, pautado pela performance e pela visibilidade. A pressão para manter-se sempre ativo, produtivo e emocionalmente estável gera frustração e desgaste psicológico, sobretudo quando o sucesso alheio é tomado como parâmetro de normalidade.

Em contrapartida, do ponto de vista dos leigos-pacientes, as redes sociais se configuram como espaços de pertencimento e acolhimento, onde o compartilhamento de experiências de sofrimento e recuperação cria vínculos de empatia e apoio mútuo. Nesse sentido, o mesmo ambiente que potencializa o adoecimento para um Mesmo também abriga possibilidades de cuidado, troca e reconstrução subjetiva para um Outro.

Essa hiperexposição nas redes sociais é uma característica recorrente entre os influenciadores leigos, que a utilizam como estratégia de aproximação com o público e de construção de uma comunidade baseada em empatia e identificação. Compartilhar experiências pessoais de sofrimento, tratamento e superação, bem como a rotina comum do dia a dia, torna-se, assim, uma forma de criar laços de confiança e promover acolhimento mútuo.

Contudo, sob a ótica médica e terapêutica, essa exposição constante é vista como patológica, pois pode intensificar o sofrimento psíquico ao transformar a intimidade em espetáculo e submeter o indivíduo ao julgamento e os seus seguidores à comparação social. Para os profissionais da saúde mental, a busca por validação externa, o contato contínuo com a crítica pública e a encenação de uma vida perfeita podem gerar ansiedade, insegurança e um ciclo de autovigilância emocional que contribuem para o adoecimento psíquico.

Se tratando das abordagens dos dois posicionamentos analisados, revelam direções opostas no modo de compreender e comunicar os transtornos mentais. O posicionamento médico-terapêutico parte de uma perspectiva geral, fundamentada em saberes científicos e observações sobre o contexto social, para então chegar ao nível individual, buscando compreender como fatores externos, como rotina, relações e ambiente, influenciam a saúde mental de cada sujeito.

Já o posicionamento leigo-paciente opera no sentido inverso: parte da experiência pessoal, do relato íntimo e singular do sofrimento, para depois generalizar sua vivência, transformando-a em referência e identificação para outros indivíduos. Enquanto o primeiro busca objetividade e distanciamento analítico, o segundo aposta na empatia e na partilha, tornando a experiência subjetiva um ponto de partida para reflexões coletivas sobre o adoecimento psíquico.

Quanto ao foco dos tratamentos, o proposto pelo posicionamento médico-terapêutico concentra-se principalmente no controle dos sintomas e na estabilização do quadro clínico,

priorizando o uso de medicamentos, acompanhamento psicológico e intervenções voltadas à manutenção do equilíbrio mental. Essa abordagem busca reduzir o sofrimento imediato e restabelecer as condições de funcionamento cotidiano do indivíduo.

Já o posicionamento leigo-paciente amplia essa perspectiva ao compreender o processo de recuperação como uma transformação mais ampla do modo de vida. Nessa visão, o tratamento não se limita à remissão dos sintomas, mas envolve a adoção de uma rotina mais saudável, pautada pelo autoconhecimento, pela espiritualidade, pela reconexão afetiva e pela busca de sentido. Assim, a cura é entendida não apenas como um retorno ao estado anterior à doença, mas como um movimento de reconstrução subjetiva e reconfiguração da própria existência.

No posicionamento médico-terapêutico, ainda sobre o tratamento dos transtornos mentais, há a orientação de acordo com a avaliação da gravidade dos sintomas, sendo conduzido de forma técnica e graduada conforme o diagnóstico clínico. Essa perspectiva busca diferenciar níveis de comprometimento e adequar intervenções específicas a cada caso, garantindo rigor e segurança no processo terapêutico.

No entanto, do ponto de vista leigo-paciente, há recorrentes queixas de que médicos e terapeutas tendem a minimizar o sofrimento, especialmente em quadros de ansiedade e depressão considerados “leves”. Muitos relatam sentir que suas dores são relativizadas com frases como “é só uma fase” ou “vai passar”, o que contribui para o sentimento de invalidação e solidão. Essa diferença evidencia uma tensão entre o olhar técnico, que classifica e mede o sofrimento, e o olhar experiencial, que o vive em sua intensidade subjetiva e demanda reconhecimento e acolhimento.

No que se refere ao uso de medicamentos, o posicionamento médico-terapêutico tende a normalizar sua prescrição como parte essencial e legítima do tratamento dos transtornos mentais, defendendo sua importância para o equilíbrio neuroquímico e o controle dos sintomas. Já no posicionamento leigo-paciente, embora haja o reconhecimento da eficácia dos fármacos e de sua contribuição para a recuperação, o discurso é atravessado por certo desconforto em relação aos efeitos colaterais e à dependência que os medicamentos podem gerar.

Assim, esses sujeitos não sustentam a “bandeira do remédio”, frequentemente atribuída ao discurso médico, mas sim a “bandeira de buscar ajuda clínica”, enfatizando a importância

do acompanhamento profissional aliado a práticas de autoconhecimento e mudanças de estilo de vida. Essa diferença evidencia modos distintos de compreender o papel da medicalização na experiência do sofrimento psíquico, entre a normalização técnica e a vivência subjetiva de seus limites.

No que diz respeito ao processo final do tratamento, a cura, o posicionamento médico-terapêutico tende a evitar essa noção, uma vez que tanto a ansiedade quanto a depressão são compreendidas como transtornos de humor, sujeitos a recorrências ao longo da vida. Nessa perspectiva, não se fala em cura definitiva, mas em controle e estabilidade, alcançados por meio do acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico contínuo, associado ao uso adequado das medicações.

Já no posicionamento leigo-paciente, a ideia de cura é frequentemente afirmada e vinculada não apenas ao tratamento clínico, mas também a dimensões existenciais e espirituais. Nessa visão, a superação do adoecimento mental é interpretada como um processo de transformação pessoal, fortalecimento da fé e reconciliação com a própria vida, um percurso em que a espiritualidade é vista como elemento central para a restauração emocional e o recomeço.

Por fim, no que se refere à espiritualidade, o posicionamento médico-terapêutico tende a considerá-la um aspecto irrelevante no tratamento dos transtornos mentais, uma vez que não há evidências científicas que comprovem sua eficácia direta na melhora dos sintomas. Nessa perspectiva, a recuperação depende de intervenções baseadas em comprovação empírica, como a psicoterapia e a farmacoterapia.

Já no posicionamento leigo-paciente, a espiritualidade ocupa um papel central e é frequentemente compreendida como parte integrante do processo de cura. Para esses sujeitos, a fé, a oração e a conexão com o divino não apenas oferecem conforto emocional, mas também representam uma fonte de força e sentido diante do sofrimento. Assim, a espiritualidade é vista como um complemento indispensável ao tratamento clínico, funcionando como um elemento de ressignificação da dor e de reconstrução subjetiva.

4.2 RESULTADOS

Esta seção tem como objetivo propor, à luz dos postulados de Maingueneau (2005), uma semântica global para o espaço discursivo formado pelo encontro entre dois posicionamentos distintos sobre os transtornos mentais de ansiedade e depressão: o discurso médico-terapêutico e o discurso leigo-paciente. O primeiro se ancora predominantemente na ciência, sustentando-se em saberes técnicos e práticas clínicas voltadas à explicação, diagnóstico e tratamento dessas condições. O segundo, por sua vez, emerge da experiência pessoal de sujeitos que vivenciam o adoecimento psíquico e buscam elaborar sentidos sobre ele a partir da vivência, da fé e da partilha nas redes sociais. A proposta, portanto, é compreender como esses dois modos de dizer, ancorados em regimes distintos de legitimidade (o científico e o experiencial), interagem, se tensionam e, por vezes, se complementam na constituição de um espaço discursivo contemporâneo e digital sobre saúde mental.

A partir da análise dos discursos que compõem o espaço discursivo em questão, é possível identificar a constituição de uma oposição primitiva entre saber e vivência. O primeiro termo, associado ao discurso médico-terapêutico, ancora-se na legitimidade científica, na objetividade e na autoridade técnica do profissional de saúde, que fala a partir de um lugar de conhecimento institucionalizado. O segundo termo, ligado ao discurso leigo-paciente, fundamenta-se na experiência subjetiva do sofrimento psíquico e na construção de sentidos a partir da própria trajetória de adoecimento e superação. Essa oposição entre saber e vivência estrutura o espaço discursivo analisado, orientando os modos de dizer, as formas de legitimação e as estratégias de persuasão mobilizadas por cada posicionamento.

A partir dessa oposição primitiva, observamos 7 eixos semânticos principais, nos quais os semas estão distribuídos, a saber: Autoridade, Abordagem, Hiperprodutividade, Redes sociais/Hiperexposição, Conceito, Tratamento, o qual engloba medicamentos, sintomas e cura e Espiritualidade. Esquematizamos, no quadro a seguir, os sentidos produzidos através dessa oposição:

Quadro 4 – Sentidos produzidos a partir da ação da oposição primitiva sobre os eixos semânticos de M/T e L/P:

Oposição primitiva →	Saber	Vivência

Eixos semânticos ↓	M/T – Médico-Terapêutico	L/P – Leigo-Paciente
Autoridade	Científica — legitimada pelo saber técnico, pela formação e pelo discurso especializado	Experiencial — legitimada pela vivência pessoal e pela autenticidade do relato
Abordagem	Individualização — parte do social e do clínico para chegar ao indivíduo	Generalização — parte da experiência pessoal e a generaliza como exemplo para outros
Rotina	Desaceleração da rotina - vista como uma prevenção contra os transtornos mentais e da perda do equilíbrio	Hiperprodutividade - vista como expressão de força, disciplina e conquista pessoal
Redes Sociais	Cautela – a diminuição do tempo nas telas oferece benefícios à saúde mental	Identificação — a hiperexposição é meio de criar vínculos e rede de apoio
Ansiedade/Depressão	Disfunção orgânica — doenças de bases biológicas, relacionadas a alterações químicas e neurológicas	Reconfiguração existencial — experiência de transformação, autoconhecimento e mudança de vida
Tratamento Medicação	Controle sintomático — manejo médico e terapêutico voltado à estabilização clínica Normalização terapêutica — uso de remédios como recurso legítimo e necessário ao tratamento	Transformação de estilo de vida — foco em hábitos saudáveis, rotina equilibrada e autocompreensão Aceitação crítica — reconhece a eficácia, mas denuncia efeitos colaterais e evita dependência

Sintomas	Classificação pela gravidade — abordagem técnica e graduada conforme diagnóstico clínico	Validação emocional — queixa de minimização dos sintomas e busca por reconhecimento da dor
Cura	Manejo contínuo — ausência de “cura” definitiva, mas controle possível com acompanhamento	Libertação total — cura entendida como superação, muitas vezes atribuída à fé e à força interior.
Espiritualidade	Subjetividade — vista como elemento subjetivo sem base científica comprovada	Dimensão essencial — considerada parte do tratamento e caminho indispensável à cura

Fonte: Elaboração própria

Após essa etapa de aplicação das operações correspondentes aos elementos da oposição primitiva sobre os eixos semânticos identificados no espaço discursivo, dispostos no Quadro 1 acima, apresentamos, em seguida, os semas positivos de cada discurso, os quais estão na base da produção de sentidos dos eixos semânticos obtidos, bem como constituem todos os respectivos enunciados das práticas discursivas acima.

Quadro 5 – Semas positivos produzidos a partir da ação da oposição primitiva sobre os eixos semânticos de M/T e de L/P

Oposição primitiva → Eixos semânticos ↓	Saber Semas positivos de M/T	Vivência Semas positivos de L/P
Autoridade	Ciência	Experiência
Abordagem	Individualização	Generalização
Rotina	Desaceleração	Produtividade
Redes sociais	Cautela	Hiperexposição
Ansiedade/Depressão	Disfunção	Reconfiguração
Tratamento Medicação Sintomas Cura	Controle Normalização Classificação Acompanhamento	Transformação Tolerância Validação Libertação
Espiritualidade	Subjetividade	Imprescindibilidade

Fonte: Elaboração própria

Após a identificação dos semas positivos, podemos estabelecer, dentro da grade, os semas negativos de cada discurso, uma vez que são produzidos através do processo de tradução dos semas positivos do Outro pelo Mesmo. Cada discurso traduz e interpreta o outro com base em sua própria grade semântica, gerando, dessa forma, um simulacro de seu Outro. É apenas esse simulacro que o Mesmo tem acesso, não existindo a possibilidade de alcançar o Outro de forma direta. Para obter os semas negativos, aplicamos, conforme Maingueneau (2005), o princípio da Contrariedade.

A seguir, apresentamos o quadro final com a inclusão dos semas negativos de cada discurso, a fim de propor, enfim, uma Semântica Global capaz de explicar os processos de interação e tradução desses discursos em torno dos sofrimentos psíquicos, com foco central nos transtornos de ansiedade e depressão.

Quadro 6 – Semas positivos e negativos produzidos a partir da ação da oposição primitiva sobre os eixos semânticos de M/T e L/P

Eixos semânticos ↓	Semas positivos M/T – Médico-Terapêutico	Semas negativos M/T – Médico-Terapêutico	Semas positivos L/P – Leigo-Paciente	Semas negativos L/P – Leigo-Paciente
Autoridade	Ciência	Senso comum	Experiência	Tecnocracia
Abordagem	Individualização	Estereótipo	Generalização	Particularismo
Rotina	Desaceleração	Adoecimento	Produtividade	Procrastinação
Redes sociais	Cautela	Comparação	Hiperexposição	Controvérsia
Ansiedade/Depressão	Disfunção	Espetacularização	Reconfiguração	Materialismo
Tratamento	Controle	Insuficiência	Transformação	Reducionismo
Medicação	Normalização	Alarmismo	Tolerância	Desconforto
Sintomas	Classificação	Desespero	Validação	Indiferença
Cura	Acompanhamento	Falácia	Libertação	Pessimismo
Espiritualidade	Subjetividade	Irrelevância	Imprescindibilidade	Ceticismo

Fonte: Elaboração própria

O quadro acima foi elaborado com base no contraste entre Saber (M/T) e Vivência (L/P) e nos eixos semânticos propostos. A seguir, apresentamos os semas e suas respectivas traduções, a fim de justificar, também, as nossas escolhas. No eixo semântico da autoridade, observa-se que o discurso médico-terapêutico (M/T) se estrutura a partir do sema positivo ciência, enquanto o discurso leigo-paciente (L/P) se ancora no sema positivo experiência. No primeiro caso, a ciência representa a base legitimadora do discurso e o principal critério de verdade: é o saber técnico, validado por métodos empíricos e protocolos clínicos, que confere autoridade e credibilidade ao enunciador médico ou terapeuta. Contudo, esse mesmo princípio gera o sema negativo tecnocracia para L/P, quando o excesso de racionalidade e distanciamento emocional transforma o cuidado em uma prática impessoal, reduzindo o sujeito ao diagnóstico e aos parâmetros biomédicos.

Já no discurso leigo-paciente, a experiência é o eixo positivo que sustenta a enunciação: o valor de verdade emerge da vivência direta do sofrimento e da superação, legitimando o discurso pela autenticidade do testemunho e pela empatia que ele desperta. Entretanto, essa

valorização da vivência deriva no sema negativo senso comum para M/T, quando o relato pessoal se sobrepõe ao conhecimento especializado, simplificando os fenômenos psíquicos e produzindo generalizações que ignoram a complexidade clínica dos transtornos mentais. Assim, a oposição entre ciência/tecnocracia e experiência/senso comum revela a tensão fundamental entre dois modos de autoridade: o que se funda no saber institucionalizado e o que se ancora na vivência subjetiva.

No eixo semântico da abordagem, o discurso médico-terapêutico (M/T) se organiza em torno do sema positivo individualização, enquanto o discurso leigo-paciente (L/P) se ancora no sema positivo generalização. No primeiro caso, a individualização remete à tentativa de compreender o sujeito em sua singularidade clínica, considerando sintomas, histórico e contexto psicossocial para definir o tratamento mais adequado. Essa perspectiva busca personalizar o cuidado, evitando diagnósticos genéricos. No entanto, quando levada ao extremo, essa ênfase resulta no sema negativo estereótipo, ao reduzir o indivíduo a categorias diagnósticas e padrões de comportamento previamente definidos, desconsiderando dimensões subjetivas e culturais mais amplas.

Todavia, no discurso leigo-paciente, a generalização assume valor positivo ao transformar experiências pessoais em discursos compartilháveis e identificáveis, permitindo que outros se reconheçam e encontrem conforto em vivências semelhantes. Contudo, essa ampliação gera o sema negativo particularismo, quando o relato pessoal é tomado como verdade universal, apagando diferenças individuais e propondo soluções únicas para realidades diversas. Dessa forma, há dois modos de construir sentido sobre o sofrimento psíquico: um que busca objetivar o caso singular e outro que o insere em uma narrativa coletiva de identificação.

No eixo semântico da rotina, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo desaceleração, entendida como a necessidade de reduzir o ritmo de vida para restabelecer o equilíbrio físico e mental, reconhecendo que o excesso de demandas e a ausência de pausas são fatores desencadeantes de ansiedade e depressão. A desaceleração, portanto, é concebida como uma estratégia de prevenção e cuidado, que busca reeducar o sujeito quanto aos limites do corpo e da mente. O sema negativo correspondente, adoecimento, surge justamente como consequência da manutenção de uma rotina acelerada e hiperprodutiva, que compromete o bem-estar emocional.

Entretanto, no discurso leigo-paciente (L/P), o sema positivo produtividade é frequentemente exaltado como um valor moral e social, associado à superação pessoal e à retomada da autonomia após o sofrimento psíquico. Trabalhar, produzir e "voltar à ativa" simbolizam não apenas funcionalidade, mas também vitória sobre o transtorno. Contudo, ao se deparar com o desaceleramento, manifesta-se o sema negativo procrastinação, visto como culpa ou fracasso diante da incapacidade momentânea de manter o ritmo esperado. De um lado, temos uma rotina que privilegia o cuidado e o equilíbrio, e outra que ancora o valor da vida na capacidade de continuar produzindo, mesmo diante do sofrimento.

No eixo semântico das redes sociais, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza a cautela como sema positivo, defendendo o uso moderado e crítico das plataformas digitais, uma vez que o excesso de exposição, valorizado no discurso L/P, pode favorecer a comparação, seu sema negativo, responsável por intensificar sentimentos de inadequação e fracasso diante de padrões irreais de sucesso e felicidade.

Em oposição, o discurso leigo-paciente (L/P) atribui valor positivo à hiperexposição, entendendo-a como forma de conexão e acolhimento coletivo, em que compartilhar experiências pessoais se torna uma estratégia de enfrentamento e empatia. O sema negativo controvérsia se contrapõe à cautela sugerida por M/T, já que o acesso a esse tipo de exposição, ao invés de gerar prejuízos, ocasiona em apoio mútuo nas redes sociais. Assim, a cautela médica contrapõe-se à hiperexposição leiga, enquanto a comparação, induzida pelo olhar clínico sobre os efeitos nocivos das redes opõe-se à controvérsia vivida pelos pacientes que fazem das redes um espaço de validação e pertencimento.

No eixo semântico de ansiedade e depressão, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo disfunção, reconhecendo os transtornos como condições orgânicas que afetam o funcionamento físico e psíquico do indivíduo. Em oposição, o discurso leigo-paciente (L/P) apresenta o sema negativo materialismo, criticando a redução do sofrimento à mera falha de desempenho ou à busca por conquistas externas, e enfatizando a necessidade de ressignificação e autoconhecimento.

O discurso leigo-paciente (L/P) valoriza o sema positivo reconfiguração, entendendo o transtorno como oportunidade de transformação pessoal e mudança de vida. Esse posicionamento se opõe ao sema negativo espetacularização do discurso médico-terapêutico

(M/T), que alerta contra a tendência de tratar os sintomas de forma sensacionalista ou reducionista, desconsiderando o contexto individual.

No eixo semântico de tratamento, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo controle, focando na gestão dos sintomas e na estabilização clínica do paciente. Em contraposição, o discurso leigo-paciente (L/P) identifica o sema negativo reducionismo, criticando abordagens que limitam o cuidado à mera intervenção medicamentosa, sem considerar a dimensão emocional e o estilo de vida do indivíduo. L/P valoriza, portanto, o sema positivo transformação, entendendo o cuidado como um processo de mudança de hábitos, autoconhecimento e fortalecimento emocional. Esse posicionamento se opõe ao sema negativo insuficiência do discurso médico-terapêutico (M/T), que aponta as limitações percebidas quando o tratamento é focado em experiências alternativas, fora das indicações de M/T.

No eixo semântico de medicalização, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo normalização, ao tratar a medicação como parte natural e eficaz do manejo dos transtornos mentais. Em oposição, o discurso leigo-paciente (L/P) apresenta o sema negativo desconforto, refletindo a resistência ou apreensão em relação ao uso contínuo de remédios, apesar de reconhecer sua eficácia. L/P valoriza, dessa forma, o sema positivo tolerância, promovendo uma aceitação crítica da prática medicamentosa. Em contraposição, o discurso médico-terapêutico (M/T) apresenta o sema negativo alarmismo, quando o desconforto com os remédios é enfatizado de maneira que pode gerar ansiedade ou medo excessivo no paciente.

Quanto ao eixo semântico de sintomas, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo classificação, ao identificar e categorizar os sinais de ansiedade e depressão para orientar o tratamento. Em oposição, o discurso leigo-paciente (L/P) apresenta o sema negativo indiferença, refletindo a sensação de que, muitas vezes, os sintomas não são levados a sério ou são minimizados por profissionais ou pela sociedade. L/P valoriza o sema positivo validação, reconhecendo a importância de ter suas experiências e sinais emocionais compreendidos e aceitos. Em contraposição, o discurso médico-terapêutico (M/T) apresenta o sema negativo desespero, quando a ênfase excessiva na gravidade dos sintomas gera medo ou angústia nos pacientes.

No que diz respeito ao eixo semântico de cura, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo acompanhamento, enfatizando a importância do monitoramento contínuo e do suporte profissional para reduzir riscos de recaída. Em oposição, o discurso leigo-

paciente (L/P) apresenta o sema negativo pessimismo, refletindo a visão de que a cura pode ser distante ou incerta sem a integração de experiências pessoais e estratégias de enfrentamento. L/P valoriza o sema positivo libertação, entendendo a superação da depressão e ansiedade como um processo de transformação pessoal e espiritual. Em contraposição, o discurso médico-terapêutico (M/T) apresenta o sema negativo falácia, ao enfatizar que a ideia de "cura definitiva" para transtornos de humor é ilusória, pois a doença pode se manifestar novamente ao longo da vida.

Por fim, no eixo semântico de espiritualidade, o discurso médico-terapêutico (M/T) valoriza o sema positivo subjetividade, reconhecendo que aspectos espirituais dizem respeito somente ao paciente, pois não fazem parte do tratamento clínico. Em oposição, o discurso leigo-paciente (L/P) apresenta o sema negativo ceticismo, quando M/T questiona a relevância ou eficácia de abordagens espirituais. L/P atribui um valor positivo à imprescindibilidade da fé, entendendo-a como parte essencial do processo de cura e equilíbrio emocional. Em contraste, o discurso médico-terapêutico (M/T) apresenta o sema negativo irrelevância, ao considerar a espiritualidade um aspecto sem respaldo científico e, portanto, desnecessário no tratamento dos transtornos mentais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar os sentidos da ansiedade e depressão nos discursos digitais contemporâneos, tomando como base a perspectiva da Semântica Global proposta por Maingueneau (2005). A análise do espaço discursivo formado pelos posicionamentos médico-terapêutico e leigo-paciente revelou um campo de tensões e aproximações que espelha as transformações socioculturais em torno da compreensão da ansiedade e da depressão na atualidade.

Esses dois posicionamentos, embora distintos em seus modos de enunciar e legitimar o sofrimento psíquico, compartilham a intenção comum de promover o cuidado e a conscientização acerca dos transtornos mentais, ainda que o façam a partir de regimes de sentido diferentes, o saber e a vivência, e, também, em parte, para uma autopromoção dos próprios perfis, visto que há monetização para os influenciadores digitais, a depender dos modos de funcionamento de cada rede social.

No discurso médico-terapêutico, sustentado pela autoridade científica, prevalece uma visão objetiva e clínica da saúde mental, na qual o sofrimento é concebido como disfunção orgânica passível de controle e acompanhamento. A cura, nesse contexto, não é entendida como supressão definitiva da doença, mas como estabilidade possível mediante tratamento contínuo e manejo medicamentoso. Já o discurso leigo-paciente, legitimado pela experiência pessoal, reconfigura o adoecimento como etapa de transformação subjetiva, articulando a recuperação a um processo de autoconhecimento, espiritualidade e mudança de estilo de vida. Assim, enquanto o primeiro privilegia a racionalidade técnica e a classificação dos sintomas, o segundo valoriza a expressão emocional e a partilha do vivido como formas de ressignificação do sofrimento.

As redes sociais emergem, nesse cenário, como o principal espaço de circulação e interseção entre esses discursos. Para o médico-terapêutico, elas representam um ambiente ambíguo: útil para a divulgação científica, mas potencialmente danoso pela hiperexposição e pela comparação constante que alimenta o ideal da “vida perfeita”. Já para o leigo-paciente, as redes funcionam como espaço de empatia, acolhimento e pertencimento, onde a hiperexposição atua como instrumento de aproximação e identificação coletiva. Essa dinâmica revela um fenômeno discursivo contemporâneo: a transformação do transtorno mental de signo de

fracasso em signo de superação, impulsionando novas formas de legitimar o sofrimento no espaço público.

A oposição entre saber e vivência estrutura, portanto, uma semântica global que organiza os sentidos de ansiedade e depressão nos discursos digitais contemporâneos. A análise dos eixos semânticos (autoridade, abordagem, rotina, redes sociais, conceito, tratamento, medicação, sintomas, cura e espiritualidade) evidenciou que os discursos se constroem em torno de pares antagônicos, mas complementares, que revelam as múltiplas maneiras de significar o adoecimento e o cuidado de si. De um lado, a ciência busca objetivar e controlar; de outro, a experiência busca compreender e transformar.

Conclui-se, assim, que os conceitos de ansiedade e depressão, no ambiente digital, não se restringem a um domínio puramente médico nem a uma esfera exclusivamente subjetiva. Eles se constroem na intersecção entre diferentes formas de saber, de sentir e de narrar o sofrimento. O discurso médico-terapêutico mantém sua relevância na produção de conhecimento e no tratamento técnico, mas o discurso leigo-paciente amplia o horizonte do debate, incorporando dimensões simbólicas, afetivas e espirituais que refletem a complexidade do viver contemporâneo.

Em síntese, os temas da ansiedade e da depressão, mais do que estados clínicos, emergem a partir de um espaço de enunciação, no qual se disputam sentidos sobre o corpo, a mente e o modo de existir. Nesse embate entre a autoridade científica e a autoridade experiencial, delineia-se uma nova ética do cuidado, marcada pela coexistência entre o tratamento técnico e a busca subjetiva por equilíbrio, demonstrando que os discursos sobre esses transtornos mentais são, antes de tudo, discursos sobre o humano em sua pluralidade. O que se observa é a formação de um espaço discursivo heterogêneo, no qual cada posicionamento, o médico-terapêutico e o leigo-paciente, define-se por seus valores, modos de enunciação e critérios de legitimidade, produzindo, assim, diferentes modos de dizer e de significar o sofrimento psíquico na atualidade.

Com esta pesquisa, pretendemos contribuir com o campo da Análise do Discurso de linha francesa, ao propor uma leitura dos sentidos sobre os transtornos mentais de ansiedade e depressão nos discursos digitais contemporâneos, a partir da articulação entre saber e vivência. Ao mobilizar os pressupostos teóricos de Maingueneau, especialmente no que concerne à noção

de semântica global, buscou-se compreender como diferentes formações discursivas, o discurso médico-terapêutico e o discurso leigo-paciente, constroem, tensionam e negociam sentidos sobre ansiedade e depressão. Dessa forma, o presente estudo amplia as possibilidades de análise dos discursos sobre a área da saúde mental, evidenciando o modo como esses enunciados se inscrevem em um espaço social heterogêneo, onde práticas discursivas distintas coexistem e se influenciam mutuamente, reafirmando a vitalidade e a atualidade dos estudos discursivos na interpretação das práticas de linguagem que configuram o sujeito contemporâneo.

6. REFERÊNCIAS

ABUD, M. **10 piores dores de ansiedade e como acalmar em 60 segundos.** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=iG6PFXVQLCQ&t=67s>. Acesso em: 19 set. 2025.

ANSIOSA, Sou. **Sou ansiosa (@souansiosa)**. Instagram, [s.d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/souansiosa?igsh=YXh3dDBqOG93aXZp. Acesso em: 19 set. 2025.

AQUINO, Patrícia Aparecida de. **Polêmica em torno de dislexia**: um caso de interincompreensão. 2016. 267f. Tese (Doutorado) - Curso de Letras, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: https://hdl.handle.net/20.500.12733/1629711. Acesso em: 23 set. 2024.

ARRUDA, Sérgio. **Depois da borda (@depoisdaborda)**. Instagram, [s.d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/depoisdaborda?igsh=MTA3dGd0M2V6djhyeA==. Acesso em: 19 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Setembro Amarelo® 2024: se precisar, peça ajuda! Brasília: ABP/CFM, 2024. Disponível em: https://www.setembroamarelo.com/. Acesso em: 29 jul. 2025.

BARBOSA, A. B. **Ansiedade, Depressão e os Impactos no dia a dia.** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IiZo1XNEO5A&t=56s>. Acesso em: 19 set. 2025.

BARBOSA, A. B. **Depressão não é drama ou falta de Deus. Podpeople**. Rio de Janeiro, 10 de maio de 2025. Podcast. Disponível em: https://youtube.com/shorts/jaOsbFrL7S8?si=A0xZLw2Y2aRvT8p_. Acesso em: 19 set. 2025.

BARONAS, Roberto Leiser; MANENTI, Regiana Perpétua. Da formação discursiva à Semântica global: breve análise do tema corrupção em programas de governo das eleições presidenciais 2006. **Revista do GEL**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 61–79, 2009. Disponível em: https://revistas.gel.org.br/rg/article/view/166. Acesso em: 28 set. 2024.

BARROS, Daniel Martins de. **O que fazer depois do diagnóstico de depressão: respostas simples para perguntas frequentes**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sjspF4RVKKA&t=19s>. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz Brasília, 2020. Disponível em: www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br. Acesso em: 29 jul. 2025.

CALHAU, R**. Depressão e ansiedade: minha experiência tomando sertralina**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uw1-b2QKCgg&t=917s>. Acesso em: 19 set. 2025.

FALCONI-PIRES, L. M.; LOURENÇO, J. Twitter ontem e hoje: observações metodológicas críticas. **Revista Heterotópica**, [S. l.], v. 4, n. Especial, p. 36–52, 2022. DOI: 10.14393/HTPv4nEspecial-2022-67202. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/RevistaHeterotopica/article/view/67202. Acesso em: 03 nov.2022.

FEDERAL, Secretaria de Saúde do Distrito. **Atendimento psicossocial e multiprofissional a pessoas com sofrimento mental grave, incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas** – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/cartacaps#:~:text=%C3%89%20um%20servi%C3%A7o%20p%C3%BAblico%20de,11%20meses %20e%2029%20dias).. Acesso em: 08 set. 2023.

FERNANDES, F. **Entenda a depressão ansiosa**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=B79a6aql6UE&t=937s>. Acesso em: 19 set. 2025.

FERREIRA, L. **Depressão: cuidando da minha saúde mental**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o5zLe8hYg7E>. Acesso em: 19 set. 2025.

FONSECA, Juliana. **Psiquiatra: a verdade sobre ansiedade e depressão. Lutz Podcast #288.** São Paulo, 25 de outubro de 2024. Podcast. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/06LKrawXMLiwnOCIPM9zlY?si=fopGyWKtQxCc7x5a7huM3w&pi=uMgNta_IR6GjS&t=0

. Acesso em: 19 set. 2025.

LACERDA, A. **Meu contato com a depressão (eu venci)**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3fKXyIvfqeQ&t=6s>. Acesso em: 19 set. 2025.

LACERDA, M. **Nós da questão: A ansiedade oculta**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kkDdtpkDPdQ>. Acesso em: 19 set. 2025.

LINO, V. **Saúde mental: a minha história, como lido com a depressão, ansiedade e TDAH e novos diagnósticos**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ru5UnMnvG2E&t=1541s>. Acesso em: 19 set. 2025.

LEITE, L. **Ansiedade Convivendo (@ansiedadeconv)**. Instagram, [s.d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/ansiedadeconvivendo?igsh=MTJhcHRwZmR0MHkzag==. Acesso em: 19 set. 2025.

LUCCO, Lucas. **Ironcast #274**. São Paulo, 13 de junho de 2023. Podcast. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/4m6eiJbmXAja5gGZZL3u7X?si=OFHlK44aQ0qjwkyAczylVA. Acesso em: 19 set. 2025.

MAINGUENEAU, Dominique. **Gênese dos Discursos**. Tradução de Sírio Possenti. São Paulo: Parábola, 2008.

MAINGUENEAU, Dominique. **Discurso e análise do discurso**. Tradução: Sírio Possenti, 1. ed, São Paulo: Parábola Editorial, 2015.

MENDONÇA, R. A. **Rodrigo Alcântara Mendonça (@psirodrigoalcantara).** Instagram, [s.d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/psirodrigoalcantara?igsh=czk0dWJlN3FpZ2s1. Acesso em: 19 set. 2025.

MOURÃO, Felipe. **Dr. Felipe Mourão - Saúde Mental (@drfelipe.mourao).** Instagram, [s.d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/drfelipe.mourao?igsh=eWloeDFtbG01M3lj. Acesso em: 19 set. 2025.

MUZY, Paulo**. Os Sócios #139.** São Paulo, 29 de junho de 2023. Podcast. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/1We75sS5TBjAedreLHkUzl?si=ZYHrlD1ITP2LAYwo10hcFw&pi=9o8DLBI7Rku7-&t=7. Acesso em: 19 set. 2025.

OUCHI, R. M. **Ricardo Martins Ouchi (@ricardo.ouchi)**. Instagram, [s.d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/ricardo.ouchi?igsh=ZjJ2ZWVwNGtlMjNh. Acesso em: 19 set. 2025.

PÊCHEUX, M. (1969). **Análise Automática do discurso**. In: GADET, F. & HAK, T. (orgs.). Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. E. P. Orlandi. Campinas, Editora da UNICAMP, 1990.

PINHO, Leandro Barbosa de. et al. Ideologia e Saúde Mental: Análise do Discurso do Trabalhador no Campo Psicossocial.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 65-73.

POLAK, Anna. **Ansiedade e depressão: sintomas, tratamentos e o papel do psicólogo . Eslen Podcast #089**. São Paulo, 07 de novembro de 2024. Podcast. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/0itK5eUmmQWeFW55qNRbfd?si=Gup1y5G7Qi2pNjohzHEeqQ&pi=kJ-0XcYCQVGQa&t=0. Acesso em: 19 set. 2025.

POMPEU, G. **Meu testemunho de cura- depressão, pensamentos suicidas**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MK4brpMDCBs&t=9s>. Acesso em: 19 set. 2025.

SERRADO, Marcelo. **Crise de pânico. Labirinto: Conversas sobre saúde mental**, São Paulo, 03 novembro de 2024. Podcast. Disponível em:https://open.spotify.com/episode/0ST6Ldl1o8AbwAfVDGaUl8?si=82Tn97LHQsuC4KnvJp1xew. Acesso em: 19 set. 2025.

SILVA, Edvania Gomes da. **Os (des)encontros da fé**: análise interdiscursiva de dois movimentos da igreja católica. 2006. 293f. Tese (Doutorado) - Curso de Letras, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: https://hdl.handle.net/20.500.12733/1604210. Acesso em: 23 set. 2024.

SILVA, Gabriela Fernandes; BRASIL, Eysler Gonçalves Maia**. Adolescer: adoecimento psíquico e ações de saúde mental realizadas pelos profissionais dos CAPS**. 2024. 19f. Repositório Unilab. Redenção-CE, 2024. Disponível em: repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/5761. Acesso em: 28 set. 2024.

SILVA, Silvina Maria Guimarães da. **Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica**. Repositório Unilab. Redenção, p. 01-16. out. 2018. Disponível em:

https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/703/3/2018_arti_ssilva.pdf. Acesso em: 08 set. 2023.

SOUSA, Lara Lohanna Barreto de; FARIAS, Otávia Marques de. **Discursos científico e religioso na saúde mental: um exercício de análise de semântica global em cartilhas sobre o tema.** In: FARIAS, Otávia Marques de; TAVARES, Maria Leidiane (org.). Investigações em linguagem: pesquisas desenvolvidas no PPGLin/Unilab. 1. ed. Campinas-SP: Mercado de Letras, 2024. p. 199-218.

VARELLA, D. **Como conseguir tratamento para ansiedade no sus?** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=13_x9TZIOQg&t=20s>. Acesso em: 19 set. 2025.

VERONEZ, M. Relações e reflexões entre a competência linguística de Noam Chomsky e a competência discursiva de Dominique Maingueneau. **Domínios de Lingu@gem**, Uberlândia, v. 10, n. 3, p. 1133–1145, 2016. DOI: 10.14393/DL23-v10n3a2016-18. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/dominiosdelinguagem/article/view/32580. Acesso em: 13 out. 2024