

PRODUÇÃO DE SI NA DEPRESSÃO¹

Daiana Paula Milani Baroni^{*}
Maria Juracy Filgueiras Toneli[#]

RESUMO. Este artigo apresenta algumas reflexões sobre a produção de uma experiência de subjetividade constituída a partir de saberes e práticas que sustentam o enunciado da depressão. Uma vez que práticas e discursos sobre a normalidade e o desvio implicam em modos de subjetivação, analisa-se aqui, sob a perspectiva foucaultiana e a partir de fragmentos de discursos presentes em fóruns e enquetes de comunidades virtuais do Orkut, o trabalho de produção de si em referência ao diagnóstico da depressão. Diante do imperativo de o indivíduo saber sobre a verdade de sua saúde, cercado pelas exigências de ideais normativos e imbuído da crença da necessidade de se proteger dos riscos à sua vida, adotam-se diagnósticos como identidades, medidas preventivas e tratamentos medicamentosos como práticas de si.

Palavras-chave: Produção de subjetividade; práticas de si; depressão.

SELF PRODUCTION IN DEPRESSION

ABSTRACT. This article presents some reflections about the production of a subjectivity's experience established over knowledge and practices supported by the depression proposition. Since practices and discourses about normality and deviation incur into forms of subjectivity, this research analyzes in a Foucault's perspective and from fragments of discourses present in forums and surveys of virtual communities from ORKUT, the production of the self work in reference to depression diagnostic. Facing the imperative of knowing the truth of his health, surrounded by the demands of normative ideals, believing in the necessity of protecting himself from risks to his life, the subject adopts diagnostics as identities, prevent measures and medical treatments as self practices.

Key words: Production of subjectivity; self practices; depression.

PRODUCTION IN DEPRESSION

RESUMEN. Este artículo presenta algunas reflexiones sobre la producción de una experiencia de subjetividad constituída a partir de saberes y prácticas que sostienen el enunciado de la depresión. Una vez que prácticas y discursos sobre la normalidad y el desvío implican en modos de subjetivación se analiza aquí partiéndose para tal de una perspectiva foucaultiana y de fragmentos de discursos presentes en foros y encuestas virtuales del sitio web de relacionamientos Orkut este trabajo de producción de sí en referencia al diagnóstico de la depresión. Frente al imperativo de saber sobre la verdad de su salud, cercado por las exigencias de ideales normativos, imbuido de la creencia de la necesidad de protegerse de los riesgos a su vida, se adoptan diagnósticos como identidades, medidas preventivas y tratamientos medicamentosos como prácticas de sí.

Palabras-clave: Producción de subjetividad; prácticas de si; depresión.

¹ Apoio: CAPES.

^{*} Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora bolsista do CNPq, Brasil.

[#] Professora no Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

A escolha da depressão como ponto de partida para esta análise foi motivada pela percepção constante deste enunciado em situações corriqueiras e em diferentes contextos e práticas, e pela observação da dificuldade em precisar a depressão como diagnóstico nos limites entre um estado de tristeza e um transtorno psiquiátrico propenso à medicalização². Soma-se a isto a observação da frequência com que pessoas se reconhecem como depressivas, o que pode ser constatado pelo número crescente de comunidades e *blogs* no domínio virtual e pela expansão de grupos de apoio terapêutico.

O termo depressão, como categoria diagnóstica presente nos principais manuais de psiquiatria (DSM IV, 1995; OMS, 1997), difundiu-se a partir dos consultórios médicos para as conversas cotidianas (Blech, 2005; Conrad, 2007), o que impele a situá-lo como um enunciado que, embora esteja remetido ao regime de produção do saber médico-psiquiátrico, desloca-se e circula permeando vários outros discursos. A ampliação sofrida por este exercício de dizer a verdade da saúde do sujeito - portanto, a verdade do sujeito - fez naturalizar-se na rede social a prática de diagnosticar uns aos outros, encontrando supostas verdades em seus sintomas. Tal prática reflete um modo peculiar de se tornar sujeito, amparado sobre um trabalho de produção de si a partir de modelos de identidades patologizadas e por meio de psicofármacos.

A análise de alguns fóruns e enquetes de comunidades do Orkut relacionadas ao tema da depressão permitiu perceber uma multiplicidade de atribuições recebidas por este enunciado, demarcando situações concretas e variadas na produção de uma forma de vida comum atravessada pelo nome da depressão³.

O SABER MÉDICO E A PRODUÇÃO DE DIAGNÓSTICO

De acordo com Foucault (1998) em “O Nascimento da Clínica”, o surgimento da medicina

² Uma vez que não se dispõe de nenhum marcador biológico que delimite tais fronteiras, a não ser o relato do paciente.

³ Comunidades relacionadas ao nome da depressão foram acompanhadas no decorrer de quase dois anos de pesquisa. Foram selecionadas para análise fóruns e enquetes que problematizavam o tema da depressão em relação ao trabalho de produção de si decorrente desta verdade. A pesquisa na íntegra pode ser acessada através do endereço eletrônico <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0417-D.pdf>.

moderna no século XVIII instaura uma nova linguagem em torno do homem. Os domínios do saber médico se estendem em uma nova configuração discursiva, com um novo modelo de verdade e, sobretudo, uma nova prática médica. Tais práticas e saberes passam a ser reestruturados sob uma racionalidade que tem o corpo como objeto a ser percorrido e desvendado pelo olhar. O vínculo entre saber e adoecimento deixa de se recostar sobre um trabalho imaginativo para se assegurar pela via do olhar, trazendo uma maior complexidade através desta reestruturação da linguagem médica. Para Foucault, esta objetividade fundada no olhar investigatório do médico torna possível uma linguagem racional em torno do homem.

Assim, de acordo com Foucault (1998), com a entrada da medicina no campo das ciências positivas ocorreu a abertura do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, alterando a relação do homem consigo mesmo. Em um curto período, entre os séculos XVIII e XIX, todo um saber articulado a partir desta experiência do olhar converte o corpo no local de intervenções fundamentadas em uma anatomia patológica, “uma coincidência exata do corpo da doença com o corpo do homem doente (p.1)”, e em uma regra classificatória das morbidades. Este trabalho classificatório consiste no registro do conhecimento médico, das informações que se cruzam formando o estado patológico. Tal demarcação traz a possibilidade de “situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico (p.32)”.

Este acontecimento de redefinição do saber médico é acompanhado pela expansão política de seus domínios – através de sua ligação com o Estado, da presença constante dos médicos em diferentes contextos, do trabalho de vigilância espalhada de forma a garantir um controle da saúde, além da intervenção pedagógica no intuito de educar medicamente indivíduos e populações – e traz como efeito a incorporação deste saber como verdade a ser praticada em si.

E como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina (Foucault, 1998, p. 35).

Nesta perspectiva de novos horizontes e de uma nova importância social atribuída à medicina, a tarefa desta ganha uma significação positiva: instaurar na vida dos homens as figuras positivas da saúde, da virtude e da felicidade, estando para isto a serviço do Estado. Além de um trabalho de cura e de conhecimento sobre a doença, a medicina passa a se ocupar do conhecimento do homem saudável, do homem não doente, da definição de um homem modelo. Esta passagem garante aos detentores deste saber a autorização de reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade. Nas palavras de Foucault (1998, p. 39), “(...) uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa, se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho”.

Foucault (1998) escreve que as diferentes formas do saber médico tomaram como referência a saúde ou a normalidade em momentos históricos específicos. Até o século XVIII a medicina faz referência à saúde sem preocupações quanto à análise do funcionamento regular e de seus desvios, e preocupa-se com os modos de vida dos indivíduos. Já a medicina do século XIX regula-se pela normalidade e tem suas intervenções direcionadas para o mau funcionamento, portanto, age de acordo com a norma, demarcando por esta via a distinção entre o sadio e o mórbido e orientando os indivíduos dentro dos princípios do normal e do patológico.

Fazer um estudo da depressão como produção histórica na modernidade leva a analisar este acontecimento como parte de uma tecnologia política de normalização de condutas, dentro do contexto biopolítico e em relação ao processo de medicalização dos problemas cotidianos, tendo em vista que, em correlação com esta racionalidade, emergem modalidades específicas de subjetivação.

Foucault, ao falar das formas do biopoder situa a medicina como um de seus mecanismos. Uma vez que com a biopolítica os fenômenos próprios da espécie humana entram na ordem do saber e do poder, no campo das técnicas políticas, a medicina se posiciona como uma das disciplinas a zelar pela vida da população e a determinar as condições de saúde e de doença da sociedade (Dreyfus & Rabinow, 1995).

O trabalho executado pelo médico - o qual engloba práticas de interpretação e decifração de sinais e sintomas, a categorização de doenças e a determinação de um modelo de normalidade para o homem -, produz em correlação um trabalho realizado pelo próprio sujeito em si mesmo que deriva do seu reconhecimento neste saber. No campo das práticas de si repercute este mesmo trabalho de interpretação e de decifração adotado em concordância com os parâmetros médico-biológicos, a correspondência entre suas sensações e o que é tido como sintomas clínicos e a perseguição para si do modelo ideal de homem saudável legitimado por este saber - em síntese, práticas possíveis pelo reconhecimento de si enquanto sujeito desta verdade. Desta forma, o diagnóstico se transforma na verdade descoberta em cada indivíduo. O nome da doença, ligado a um conjunto de sintomas e dito pelo detentor do saber sobre a saúde e a doença, atribui significado às sensações e dá forma a este sujeito, o que implica em um modo de subjetivação que introduz uma experiência ética coletiva dentro dos contornos do normal e do patológico.

OS CONTORNOS DO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

Eu num tenho depressão, a depressão que me tem (Fórum O que te leva com frequência à depressão?).

Na tentativa de refletir sobre o que há de específico no conjunto de sensações e comportamentos analisados como sintomas e sinais determinantes da depressão, cabe percorrer o caminho da produção do diagnóstico e de atribuição de valor de sintoma a estas sensações e comportamentos.

De acordo com a mais forte referência no Ocidente sobre saúde mental, o DSM IV (1995), para atender aos critérios diagnósticos de um transtorno depressivo maior é necessária a ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores (p. 312). Um episódio se caracteriza pela presença de cinco sintomas dentre os descritos no quadro 1, indicados por relato subjetivo ou por observação de outros e com duração mínima de duas semanas, representando assim uma variação do funcionamento anterior.

<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.</p> <p><i>Nota:</i> Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). <i>Nota:</i> Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável. (2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros). (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. <i>Nota:</i> Em crianças, considerar falhas em apresentar os ganhos de peso esperados. (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias. (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias. (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente). (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros). (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. <p>B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto (p.316).</p> <p>C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativos ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento), ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).</p> <p>E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.</p>

Quadro 1 - Critérios para Episódio Depressivo Maior

Como pode ser observado no quadro 1, não há nada de característico em cada uma das sensações descritas que as circunscreva por si só como provas da existência de um acometimento psíquico. Sofrimento ou humor deprimido, variações no peso, apetite ou sono na atividade psicomotora são possíveis a todos dentro dos limiares de normalidade e não denunciam um quadro depressivo. Frequência, intensidade e variação parecem separar o que seria a saúde mental da experiência patológica da depressão.

A frequência com que se experimenta a tristeza, com que se depara com o sofrimento, com que o interesse ou prazer é perdido, denota que o que deve imperar como características de uma experiência de sujeito bem-sucedida são seus contrários: a alegria, o prazer, a própria ideia de vida como bem-estar, adaptação e funcionalidade. Este suposto estado de bem-estar não deve ser abalado por mais de duas semanas, pois isto configuraria a manifestação de um estado psicopatológico. Isto leva a crer que o que movimenta a ideia de saúde mental é um trabalho de

manutenção, de frequência daquelas sensações vistas como boas pela moral vigente. A saúde mental se pauta nos valores de uma moral que adverte a manifestação da tristeza como descompasso e que preza um modo de vida que, se não espelha a felicidade, ao menos não reflita o descontentamento por muito tempo.

A intensidade das sensações aparece também como algo insistentemente problematizado na construção do diagnóstico da depressão. São marcas da depressão: sono demais ou sono de menos; apetite demais ou apetite de menos; agitação excessiva ou agitação de menos; interesse, concentração e energia de menos; tristeza, culpa e desejo de morte intensos. Isto leva a crer que o excesso ou a escassez são discriminados negativamente, devendo-se perseguir um padrão ideal equilibrado e linear. O número de indivíduos reconhecidos como depressivos atesta a dificuldade em seguir os padrões almejados neste conjunto que soma: estado de humor, sono, apetite, agitação, interesse, concentração, energia, tristeza e

desejo. A depressão é problematizada como um transtorno de humor, indicando que, na atualidade, a oscilação para euforia ou tristeza, medida em tempo e intensidade, precisa ser medicalizada, tomada como um problema de saúde e doença, um problema que demanda a intervenção do saber e da prática médica.

Outra condição que aparece como determinante neste estado psicopatológico a ser destacada é a variação. Para que haja depressão é necessário que os sintomas instalados representem uma variação do estado anterior do indivíduo, que pode ser avaliado tanto por ele próprio como por outra pessoa. Parte-se de antemão da crença em um funcionamento que ainda é adequado e situado dentro dos limites da normalidade, mas que se torna disfuncional, encaminhando para o desgoverno e para o estado depressivo.

O termo *funcionamento*, associado nos critérios diagnósticos às características de social e ocupacional, traz a marca das tecnologias disciplinares individualizantes, alicerce necessário para a acomodação de uma biopolítica das populações. Nesta duplicação de forças que Foucault (2009) denomina de biopoder, as técnicas médicas, interessadas na população, caminham em acordo com os interesses econômicos, em que cada indivíduo precisa seguir disciplinado e estar em pleno funcionamento. Neste cenário, a doença repercute como uma disfunção social ou ocupacional que interfere no enquadramento do indivíduo na sociedade e na maximização da força produtiva de seu corpo – importante para a manutenção do sistema econômico capitalista. Para impedir este mau funcionamento em nível individual, a interferência no meio através de políticas que visam à saúde da população intenta assegurar o equilíbrio e a regularidade da massa.

Os séculos XX e XXI marcam o tempo da possibilidade de uma experiência de psicopatologização que tem a depressão como um de seus nomes: tempo em que tristeza e desinteresse não devem ultrapassar o período de duas semanas; tempo em que o sofrimento é patologizado justamente por não caber na experiência de subjetividade contemporânea um tempo para se gastar em sofrimento, colocar em crise o mundo e a si mesmo. O diagnóstico da depressão se liga à ideia de fazer-viver⁴, aos ideais econômicos de produtividade e funcionalidade e à busca por prazer constante. Desta maneira, a referência ao prejuízo social e ocupacional

como condição para que a doença seja diagnosticada reflete a ideia de que é um problema o indivíduo estar fora dos padrões ideais de produção, descontente ou desadaptado.

Outra característica deste quadro nosológico é a valorização das afetações apresentadas em nível individual, com a consequente desatenção aos fatos que contextualizem histórica e socialmente a emergência do que é posto como sintoma. Em uma breve passagem da descrição do *episódio depressivo maior* faz-se referência à relação entre o conjunto de sintomas e as questões psicossociais: “Os Episódios Depressivos Maiores frequentemente se seguem a um estressor psicossocial severo, como a morte de um ente querido ou divórcio” (DSM IV, 1995, p. 326). Apesar disto, a investigação médica parece não adentrar por este caminho, centrando-se em características individuais, em respostas, em sensações e condutas.

É por esta via que o saber diagnóstico tem o seu poder subjetivante, ao dar contornos a uma experiência em que o sujeito crê carregar consigo, em sua intimidade, em sua subjetividade, a marca e a verdade do que seria ele mesmo em sua patologia. A subjetividade é assim compreendida no discurso corrente a partir de uma perspectiva psicológica, atribuindo a ela natureza, singularidade e substância. O foco se assenta assim no sujeito, sem ter em vista que este sujeito é um efeito de subjetividade num plano maior de construção de um saber da doença.

Para Foucault, a subjetividade não seria substância ou natureza, mas sim, elemento da história, coletivo e construído, em contraponto à concepção corriqueira do termo de que a depressão parece pertencer ao indivíduo, à sua subjetividade. Esta última compreensão leva a não se atribuir a devida importância aos elementos históricos e sociais envolvidos na produção das condições de possibilidade para a emergência do que é suposto como sintoma.

Este instrumento diagnóstico como prática de um poder-saber identificatório e subjetivante – difundido através das políticas de saúde do Estado, das práticas de intervenção médica, psiquiátrica e psicológica, das pesquisas científicas e dos meios midiáticos – não alcança sozinho a função de produzir um sujeito depressivo. Indivíduos assujeitados a este saber em um trabalho constante de conhecimento e interpretação de si através dos exercícios ensinados pelo conhecimento médico conferem o caráter de produção a esta forma de subjetividade. Em outros termos, cabe ainda um trabalho consigo mesmo atravessado por este saber: o reconhecimento de si como sujeito desta verdade, que

⁴ Em referência ao conceito de biopoder em que “fazer viver” representa a ideia do que seja a saúde na atualidade. As tecnologias do biopoder incidem nos corpos conforme um imperativo de saúde que impele à manutenção da vida.

dá sentido às suas ações e sensações de modo que a doença seja enfim “descoberta” no próprio corpo. Verdade sobre a doença se transforma em verdade do sujeito, produzindo uma experiência ética ligada ao saber médico, onde sensações e condutas se atrelam firmemente ao modelo moral de um imperativo da saúde que divide as formas de vida em saudáveis e patológicas (Foucault, 2008).

Em “O Poder Psiquiátrico”, ao tratar da diferença entre o diagnóstico em psiquiatria e em medicina, Foucault (2006) assinala que a importância do diagnóstico em psiquiatria não está tanto em demarcar o tipo da doença, mas no problema de saber se é ou não loucura. Desta forma, o que estaria em questão no diagnóstico psiquiátrico seria a decisão sobre o indivíduo ser ou não ser doente mental, tratando-se assim, na leitura de Foucault, de um diagnóstico absoluto:

(...) o problema que estava para ser resolvido na atividade psiquiátrica não era tanto, não era primeiramente o de saber se determinado comportamento, determinada maneira de falar, determinado tipo de alusão, determinada categoria de alucinação se referiam a esta ou àquela forma de lesão; o problema era saber se dizer determinada coisa, comportar-se de determinada maneira, ouvir determinada voz, etc., se isso era ou não era loucura (p. 347).

Mais de trinta anos se passaram desde que este curso foi ministrado por Foucault, e pode-se perceber, tomando-se como exemplos a construção do DSM IV e as projeções para o DSM V, a importância na atualidade no campo da psiquiatria em discriminar novas modalidades de transtornos mentais cada vez mais asseguradas por uma suposta anatomia neuropatológica. O diagnóstico diferencial é hoje prática de grande importância na psiquiatria; no entanto, a partir deste apontamento de Foucault, pode-se pensar o diagnóstico psiquiátrico em seu poder de marcar os indivíduos em um diagnóstico permanente, sendo este diferenciado ou não dos demais diagnósticos, produzindo formas de subjetividade patologizadas de maneira que o sujeito se perceba como portador de um transtorno mental mesmo na ausência de sintomas.

O problema de ser ou não ser louco, ser ou não ser doente mental, ser ou não ser portador de um transtorno mental, ainda persiste sem a presença dos sintomas. Mesmo após a remissão, permanecem a verdade deste modo de subjetivação e os exercícios de conhecimento e de interpretação de si baseados no saber médico. Uma verdade de si que ligue a tristeza,

o desinteresse e determinados comportamentos e afetos a um estado patológico pode estar sempre prestes a reaparecer, uma vez que é inevitável ser afetado ao longo da vida por estes acontecimentos.

PRÁTICAS DE SI ATRAVESSADAS PELO SABER DO DIAGNÓSTICO

A gente vai deixando, deixando, o espírito adoecer e vicia na doença. Já não sabe mais viver de outra forma, desaprende a viver sem a dor (Fórum Depressão: doença ou característica pessoal?).

Foucault, nos anos 1980, redireciona suas pesquisas das tecnologias de dominação para as tecnologias de si, descritas por ele como tecnologias presentes em todas as sociedades. Em “Tecnologias del yo”, Foucault (1990) escreve que estas tecnologias de si

permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de si mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (p. 48).

Trata-se, portanto, de tecnologias orquestradas de forma que o indivíduo atue sobre si mesmo a partir de inúmeras práticas disponíveis na sociedade. O que nos interessa no presente trabalho é apontar para a incidência do saber médico sobre as técnicas de si, pois a análise do enunciado da depressão leva a refletir sobre quais tecnologias de si são produzidas com a emergência deste saber que determina os corpos como portadores deste transtorno de humor. Cabe assim indagar quais seriam as práticas de si a que os sujeitos se submetem a fim de se produzirem como sujeitos da depressão, o que abrange as preocupações quanto à constituição de um modo de vida a partir deste atravessamento.

Através da análise de algumas comunidades virtuais relacionadas à depressão de um *site* de relacionamentos muito difundido no Brasil, o Orkut, foi possível acompanhar alguns vestígios deste trabalho realizado pelo indivíduo sobre si mesmo que advém do seu reconhecimento enquanto sujeito da depressão. Por meio de relatos expostos em enquetes e fóruns que tematizam práticas relacionadas à

depressão foi possível alcançar determinados pontos para a reflexão sobre a produção de si em referência a este enunciado.

A respeito do diagnóstico, tem-se que sensações diversas aparecem descritas como manifestações sintomáticas de um estado depressivo, demonstrando uma ampliação sofrida no leque de possibilidades de conversão de sensações em sintomas da depressão. Novas sensações, antes distantes da configuração de um estado patológico mental, adquirem visibilidade como disfuncionais e inadequadas, passando a ser observadas como resultantes do acometimento pela depressão. A ampliação do diagnóstico é recebida por alguns como uma nova chance de encontrar no discurso médico uma resposta àquilo que os incomoda: “*Um dos grandes avanços da medicina em relação à doença foi ampliar o diagnóstico*” (Fórum O que te leva com frequência à depressão?).

A título de exemplo, os fóruns “Depoimentos” e “Apresentações” trazem algumas destas sensações que aparecem citadas pelos participantes como indicativas desta nova abrangência sintomatológica da depressão: relatos de raiva, ódio, vontade de matar, feitos absurdos, decepção, dores de cabeça intensas, pressão alta, tontura, ânsia de vômito, calorões, tremores, ardência, falta de ar, arritmia, pânico, sensação de buraco no estômago, ostracismo. Tais sensações, embora demarquem para estes sujeitos sua condição depressiva, não correspondem aos sintomas da depressão trazidos no DSM IV; porém parecem corresponder aos desígnios da doença, uma vez que apontam para uma condição de variação tida como negativa, quer emocional, quer social quer fisicamente, situando-se assim no campo da anormalidade e da doença. Observa-se ainda que o que permite que tal sensação ou comportamento passe a ser visto como sintoma da depressão está determinado pela sua ligação com a tristeza ou com o desinteresse, sensações que se repetem nas falas dos participantes, dando lugar à emergência do sujeito da depressão.

Desta maneira, a percepção de que algo em sua conduta ou em suas sensações está atravessado pela tristeza ou pelo desinteresse pode tornar-se um indicativo de sua condição depressiva. Por exemplo, estar com a pressão alta aliado a estar triste pode fazer com que a pressão alta passe a ser compreendida por este sujeito como um sintoma de sua depressão. Estar com medo e ao mesmo tempo estar desinteressado pelas pessoas pode fazer com que o medo seja interpretado como um dos sintomas da depressão. Ter tremores paralelamente a estar em sofrimento psíquico faz com que os tremores sejam analisados como

sintomas da depressão. Assim, dezenas de diferentes sensações e comportamentos passam a ter a conotação de sintomas da depressão. Ao terem como fundo o sofrimento e o desinteresse, tais sensação podem se converter em sintoma da depressão.

Nesta colagem de sensação a uma significação patológica, o sofrimento (ou a tristeza e o desinteresse) age como potencializador e demarcador da doença. Isto leva a crer que os quadros depressivos se concretizam predominantemente pela existência do sofrimento, de desajuste ou de desinteresse. O que venha a se somar a estas sensações principais ganha o *status* de sintoma, independentemente de representar ou não concordância com os demais critérios diagnósticos.

Outro ponto de reflexão que remete à questão do diagnóstico é o problema da normalidade, recorrente em vários fóruns. A aferição da normalidade ou da anormalidade do que se pratica enquanto sujeito apresenta-se como uma das funções do diagnóstico. O diagnóstico cumpre a tarefa não apenas de identificar o sujeito sob o ângulo da norma da saúde, determinando assim o seu lugar, mas também de produzir este sujeito que se cuida e se orienta a partir dos ditames do saber médico. O depressivo precisa aprender a se cuidar como um depressivo, usar os medicamentos, frequentar a terapia, praticar esportes, - se como depressivo, ajudar-se e buscar ajuda, expor-se, pensar positivamente e tentar traçar o caminho para a normalidade. O sujeito precisa não apenas se reconhecer nesta verdade, mas também se conhecer a partir destes jogos de verdade, medir suas respostas e a adequação de seus afetos, recorrendo ao juízo de uma moral da saúde.

Em um fórum intitulado “Sintomas de depressão”, indagações sobre determinadas sensações ou comportamentos refletirem ou não um estado indicativo de depressão dos indivíduos demonstra sua busca pela confirmação da anormalidade, para que através disto se caracterize uma possível norma para a depressão. Neste sentido, cabe questionar se o que se sente de maneira anormal atende à norma da depressão, ou seja, se o descompasso corresponde ao estado de crise que confere ao sujeito sua condição de depressivo. Não ter vontade de sair, sentir confusão em relação aos sentimentos por alguém, não ter disposição física para ir à academia ou não sentir desejo sexual são circunstâncias apresentadas neste fórum como anormalidades indicativas de depressão, uma vez que se acredita estarem situadas dentro da norma da depressão. O jogo entre normal para a depressão e anormal para a saúde deixa à mostra o trabalho de análise das próprias práticas dentro dos

limites da norma de comportamento, de respostas e afetos esperados socialmente, tendo-se como critério um modelo coletivo de conduta que deve orientar a todos.

De acordo com este exemplo, atender à norma da depressão e se reconhecer depressivo implica em contrariar o que seria a saúde a ser praticada enquanto ideal de normalidade geral: sair, divertir-se, estar junto aos amigos, namorar, malhar, etc. Isto ilustra o caráter patológico de não se comprazer em práticas culturalmente investidas como sendo “saudáveis”. A ideia de saúde normativa engloba um modelo a seguir como estilo de vida, de condutas e de relação consigo, e não permite facilmente aos sujeitos brechas que possibilitem uma não similaridade entre suas sensações e aquelas que seriam as sensações adequadas para a população. Desta maneira, os exercícios de reconhecimento e de produção de si em referência à depressão refletem o trabalho de investigação de suas próprias sensações, com a ajuda dos demais participantes, em concordância com um modelo ético comum. Isto significa que as formas de condução devem estar inseridas dentro das possibilidades aceitáveis na sociedade, caso contrário, um olhar patologizante recai sobre a pessoa, modelando a relação consigo de modo a perceber-se e cuidar-se segundo determinado prognóstico, como no caso da depressão.

Outro ponto de interesse está na atuação do médico, do psiquiatra ou de outro profissional julgado como capaz de realizar o diagnóstico de depressão. A função do médico apresenta-se em muitos momentos como dispensável em matéria de saber-se ou não depressivo. Em muitos casos o trabalho de tradução das sensações em sintomas parece ser realizado pelo próprio indivíduo que se julgue capacitado para se autoavaliar: “Anos depois descobri que tive essa doença lendo” (Fórum Depoimentos). Este processo de avaliação de si se baseia na semelhança das suas sensações com as de outros que supostamente dividem a mesma experiência da depressão, nas informações da mídia que informa e forma práticas e saberes relacionados à depressão, nos testes disponíveis na internet, dentre outros. Pode se basear também na crença em pesquisas que atribuem à existência de um histórico de depressão na família a condição de forte indício de futuro acometimento dos demais membros.

Sendo assim, a verdade creditada ao diagnóstico de depressão na atualidade parece não se vincular necessariamente ao consultório médico ou psiquiátrico, embora sua confirmação passe em algum momento pelo parecer do clínico. Esta passagem pelo clínico parece dever-se em muitos casos à procura pela

legitimação do diagnóstico, à necessidade de direcionamento do tratamento através da indicação de medicamentos, à realização de um prognóstico: “(...) nunca fui diagnosticada por psicólogo ou psiquiatra, então só vou marcar a certeza daqui a um tempo quando eu ficar maior de idade e iniciar o tratamento” (Enquete Você tem certeza que sofre de depressão?).

Nesta mesma enquete um pouco mais de um terço dos 447 participantes respondeu ter certeza de sofrer de depressão, enquanto o restante respondeu não ter certeza. Dentre os que afirmaram ter certeza as respostas disponíveis eram: “Sim, fui analisado e sempre tomo remédios” e “Sim, mas só não é tão grave ainda”. Os que assinalaram respostas negativas ou duvidosas quanto ao acometimento pela depressão estes dividiram entre as opções: “Talvez, mas acho que eu tenha”; “Não, talvez seja apenas uma fase”; “Não, estou assim para ter atenção dos outros”; “Acho que estou assim por frescura”; “Só sou sensível demais”; “Outros”. A importância destes dados não está no número de pessoas que se identificaram, com certeza ou sem certeza, como portadores de uma condição depressiva, mas na variedade das maneiras de se filiar ao nome da depressão, quer de forma passageira, quer por estilo de vida, quer para a obtenção de benefícios próprios, quer ainda por crer portá-la como uma doença. De uma maneira ou de outra estão todos sentados em uma mesma sala de discussão virtual, trazidos pela variedade das formas atribuídas à depressão.

Cabe também destacar que, dos participantes deste fórum, apenas uma pequena parcela traz claramente a associação entre a existência da depressão e a confirmação do clínico. Poucos fazem referência a uma confirmação médica do diagnóstico, o que leva a crer que o encontro com a crença de viver uma condição depressiva acontece de maneira outra que não por meio de uma investigação clínica. Outra suposição é que as comunidades funcionam como este local para se consultar sobre o acometimento pela depressão. Na comunidade o indivíduo pode se reconhecer depressivo, identificar-se com os demais membros que se percebem como depressivos – portanto, certificar-se de que tem depressão sem qualquer passagem pelo clínico. O fato de saber da depressão assume uma dimensão social comum que o faz ultrapassar o contexto clínico. Ampliando-se consideravelmente os lugares onde circula este enunciado, tem-se em paralelo a ampliação do campo de possibilidades para que outras sensações sejam incorporadas aos sintomas, assumindo outras conotações que não apenas a de doença.

Ao traçar um breve percurso nesta ampla rede de significações que se cruzam sob o nome da depressão, cabe destacar a não restrição da depressão a um modelo de doença. A depressão não é sempre vista como doença pelos participantes, não está sempre em referência aos critérios diagnósticos ou em referência restrita ao discurso médico. Frescura, sensibilidade demais, fases da vida, vida anormal e característica astrológica são significações associadas à depressão enquanto acontecimentos da vida, e não apenas como uma manifestação de doença. Com isto o enunciado da depressão se desprende da necessidade de uma enunciação médica, embora não se descole por completo do seu discurso de origem, desta racionalidade que problematiza, sob a ótica do normal e do patológico, as condutas e os afetos.

Muitas vezes a menção à doença só faz apontar o mau funcionamento de algo consigo mesmo, uma má posição nas relações, um mau domínio dos afetos, comportamentos ou sensações. Uma perspectiva comparativa parece orientar as investigações sobre si. O sujeito se analisa em referência a um ideal de modo de vida, de aproveitamento de forças, de adequação nas relações, de ausência de afetações negativas. Neste sentido a depressão parece indicar um acometimento de sua potência, que assim o impede de viver suas melhores possibilidades. É como se o sujeito devesse representar o melhor dentro dos critérios ideais, e se não o fizesse, é porque algo doentio situado em si não o estria deixando alcançar toda esta potência. Desta maneira, nota-se que o tema da depressão parece emergir em relação a questões de valoração social, e a partir desta perspectiva as discussões se encaminham para o campo da saúde e da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) *sofro de sofrimento, já me autodiagnostiquei* (Enquete “Você tem certeza que sofre de depressão?”).

Para definir o local onde o indivíduo se insere no limite entre saúde e doença, a cultura científica antecipa-se na produção de uma normatividade difícil de ser alcançada. A própria ideia de um transtorno de humor, como se apresenta a depressão, pode ser problematizada como indicativo da existência de um humor esperado dentro das expectativas de um imperativo de normalidade que não deve ser ultrapassado; de um humor que não pode estar transtornado, que se concilie com os ideais de produtividade, de inserção pouco problemática nas

práticas sociais, que esteja controlado para que não resista às atuais formas de constituir-se subjetivamente.

As análises foucaultianas contribuem sobremaneira nesta tarefa de pesquisar a depressão como forma de subjetividade contemporânea, uma vez que possibilitam vislumbrar a problemática do indivíduo moderno, normalizado e medicalizado pelos saberes e práticas, produto da determinação científica, social e política. Elas também contribuem quando se voltam para este indivíduo sob o viés do reconhecimento próprio, identificado através dos processos de subjetivação⁵.

A depressão adquire visibilidade por meio de vários sujeitos concretos que, ao atribuírem a determinados fatos e sensações o *status* de problema, constroem-se a partir desta racionalidade discursiva. Diante do imperativo de saber sobre a verdade de sua saúde, cercado pelas exigências de ideais normativos e imbuído da crença da necessidade de se proteger dos riscos à sua vida, o indivíduo adota diagnósticos como identidades, medidas preventivas e tratamentos medicamentosos como práticas de si. Autoriza-se a prática do autodiagnóstico, o diagnóstico realizado por profissionais antes distantes dos domínios dos saberes *psi*, e mesmo o diagnóstico oferecido facilmente pela mídia.

A adoção de diagnósticos como identidades e o trabalho de tornar-se idêntico ao que seria este sujeito objeto do discurso da saúde mental são questões que dizem respeito a modos de subjetivação possíveis a partir do regime de verdade e de normatividade ancorado no discurso médico, na medida em que o sujeito faz funcionar em si o nome de uma doença e a descrição de seus sintomas como uma verdade que lhe é própria e que sustenta seu modo de existência.

Esta pesquisa buscou trazer visibilidade ao processo de reconhecimento de si a partir da identificação com o diagnóstico de depressão, tendo como efeito a produção de uma forma de subjetividade, um modo de estar no mundo, em referência ao discurso médico psiquiátrico. Trouxe

⁵ Cabe lembrar que escrever a partir de uma perspectiva foucaultiana implica muitas vezes em se deparar com pontos de vista divergentes, em decorrência das diferentes formas de interpretar seus textos e de compreender os movimentos de introdução de novos eixos de análise por parte do próprio autor. Ao seguir através desta perspectiva, entrelaçando práticas, discursos e produção de formas de subjetividade, teve-se como proposta instrumentalizar seus conceitos e métodos a fim de que, conforme o próprio autor sugere, seus trabalhos sejam empregados como caixa de ferramentas, auxiliando a pensar criticamente as atuais formas de estar no mundo.

assim à discussão uma das facetas desta experiência de subjetividade moderna. Neste contexto estudado, o das comunidades virtuais, pôde-se observar que as práticas de reconhecimento se apresentaram mais constantes do que possíveis práticas de resistência, o que se acredita dever-se ao fato de as comunidades se estabelecerem como espaços mais propícios a movimentos de identificação do que de práticas de resistência. Estas últimas apontariam outros caminhos dentro de um campo de possibilidades, de crítica e recusas pontuais a estas verdades que operam na subjetivação de uma categoria diagnóstica. Cabe lembrar que onde há poder⁶ há também a possibilidade de recusa e de produção de novas formas de condução. O sujeito pode operar um trabalho sobre si mesmo, seus atos e pensamentos tanto de modo a legitimar práticas e discursos presentes em nossa sociedade, quanto para transformá-las e modificá-las dentro de um campo de ação possível.

No caso desta pesquisa, a ênfase se depositou sobre o reconhecimento a partir do saber da doença, trazendo contribuições à discussão sobre a constante invenção de categorias e classificações diagnósticas que reverberam em pessoas, sensações e ações; e, embora práticas de resistência não tenham sido o foco nesta problematização, dada a sua tímida presença nos fóruns de discussão, espera-se ter podido contribuir com a crítica de nossas práticas atuais, para que, com este olhar sobre a história do presente, sobre seu caráter de produção, possam viabilizar-se novas formas de se pensar o sujeito para além dos limites dos saberes vigentes e vislumbrar outras formas para se realizar a experiência do sujeito no futuro.

REFERÊNCIAS

- Bleeh, J. (2005). *Los inventores de enfermedades: como nos convierten em pacientes.* (S. Tornero, Trad.). Espana: Ediciones Destino.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society.* Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press.
- Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. (1995). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica).* (V. Porto Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artes Medicas
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo.* In: M. Morey (Org.), *Tecnologías del yo y otros textos afines.* Barcelona: ICE/UAB.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica* (5a ed.). (R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974).* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Sobre a história da sexualidade.* In: M. Foucault, *Microfísica do poder* (26a ed.). (R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2009). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (19a ed.). (M. T. Costa Albuquerque, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Organização Mundial de Saúde (1997). *CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a rev.). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Recebido em 30/09/2010

Aceito em 29/03/2012

Endereço para correspondência: Daiana Paula Milani Baroni. Rua Venerando Pereira n° 138, Centro, CEP 37200-000, Lavras-MG, Brasil. *E-mail:* daianapaulam@yahoo.com.br.

⁶ Não perdendo de vista também que poder diz respeito à produção de subjetividade que não está em oposição à objetividade.