

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

DAIANA PAULA MILANI BARONI

**CONTRIBUIÇÕES FOUCAULTIANAS NA ANÁLISE DO
TRABALHO DE PRODUÇÃO DE SI ATRAVESSADO PELO
ENUNCIADO DA DEPRESSÃO**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

DAIANA PAULA MILANI BARONI

**CONTRIBUIÇÕES FOUCAULTIANAS NA ANÁLISE DO
TRABALHO DE PRODUÇÃO DE SI ATRAVESSADO PELO
ENUNCIADO DA DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr^a. Maria Juracy Filgueiras Toneli

FLORIANÓPOLIS
2010

DAIANA PAULA MILANI BARONI

**CONTRIBUIÇÕES FOUCAULTIANAS NA ANÁLISE DO
TRABALHO DE PRODUÇÃO DE SI ATRAVESSADO PELO
ENUNCIADO DA DEPRESSÃO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Florianópolis, 09 de julho de 2010.

Coordenador: Prof. Dr^a Kátia Mahieri
Departamento de Psicologia, UFSC

Orientadora: Prof. Dr^a Maria Juracy Filgueiras Toneli
Departamento de Psicologia, UFSC

Examinadora: Prof. Dr^a Rosane Azevedo Neves da Silva
Departamento de Psicologia Social e Institucional, UFRGS

Examinadora: Prof. Dr^a. Sônia Weidner Maluf
Departamento de Antropologia Social, UFSC

Examinador: Prof. Dr^o Kleber Prado Filho
Departamento de Psicologia, UFSC

À Caroline, Luiz e especialmente à Irene.

Agradeço aos amigos: Juracy, pela oportunidade de trabalho, pela confiança, pelos diálogos abertos, pelo incentivo e pela sua leitura sempre tão respeitosa e receptiva; ao Kleber por me introduzir na leitura de Foucault por meio de aulas tão especiais, pela oportunidade de trabalharmos juntos em alguns momentos e pelos tantos caminhos abertos. Também a Capes pelo apoio financeiro.

BARONI, Daiana P. M. **Contribuições foucaultianas na análise da produção de si atravessada pelo enunciado da depressão.** Florianópolis, 2010. 172 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Juracy Filgueiras Toneli

Defesa: 09 de julho de 2010.

RESUMO

Esta pesquisa pretende, partindo dos últimos textos de Foucault, utilizar-se de alguns temas abordados por ele para refletir sobre a produção de uma forma de subjetividade possível a partir do reconhecimento de si como portador de um transtorno psiquiátrico. Tais temas se entrelaçam em uma mesma problematização do que somos nós na atualidade, como nos fazemos sujeitos historicamente. Desta maneira temas como o saber e poder médico e psiquiátrico, a produção de uma experiência ética, subjetividade e verdade, serão as vias de aproximação com o problema do reconhecimento de si em uma verdade que atribui a determinadas condutas a definição de patológicas, tendo como foco o enunciado da depressão. Para tanto, serão analisados fóruns e enquetes pertencentes a comunidades relacionadas à depressão no site de relacionamento virtual “Orkut” no intuito de observar os vestígios do trabalho realizado sobre si permeado por este enunciado. Tornar-se depressivo é empreender um trabalho não de encontrar a depressão em sua interioridade, a verdade da depressão presente em si mesmo conforme se é levado a crer. Ao contrário, tornar-se depressivo é empreender o exercício de reconhecer-se depressivo nas minúcias do que se tem como o mais íntimo, as sensações, é ligá-las a uma verdade dificilmente questionável dentro de uma racionalidade biopolítica que constrói um ideal de saúde a ser perseguido por todos. Tornar-se depressivo compreende os exercícios de interpretar-se a partir do diagnóstico, justificar-se através de sua suposta condição patológica, antever suas possibilidades dentro do campo de projeções do tratamento, pôr-se em referência ao que é descrito para si como forma de vida. É fazer atuar em si mesmo esta verdade capaz de dar contornos a um conjunto de sensações até então não capturado com tamanha propriedade por outro saber.

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

ABSTRACT

The present work concerns in discuss some Foucault's topics to help in the reflections about the production of a sort of subjectivity possible when the subject recognizes himself in a mental disorder. Foucault's conceptions and some topics found in communities chats from the site of relationship Orkut help in these reflections rendering problematic about "what we are in the actuality" and "how we produce yourselves as historic subject". In this way, medic knowledge, psychiatric power, the production of an ethical experience, subjectivity and truth will give the direction in this research trying to reach the problem of identification in a pathologic condition. Become depressive not means discover into yourself a depressive truth, but is related to adopting some practices able to build a depressive belief to yourself. Become depressive imply the games between truth and false for a cert knowledge and for a specific relations of power into a biopolitical rationality. Become depressive imply the exercises of connecting sensations and symptoms of a mental disease, interpreting your heath condition as demonstrative of a psychiatric diagnostic, projecting the future inside the limits of the depressive prognostic, making to actuate in yourself this true able to give shapes to this set of sensations not before captured with such propriety by other knowledge.

Keywords: Subjectivities production; practices of yourself; depression.

LISTA COM A RELAÇÃO DAS COMUNIDADES DO ORKUT PEQUISADAS RELACIONADAS AO NOME DA DEPRESSÃO

- C1 - A música me tira da depressão! (109 membros)
- C2 - Ajude quem tem Depressão! (170 membros)
- C3 - Aminoácidos contra a Depressão (204 membros)
- C4 - AMPARE Depressão e Pânico (344 membros)
- C5 - Angústia, Ansiedade, Depressão (660 membros)
- C6 - Anti Depressivos – Debate (612 membros)
- C7 - Como lidar com um deprimido (2.711 membros)
- C8 - Conversando sobre Depressão (123 membros)
- C9 - Cure-se da depressão! (157 membros)
- C10 - Depressão (17.895 membros)
- C11 - Depressão (469 membros)
- C12 - Depressão (9.599 membros)
- C13 - Depressão! (280 membros)
- C14 - Depressão, a Doença da Alma (1.060 membros)
- C15 - Depressão alternativa (15.441 membros)
- C16 - Depressão, Distímia e Ajuda (184 membros)
- C17 - Depressão... Doença do Capeta... (96 membros)
- C18 - Depressão e Bipolaridade (4.211 membros)
- C19 - Depressão e Melancolia (568 membros)
- C20 - Depressão e os Males do Século (136 membros)
- C21 - Depressão – Eu já tive! (2.572 membros)
- C22 - Depressão Maior (2.330 membros)
- C23 - Depressão não é contagioso (389 membros)
- C24 - Depressão não é fraqueza! (367 membros)
- C25 - Depressão não é frescura (113 membros)
- C26 - Depressão recorrente (92 membros)
- C27 - Depressão se cura com cerveja (156 membros)
- C28 - Depressão, solidão e psicose! (191 membros)
- C29 - Depressão tem cura! (53 membros)
- C30 - Depressão, um beco com saída... (50 membros)
- C31 - Depressivos (depressão) (425 membros)
- C32 – Depressão: Deus e a cura da Depressão (357 membros)
- C33 - Distímia – Depressão Crônica (1.175 membros)
- C34 - Dor e depressão nunca mais (144 membros)
- C35 - Eu me recuperei da Depressão (273 membros)
- C36 - Eu tenho Depressão (131 membros)

- C37 - Eu tenho depressão! (357 membros)
- C38 - Eu tenho depressão passageira! (8.166 membros)
- C39 - Eu tenho e já tive Depressão (165 membros)
- C40 - Eu venci a depressão! (101 membros)
- C41 - Feiúra e Depressão (447 membros)
- C42 - Fobia social e Depressão (947 membros)
- C43 - Fluoxetina – Prozac Daforin (642 membros)
- C44 - Medo?! Angústia?! Depressão?! ... (401 membros)
- C45 - Não sabem o que é depressão (160 membros)
- C46 - Orkut no combate à depressão (445 membros)
- C47 - Porque eu tenho depressão! (1.652 membros)
- C48 - Quem tem depressão é asfalto! (56 membros)
- C49 - Quero sair da Depressão (261 membros)
- C50 - Sentimentos de uma depressão (226 membros)
- C51 - Sobrevivi à Depressão (557 membros)
- C52 - Só Jesus cura a depressão (525 membros)
- C53 - Solidão, Depressão e melancolia (1.970 membros)
- C54 - SOS Depressão (216 membros)
- C55 - Também tenho depressão (2.132 membros)
- C56 - Tenho depressão, ninguém sabe (1.151 membros)
- C57 - Timidez e Depressão (18.485 membros)
- C58 - Transtornos Psicóticos (75 membros)
- C59 - Traumas e Depressão (468 membros)
- C60 - Tristeza ou Depressão? (96 membros)
- C61 - Vencendo a Depressão (279 membros)
- C62 - Vencendo a Depressão com Jesus (138 membros)

LISTA COM A RELAÇÃO DE ENQUETES E FÓRUNS PESQUISADOS NAS COMUNIDADES DO ORKUT RELACIONADAS À DEPRESSÃO

ENQUETES

- E1 - A depressão é diferente de estar triste?
- E2 - Acha mesmo que mais de 17 mil sofrem igual a vc?
- E3 - Como você está lidando com a depressão?
- E4 - Depressão pode matar
- E5 - Esta comunidade te ajuda?
- E6 - Por que você tem depressão?
- E7 - Qual o motivo que você tem depressão?
- E8 - Qual o seu caminho?
- E9 - Você acha que a comunidade pode te ajudar a curar a sua depressão?
- E10 - Você como membro desta comunidade, gostaria que esta fosse fechada somente para membros?
- E11 - Você demonstra sua depressão?
- E12 - Você foi curado de depressão?
- E13 - Você já praticou cutting?
- E14 - Você se sente diferente das outras pessoas?
- E15 - Você tem certeza que sofre de depressão?

FÓRUNS

- F1 - A depressão também tem seu lado bom...
- F2 - Alguma vez você pensou em morrer?
- F3 - Alguém aí é um completo desastre socialmente?
- F4 - Apresentações
- F5 - Cura?
- F6 - Depoimentos
- F7 - Depressivos?
- F8 - Depressão: doença ou característica pessoal?
- F9 - Depressão é doença e tem cura!
- F10 - Depressão é doença ou estado de espírito?
- F11 - Diário comunitário dos depressivos
- F12 - Dicas para superar a depressão
- F13 - Driblando a depressão

- F14 - Entrem e se apresentem
- F15 - Falsos depressivos
- F16 - Já foi discriminado por estar em depressão?
- F17 - Mais porque?
- F18 - Manual de convivência com o depressivo
- F19 - Não consigo ser feliz!
- F20 - O motivo que tenho depressão.
- F21 - O que acabaria de vez com a sua depressão?
- F22 - O que a depressão fez você mudar?
- F23 - O que fazer?
- F24 - O que te faz ficar melhor?
- F25 - O que te leva com frequência à depressão?
- F26 - Por favor, minha filha de catorze anos é depressiva.
- F27 - Quando você descobriu que tinha depressão?
- F28 - Quem já foi diagnosticado e faz tratamento?
- F29 - Remédios
- F30 - Seja sincero (a)! Você sente pena de você mesmo?
- F31 - Será que um dia serei curada?
- F32 - Sintomas da depressão?
- F33 - Teste para ter uma noção do seu grau
- F34 - Timidez e depressão são doenças?
- F35 - Vale à pena procurar um médico?
- F36 - Você tem depressão mesmo? E da profunda?

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 PROBLEMATIZAÇÃO.....	27
3 CAMINHOS DE PESQUISA.....	35
4 CAMINHOS FOUCAULTIANOS NA ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA DOENÇA MENTAL.....	49
4.1 A produção de um saber sobre a doença mental e do doente mental como seu efeito.....	49
4.2 A vida enquanto objeto de intervenção política.....	54
4.3 O poder psiquiátrico.....	61
4.4 A constituição de uma experiência ética.....	65
5 A PRODUÇÃO DE UM SABER ESTRUTURADO COMO DIAGNÓSTICO	71
5.1 O diagnóstico – instrumento de identificação do depressivo.....	74
5.2 Vestígios da produção de si atravessada pela verdade do diagnóstico.....	79
5.3 Ser ou não ser doença: eis a questão.....	83
6 IDENTIFICAÇÃO – RECONHECIMENTO DE SI COMO SUJEITO DA DEPRESSÃO.....	89
6.1 Conduzir-se se na depressão	90
6.2 Comunidade – o lugar do mesmo	96
6.3 O verdadeiro depressivo.....	108
7 SUBJETIVIDADE E VERDADE.....	115
7.1 Conhecer-se depressivo.....	118
7.2 Confissões.....	121
7.3 Origens e causas atribuídas à depressão.....	125
7.4 A diferença na depressão.....	129
8 PRÁTICAS DE SI NA DEPRESSÃO.....	133
8.1 O cuidado de si em referência a um saber da doença mental.....	135
8.1.1 Remediar o sofrimento.....	141
8.2 O controle da depressão.....	143
8.2.1 A busca pela cura	145
8.2.2 A busca pela felicidade X A busca pela morte.....	149

8.2.3 Produção na depressão.....	153
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
10 REFERÊNCIAS	167

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa traz algumas reflexões acerca da relação entre o sujeito e aquilo se atribui como a sua verdade, na tentativa de conhecer alguns aspectos da 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, no reconhecimento do sujeito desta experiência como sujeito da normalidade ou do desvio, busca-se nesta pesquisa identificar práticas de si necessárias para que este se produza como tal.

A escolha da depressão como ponto de partida para esta investigação foi motivada pela percepção constante deste termo em situações corriqueiras, apontando assim para uma ampliação da presença deste enunciado, englobando novos contextos, sujeitos e práticas. Outro ponto que contribuiu para esta escolha decorre da observação da dificuldade existente em precisar a depressão, como diagnóstico, nos limites entre um estado de tristeza e um transtorno psiquiátrico propenso à medicalização¹, já que não se dispõe de nenhum marcador biológico que delimite tais fronteiras, a não ser o relato do paciente. Soma-se a isto a observação da frequência de pessoas que se reconhecem como depressivas, o que pode se constatar através do número crescente de comunidades e blogs no domínio virtual², bem como através da expansão de grupos de apoio terapêutico.

A relevância em se problematizar a difusão da depressão assenta-se em dados como os apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, que situa a doença como um dos problemas de saúde mais graves das sociedades ocidentais, acometendo pelo menos 20% de mulheres e 15% de homens ao longo de suas vidas; além de se tratar de uma das principais causas mundiais de incapacitação ao trabalho. Estes dados levam a refletir sobre a significativa proliferação de pessoas consideradas portadoras deste transtorno psiquiátrico, colaborando para

¹ O que pode se observar por meio da leitura de pesquisadores que descrevem como problemático a alta prevalência de casos de depressão apresentada por alguns estudos populacionais (AGUIAR, 2004) e em pesquisas que apontam para a necessidade de um treinamento específico para aumentar as chances de reconhecer este diagnóstico, já que muitos profissionais se julgam incompetentes em diferenciar depressão de tristeza (VALENTINI et al, 2004).

² Em busca realizada em 10.10.2008 no site de relacionamento Orkut no Brasil foi acusada a existência de mais de 1000 comunidades sob o nome de depressão.

que o que antes se tinha como quadro de doença mental fosse ampliado conformando indivíduos que até então estariam protegidos nos limiares da normalidade.

Não é visado nesta pesquisa pôr à prova a realidade das sensações daqueles que se reconhecem como depressivos, nem tecer mais uma versão da história da depressão recorrendo às dezenas de referências que oferecem entendimentos diversos sobre o assunto. Visa-se ensaiar algumas reflexões acerca dos aspectos éticos desta experiência histórica concreta, possível a partir do reconhecimento do sujeito neste enunciado.

Embora não seja a partir da categoria nosográfica Transtorno Depressivo Maior que esta pesquisa se proponha a trabalhar, cabe descrever o enunciado da depressão dentro desta ordem discursiva, a fim de situá-lo em seu lugar de emergência, neste contexto de produção de um saber médico que se apropria de descrições de determinadas sensações dando-lhes um contorno comum, uma suposta origem, uma explicação causal, colando-as a um nome de doença. Segundo o DSM IV (1995), para se caracterizar o Transtorno Depressivo Maior é necessária a ocorrência de episódios depressivos – humor deprimido ou perda do interesse ou prazer por quase todas as atividades ao longo de duas semanas. Aos episódios depressivos devem-se somar quatro sintomas dentre os descritos como: alterações no apetite ou peso; alterações no sono e da atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimento de desvalia ou culpa; ideação suicida; dificuldade para pensar. Para que caracterize o transtorno estes sintomas devem acarretar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O termo depressão, como categoria diagnóstica presente nos principais manuais de psiquiatria³ (DSM IV, 1995; OMS, 1997), difundiu-se a partir dos consultórios médicos para os contextos da mídia, e assim 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. Sendo assim, compete situar que a referência aos efeitos deste enunciado diagnóstico na contemporaneidade não se restringe à análise do diagnóstico como resultado do contato entre médico e paciente em condições

³ Sob as especificações de Transtorno Depressivo Maior, Episódio Depressivo, Distímia, ou como sintoma presente em outro quadro clínico.

convencionais. A ampliação sofrida por este exercício de dizer a verdade da saúde do sujeito e, portanto, a própria verdade do sujeito, fez naturalizar na rede social a prática de diagnosticar uns aos outros, encontrando supostas verdades em seus sintomas. Prática que 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 cultura moderna científica, para definir o local onde o indivíduo se insere no limite entre saúde e doença, antecipa-se na produção de uma normatividade difícil de ser alcançada. A própria idéia 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. Humor que não pode estar transtornado, que se concilie com os ideais de produtividade, de inserção pouco problemática nas práticas sociais, humor controlado para que não resista às atuais formas de constituir-se subjetivamente.

É notável a soma de esforços das neurociências e de parte da psiquiatria na tentativa de mapear com precisão um local cerebral para situar esses transtornos, decorrendo muitas vezes em um reducionismo biológico e em um predomínio de técnicas curativas medicamentosas (ROUDINESCO, 2000; PIRES, 2004). Ao localizar estes transtornos no corpo, cria-se, por conseqüência, a sensação de realidade comprovável do caráter patológico atribuído ao sujeito, a incorporação de uma marca e a separação deste sujeito da busca por outras possibilidades de resposta àquelas sensações. Fixam-se assim práticas de si, discursos sobre si, uma verdade sobre si; portanto, uma experiência ética.

Um dos grandes problemas que circundam o tema da depressão refere-se à prática do consumo de medicamentos psicotrópicos a fim de alterar o estado de humor indesejado e readaptar o sujeito à sociedade (ROUDINESCO, 2000; PIRES, 2004; AGUIAR, 2004; BLECH, 2005). É neste ponto que se apresenta de forma mais visível a conformação de um conjunto de práticas de si atado ao discurso médico, pois este processo de se medicar cotidianamente leva o sujeito a reatualizar, de maneira constante, o pertencimento àquela categoria patológica. Neste sentido, cabe analisar esta possibilidade do saber médico, agregado ao manejo dos psicofármacos, se estabelecer como uma das formas de orientação da conduta⁴ do sujeito, fundando modos de vida fixados.

⁴ O termo conduta, assim como as referências à norma, normalidade e normatividade se situam em uma perspectiva foucaultiana.

Fazer um estudo do sujeito depressivo como produção 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 a esta racionalidade emergem modalidades específicas de subjetivação. Prado Filho (2008), ao percorrer as práticas de normalização descritas por Michel Foucault, alerta que a norma, enquanto exercício de poder moderno sob legitimação técnico-científica, não atua de modo a proibir, interditar ou reprimir, mas sim na produção política da vida, de corpos e da subjetividade. Sob esta perspectiva a norma se configura como tecnologia política, como uma forma de biopoder, produzindo e regulando práticas coletivas e condutas individuais em um mesmo movimento.

Foucault, ao falar das formas do biopoder, a disciplina e a biopolítica, situa a medicina como elemento de um dispositivo biopolítico. 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). Irving Zola dá destaque ao conceito de medicalização, designando com este termo a expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, ocupando-se então de problemas de ordem espiritual, moral e legal, assumindo progressivamente a função de regulação social antes exercida pela Igreja e pela lei (AGUIAR, 2004). Neste processo, os problemas cotidianos passam a ser definidos como assunto de saúde e doença, discutidos em termos médicos e tratados com fármacos, refletindo uma nova forma de controle social com pretensão normalizadora. Foucault (1998) em “O Nascimento da Clínica” já descreve este processo, situando a consolidação de uma prática e discurso médico como um movimento de:

distribuir soberanamente para a experiência cotidiana o saber que há muito tempo dela recebeu e que se fez, ao mesmo tempo, o ponto de convergência e o centro de difusão. Nela o espaço médico pode coincidir com o espaço social, ou melhor, atravessá-lo e penetrá-lo inteiramente (p.34).

Foucault assinala que este exercício de estender o olhar médico através de uma presença generalizada que exerce vigilância constante

traz consigo a exigência de uma “consciência” medicamente alerta em cada indivíduo. Para tanto, é preciso que cada indivíduo esteja informado do que é necessário saber em medicina, e que cada médico desenvolva como atividade o ensino, generalizando e ligando cada existência individual àquilo que seria uma consciência médica.

As análises foucaultianas contribuem sobremaneira nesta tarefa de pesquisar a depressão como produção contemporânea, quando, a princípio, possibilitam vislumbrar a problemática do indivíduo moderno, normalizado e medicalizado pelos saberes e práticas, produto da determinação científica, social e política. E mais tarde, quando se volta para este indivíduo agora sob seu reconhecimento próprio, identificado através dos processos de subjetivação.

De acordo com Foucault (1993), em “Verdade e Subjetividade”, há no Estado moderno a vitalização da cultura de salvação da vida a partir da construção e manutenção de um corpo emoldurado em ideais científicos. A salvação, ligada no cristianismo à possibilidade de se salvar para um novo mundo, no governo moderno liga-se à idéia de salvação para esta mesma vida, sendo que o caminho possível seria viabilizado através do cuidado permanente promovido e incentivado pelos saberes científicos. Desta forma, a salvação para o sujeito moderno reveste-se de vários significados e objetivos: saúde, bem-estar, segurança, proteção. Não se concentra mais nos poderes do Estado, estando assim disseminada pelo corpo social através de táticas individualizantes caracterizadas em outras formas de poder investidas na família, na educação, na medicina e no comércio.

Diante do imperativo de saber sobre a verdade de sua saúde, cercado pelas exigências de ideais normativos, imbuído da crença da necessidade de se proteger dos riscos à sua vida, adota-se diagnósticos como identidades, medidas preventivas e tratamentos medicamentosos como práticas de si. Autoriza-se a prática do auto-diagnóstico, o diagnóstico realizado por quaisquer profissionais antes distantes dos domínios dos saberes psi, e mesmo o diagnóstico oferecido facilmente pela mídia. O termo identidade, empregado acima em consonância com a perspectiva foucaultiana, designa o fato do indivíduo se identificar, se reconhecer como sujeito de uma verdade a partir do investimento de um saber/poder sobre si. Sendo assim, a adoção de diagnósticos como identidades diz 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.

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” (1990), Foucault descreve que estas tecnologias de si:

permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o com 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 com el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (FOUCAULT, 1990, p.48).

Tratam-se, portanto, de tecnologias de governo de si orquestradas de forma que o indivíduo atue sobre si mesmo a partir de inúmeras práticas disponíveis na sociedade. Esta pesquisa se encaminha assim dentro de um quadro de análise onde o sujeito da depressão é compreendido por meio das práticas de subjetivação, dos aspectos éticos desta produção política de subjetividade, analisando-o em seu trabalho sobre si mesmo a partir dos preceitos que ele encontra em sua cultura.

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. Quais seriam as operações realizadas por estes sujeitos diagnosticados como depressivos sobre seus corpos, almas, pensamentos, condutas, uma vez que se tem como verdade sobre sua saúde e, portanto sobre si, a negativa do ideal comum de perfeição, felicidade, pureza? Que tipo de exercícios seriam investidos sobre estes corpos a fim de se produzirem como sujeitos depressivos? Estes questionamentos podem ser resumidos pela seguinte pergunta de pesquisa “A que práticas de si os sujeitos se submetem a fim de se produzirem como sujeitos da depressão?”, que abrange as preocupações quanto à constituição de um modo de vida a partir do atravessamento pelo nome da depressão.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

Foucault (1984e) em “Polêmica, Política e Problematização” apresenta alguns conceitos importantes que orientam metodológica e teoricamente esta pesquisa. Situa o seu trabalho ao longo dos anos como história do pensamento, caracterizada pelo elemento problemas ou problematizações (p.231) e distancia o pensamento do conjunto de representações presentes em um comportamento e das atitudes que podem determiná-los. O pensamento não está presentificado ou atribuindo sentido a uma conduta, ao contrário, ele seria o trabalho de distanciamento de tal conduta, colocando-a como objeto de modo a interrogá-la sobre seu sentido, condições e fins. Foucault atribui ao pensamento uma condição de liberdade, desprendimento, um exercício de estranhamento.

Desta maneira, problematizar não seria um trabalho de representação de um objeto preexistente, nem a criação de um objeto ainda não existente pelo discurso, mas fazer com que algo entre no campo do pensamento como um problema (FOUCAULT, 1984c). Para que este algo entre no campo do pensamento faz-se necessário que certo número de fatores o tenha tornado incerto, tenha o feito perder a familiaridade e o tenha erguido como um problema a ser solucionado. Estes fatores ou dificuldades seriam decorrentes de processos sociais, econômicos ou políticos. No cerne de onde despontam um campo de problemas e suas tentativas de resolução estaria o que se denomina como problematização.

A presente pesquisa em torno do problema da relação entre sujeito e verdade se inscreve nesta temática perseguida por Foucault ao longo dos anos: “Meu problema sempre foi, como dizia no início, o das relações entre sujeito e verdade: como o sujeito entra em um certo jogo de verdade” (FOUCAULT, 1984a, p.274). O prosseguimento por este caminho de indagações incorre em um trabalho de problematização de aspectos éticos, uma vez que se coloca como problema e como campo de investigação as práticas adotadas por um indivíduo para alcançar para si uma forma de subjetividade que responda, dentro dos jogos de verdade estabelecidos socialmente, em concordância à norma estabelecida para a saúde mental. Em uma perspectiva foucaultiana a própria noção de problematização poderia ser apresentada como orientadora desta pesquisa, uma vez que o que é posto sob análise, a relação entre sujeito e a verdade, determinada pelo diagnóstico da depressão, configura-se como um problema histórico, concreto, atual,

que tem sido interrogado, estranhado, analisado criticamente, e para o qual se erguem incessantemente novas dificuldades e soluções.

Foucault (1984b) em “Foucault” define o seu trabalho como uma história crítica do pensamento, um exercício de determinar o modo de subjetivação do sujeito: “determinar o que deve ser o sujeito, a que condições ele está submetido, qual o seu status, que posição deve ocupar no real ou no imaginário para se tornar sujeito legítimo deste ou daquele tipo de conhecimento (p.235)”. O indivíduo é objetivado por um saber e neste saber se reconhece como sujeito. Destes processos de objetivação e subjetivação, dependentes um do outro, originam-se jogos de verdade, regras que implicam no que seria o falso e o verdadeiro a partir deste posicionamento do sujeito diante de um determinado saber.

Foucault (1984/2007), em “História da Sexualidade II”, escreve que a história das problematizações teria como tarefa “definir as condições pelas quais o sujeito problematiza o que ele é, e o mundo no qual ele vive (p.14)”. Deste modo, prosseguir por este caminho de problematização ética condiz com a tarefa de tecer relações entre formas de verdade e efeitos de subjetividade que tomaram corpo em um determinado contexto histórico, apresentar as dificuldades que se erguem e que são dadas a este estranhamento, marcar os contornos que dão ao objeto analisado o estatuto de problema a ser investido.

Seguir na trilha das problematizações incorre em entrar na ordem do discurso, seguir seu fluxo; não na pretensão de continuá-lo ou estancá-lo, mas para tornar mais visíveis as relações que o tangerem, as condições de surgimento e manutenção de algo ainda como um problema, as implicações para as formas de vida que daí advém. Incorre na busca por um trabalho de avanço em novas direções a partir de um constante circular sobre o problema, um trabalho que se mantém na escolha de um problema pontual, a depressão, manifestação da experiência da doença mental na atualidade e do qual decorre certo tipo de subjetividade.

Ao se deslocar do problema das articulações do saber e das estratégias de poder, Foucault se encaminha para o problema das modalidades de relação consigo. Foucault (1984/2007) se pergunta “através de quais jogos de verdade o homem se dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente, quando reflete sobre si como ser falante e ser trabalhador, quando ele se julga e se pune enquanto criminoso (p.12)”. Questão que introduz suas pesquisas em uma problematização ética, a partir deste momento seu trabalho se direcionará para análise dos jogos de verdade através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, entendendo a

verdade, as relações de poder e a conduta individual como domínios de uma experiência.

A experiência na perspectiva foucaultiana aparece como instrumento de definição do que seria um campo de problemas, um ponto de problematização e resulta em sujeitos, em formas de subjetividade (FOUCAULT, 1984d). Para Foucault (1984/2007) ela é analisada como coletiva, situada em um plano histórico, sendo o que leva os indivíduos a se reconhecerem como sujeitos de um dado saber articulado a práticas e a um sistema de regras. Seria, portanto, “a correlação, numa dada cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade (p.10)”.

Priorizando o componente da subjetividade na experiência denominada aqui como doença mental, isto que marcaria a entrada discreta, porém abrangente, da experiência da loucura no cotidiano das populações, o que estaria sob análise seria o sujeito em suas modalidades de relações consigo, práticas através das quais se constitui e se reconhece como depressivo. Tem-se o foco nos jogos de verdade, na relação de si para si, na constituição de si mesmo como sujeito efeito de um discurso e de práticas. Como campo de investigação tem-se, portanto, este sujeito em suas práticas, reconhecido nesta verdade conferida a si a partir do enunciado da depressão.

Os jogos de verdade são indispensáveis na constituição deste sujeito da experiência, de maneira que ele se dá a pensar e a se constituir historicamente a partir das regras do verdadeiro e do falso para um saber. O sujeito se constitui como objeto para ele próprio por meio de procedimentos através dos quais é levado a se analisar, observar, decifrar e reconhecer dentro deste campo de saber possível. Determinado campo de saber só diz o que é o sujeito dentro deste jogo muito particular de verdade:

Mas estes jogos não são impostos de fora para o sujeito, de acordo com uma causalidade necessária ou determinações estruturais; eles abrem um campo de experiência em que sujeito e objeto são ambos constituídos apenas em certas condições simultâneas, mas que não param de se modificar um em relação ao outro e, portanto, de modificar esse mesmo campo de experiência (FOUCAULT, 1984b, p. 238).

Situar estes componentes de uma experiência conduz também à possibilidade de uma análise empreendida conforme um dispositivo, um

método de aproximação tendo em vista a problematização de três aspectos entrelaçados. Um dispositivo como método interroga sobre os enunciados que se correlacionam à captura de algo como objeto para um saber, se interroga sobre as instituições que se formam a partir deste jogo discursivo, e se interroga ainda sobre o que se tem como produção, a forma de subjetividade que se impõe diante deste saber e poder. Foucault dá um tratamento ao dispositivo como objeto de análise, mas também como método para a análise, uma vez que tal objeto apenas se forma a partir do método. Em “Microfísica do poder”, Foucault (1979/2008b) descreve o dispositivo como:

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1979/2008b, p.244).

A experiência da loucura, reatualizada, utilizada e disseminada amplamente em nossa cultura como experiência da doença mental, especificamente no recorte desta pesquisa em sua manifestação na forma de Transtorno de humor depressivo, é posta em funcionamento pelo discurso psiquiátrico e pelas suas práticas em uma forma de dispositivo. Foucault (1984e) em “Polêmica, Política e Problematizações” ao analisar a psiquiatria como campo da loucura contribui na apreensão do que seria um dispositivo como método histórico. A psiquiatria poderia tanto ser analisada em sua estrutura epistemológica, como no contexto das instituições políticas onde é aplicada, quanto em suas implicações éticas, tendo estes domínios relações necessárias entre si:

Não teria havido psiquiatria tal como a conhecemos sem todo um jogo de estruturas políticas e sem um conjunto de atitudes éticas; porém, inversamente, a constituição da loucura como um campo de saber influenciou as práticas políticas e as atitudes éticas a ela referidas (FOUCAULT, 1984e, p. 230).

O exemplo da psiquiatria leva a compreender o enlaçamento existente nas análises de Foucault entre a constituição de uma objetividade, a formação de uma política e de um governo de si, e a

elaboração de uma ética ou prática de si. Componentes para a formação de um campo de experiência. Desta forma, Foucault orienta que, mesmo ao privilegiar a conduta individual, a elaboração de uma ética, as práticas de si como campo de investigação na problematização ética, faz-se necessário ter em relação os dois outros componentes da experiência: a constituição de uma objetividade e a formação de uma política e de um governo de si. Objetiva-se, portanto, nesta pesquisa atravessar o caminho das práticas de si buscando tê-lo sempre em relação aos outros dois componentes, indispensáveis à conformação da experiência ética que encerra em si a possibilidade da emergência de um sujeito para a depressão.

Cabe assim interrogar de que maneira um sujeito torna-se depressivo; que caminhos é preciso percorrer até que haja para este sujeito o reconhecimento e a conformação de ser um portador de tal transtorno de humor; que trabalhos sobre si são necessários de serem investidos para que condutas e sensações correspondam a um conjunto sintetizado pelo nome da depressão; como remeter e prender a um discurso e conjunto de práticas médicas a verdade de sua existência, de suas sensações, de um estado de sofrimento.

É preciso estranhar a velocidade e a força com que indivíduos são identificados e se reconhecem neste chamado à depressão. É preciso antever toda uma estratégica amarração de conhecimentos a práticas que asseguram uma forma de relacionamento consigo pautada sob a crença em uma verdade da depressão situada em si. Este trabalho de produção de si norteador por esta verdade confere formas a uma experiência de sujeito marcada pela identificação com o patológico, com o desvio da norma, numa espécie de pertencimento a um modelo capturado de existência. Desta maneira, para o depressivo o sofrimento e o desinteresse passam a ser circunscritos como respostas biológicas ou psicológicas trabalhando na construção de um tipo de subjetividade correspondente.

Saber de si e ocupar-se consigo mesmo a partir da denominação de “o que se é” e da delimitação de “o que se pode ser enquanto tal”, atribuições traçadas por este saber médico psiquiátrico que oferece diagnóstico e prognóstico, conduz a uma via comum a se seguir. Ao mesmo tempo em que o enunciado da depressão atribui nome a esta modalidade de experiência do sujeito, atribui também formas a esta experiência, dando a impressão de conter nela substância, realidade, origem e natureza.

Variados jogos de verdade vão desenhando o sim e o não para a experiência da depressão. Sintomas, sinais, prognósticos e justificativas

comuns marcam a comunidade como local para se experimentar um mesmo quadro. Arquiteta-se um espaço virtual onde a proximidade entre o mesmo, os depressivos, e a distância em relação aos demais, os não depressivos, aponta para uma divisão entre o sofrimento supostamente saudável e o sofrimento adoecido. Garante-se assim uma experiência ética praticada na familiaridade de uma espécie de sofrimento, na cumplicidade neste tipo de igualdade, tendo como efeito a produção de um sujeito para ocupar a posição de depressivo.

Estes sujeitos seguem sob o mesmo nome, atravessados por um olhar de atenção dissolvido sobre suas próprias práticas, práticas que produzem e conduzem a um terreno comum de identificação. A depressão manifesta-se sob a forma de pertencimento, um trabalho de identificação em uma experiência de subjetividade comum. Estes indivíduos se acolhem e se entregam a um trabalho de auto-conhecimento, possível de ser visualizado por meio destas comunidades, seguindo os fragmentos de uma verdade depressiva que pode falar de si, mesmo estando colada na fala de um outro.

Sintomas se misturam, relatos de experiências de vida, tratamentos, receitas de medicamentos, expectativas de cura pela fé ou através do conhecimento. Soluções urgentes e provisórias, prognósticos de sucesso ou de fatalidade aproximam e assemelham indivíduos diversos em vários aspectos, mas que compartilham de um mesmo segredo, a depressão.

A depressão dá um nome ao que se apresentava até então sem definição ao sujeito, dá um novo nome a se colar ao seu. Esta possibilidade se liga à condição de assujeitamento a esta forma de verdade, ao trabalho de traçar equivalência entre o que se é e o que se pode ser enquanto depressivo. O destino do depressivo em muitos exemplos se assemelha a uma sentença, como que fosse admitido que, se me “descubro” depressivo, o que o destino me reserva é o que está guardado aos depressivos.

Humor deprimido ou perda do interesse ou prazer por quase todas as atividades ao longo de duas semanas formam a base do diagnóstico da depressão. A preocupação com a intensidade, sensações que vão mais além ou aquém do esperado, a preocupação com o tempo, com o prolongamento deste estado para além do que se pode ter como adequado estão em questão na construção deste diagnóstico. É como se fizesse funcionar em si mesmo este medidor de frequência e de intensidade das respostas ao viver, permitindo-se auto-avaliar, reconhecer-se, diagnosticar-se, filiar-se enfim ao campo discursivo e de práticas atreladas ao enunciado da depressão. A origem, a causa, a forma

do sofrimento, as interpretações deste evento passam então a estar conectadas a esta racionalidade que lhe atribui sentido. Dá-se endereço ao sofrimento, a sensações e a comportamentos antes fora deste campo do discurso.

A pesquisa que se desenvolve a seguir busca tratar de tais questões de ordem ética traçando um caminho de reflexões acerca da relação do sujeito com esta verdade sobre si que se prende ao enunciado da depressão. Objetiva-se, nesta série de ensaios dispostos em capítulos, lançar um olhar perspectivo sobre a constituição de uma experiência de subjetividade que apresenta jogos de verdade e estratégias de poder que apontam para uma normalidade em saúde mental, e que com isto institui desvios necessários de serem discutidos e contornados dentro deste próprio campo de saber. Uma verdade desviante em saúde mental que positiva condutas, que desenha um campo de práticas a instrumentalizar sobre si e que produz modos de vida normatizados. A estas questões esta pesquisa pretende se voltar.

3 CAMINHOS DE PESQUISA

Almeja-se nesta pesquisa de perspectiva foucaultiana analisar a produção de determinada forma de subjetividade correlata a um discurso e a práticas que trazem como efeito um sujeito depressivo. A depressão é aqui tratada como uma das atuais facetas da doença mental, herdeira da antiga experiência da loucura e repartida em uma série de novos diagnósticos amplamente disseminados na sociedade. Ela está localizada em um determinado regime de discursividade e de estratégias que produzem como efeito uma experiência atravessada pela idéia de doença mental, resultado de um trabalho de patologização de determinadas condutas e de uma série de sensações. Visa-se assim analisar as questões éticas, o modo de se trabalhar e se conduzir como sujeito de um discurso e de práticas referentes à doença mental, mais restritamente à depressão. Considera-se como objeto de análise as práticas de si, exercícios indispensáveis aos sujeitos em seu processo de produção. Trata-se, enfim, de um trabalho de investigação que se orienta através dos modos de subjetivação.

Por meio do contato com algumas comunidades do Orkut foi possível perceber de antemão uma multiplicidade de atribuições ligadas ao nome da depressão: descrições de luto pela perda de alguém, decepção amorosa, dificuldades profissionais, baixa auto-estima, tristeza inexplicável, falta de dinheiro, etc, demarcavam situações concretas e variadas para uma cena depressiva. Estas descrições, ou queixas, atuam de modo a ampliar o quadro do que se tem como descritivo de um transtorno de humor depressivo, estendendo-se para além dos limites de um diagnóstico em seu conjunto de sinais e sintomas. No entanto, por mais que variassem as sensações, comportamentos e crenças descritas pelos participantes das comunidades, ainda era possível destacar a referência permanente àqueles eventos como um estado de doença, seja pela menção ao medicamento, seja pela suposta origem atribuída a uma disfunção orgânica ou psíquica, ou pelas formas de tratamento a que estes indivíduos se submetem.

A partir da percepção de que a referência à depressão tematizada nesta pesquisa não se restringe necessariamente à categoria diagnóstica Transtorno Depressivo Maior ou ao tema do sofrimento psíquico considerado pelos campos da psicologia ou da psicanálise, mas, sobretudo, a uma apropriação deste termo pelos indivíduos de forma variada, a depressão passa a ser tratada conforme um enunciado. Ao tomar a depressão como um enunciado ela passa a ser analisada como

um acontecimento que não pode ser esgotado pelo sentido, como materialidade que irrompe em um contexto histórico singular; enunciado que se relaciona a outros enunciados pertencentes a uma mesma formação discursiva e que exige a existência de sujeitos para ocupar esta posição enunciativa (FOUCAULT, 1971/2007). Desta maneira a depressão adquire visibilidade por meio de vários sujeitos concretos que, ao atribuírem a determinados fatos e sensações o *status* de problema, se constroem a partir desta racionalidade discursiva.

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1998) se pergunta sobre a possibilidade de fugir à análise do significado, situando a análise do discurso no fato de seu aparecimento histórico. Para tanto, os fatos de discursos deveriam ser tratados não como núcleos autônomos de significações múltiplas, mas como acontecimentos e segmentos funcionais formando, pouco a pouco um sistema. Desta maneira, o sentido de um enunciado seria definido em relação à sua diferença diante dos demais enunciados historicamente contemporâneos ou que estão em oposição a ele na série linear do tempo (p. XVI).

De acordo com Dreyfus & Rabinow (1995), Foucault descreve que “os enunciados podem ser compreendidos por um ouvinte informado como sendo verdadeiros no sentido de não haver necessidade de se fazer referência ao contexto familiar, no qual o enunciado foi proferido” (p. 53). Esse entendimento possibilita tratar do enunciado da depressão em referência ao discurso médico, mas sem encerrá-lo nesta ordem discursiva.

Em “Arqueologia do saber” Foucault (1969/2009) descreve o enunciado como uma função que se apóia em um conjunto de signos que requer um referencial – um princípio de diferenciação para se realizar, um sujeito – posição que pode ser ocupada sob certas condições por indivíduos diferentes, um domínio de coexistência para outros enunciados e uma materialidade (p.130). Abre-se nesta perspectiva um conjunto de posições subjetivas possíveis pondo em funcionamento um campo de objetos.

Ao partir da perspectiva conceitual e metodológica foucaultiana, tomando como referência a noção de enunciado, o sujeito passa a existir apenas como uma função, uma posição, um lugar vazio que pode ser ocupado por vários indivíduos. A função enunciativa refere-se não ao que se diz, mas ao fato de se estar dizendo, ao acontecimento da linguagem, distribuindo sujeitos e objetos. O que leva a refletir sobre o problema de um saber social e anônimo, que não tem como modelo ou fundamento o conhecimento individual e consciente, e portanto, não dá importância a quem fala enquanto unidade ou singularidade. Desta

forma, o que se torna importante nestes documentos a serem analisados não é a relação entre quem disse – o sujeito na função enunciativa, e o dito – o enunciado, mas a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser o sujeito neste dito.

Neste contexto as comunidades virtuais surgem como espaço de investigação, uma vez que os sujeitos que ocupam a função de enunciação através da escrita de si, se encontram atravessados por um mesmo enunciado, remetidos a um mesmo regime de verdade, produzindo-se em relação a um dado saber. Pode-se falar, então, de uma experiência de subjetividade comum a tantos sujeitos atravessados por uma mesma discursividade.

O Orkut funciona como um site de relacionamentos que forma uma rede social de amigos e comunidades. São espaços disponibilizados na internet onde indivíduos aceitos como participantes são capazes, por meio da atividade da escrita, de usufruir deste serviço para a expressão daquilo que descrevem como seus pensamentos e sentimentos. O conteúdo ali exposto torna-se de domínio público e pode ser lido quase sempre por qualquer pessoa que tenha acesso à internet. Nestes espaços virtuais, sujeitos que se autodenominam como depressivos, encontram-se cotidianamente para compartilhar suas vivências e crenças, falar de seus sintomas, descrever suas rotinas, suas práticas de si, eventos que marcam ou não sua identidade de depressivo. Estas descrições são tomadas nesta pesquisa como documentos.

A escolha do material disposto nas comunidades do Orkut referentes à depressão a ser utilizado como documento foi orientada de modo a privilegiar fóruns⁵ que tragam à discussão questões sobre a relação do sujeito consigo mesmo, analisadas a partir da descrição de formas de condutas e de um trabalho de conhecimento de si. Enquetes⁶ foram também analisadas quando puseram em questão práticas de si e formas de reconhecimento ou de resistência em referência à depressão. Estas descrições foram transcritas na pesquisa de maneira direta ou indireta visando sempre preservar o anonimato dos participantes.

O procedimento utilizado para a análise dos documentos se baseia na análise do discurso foucaultiana. Para Foucault, analisar o

⁵ Os fóruns, nas comunidades do orkut, são espaços que funcionam a partir da exposição de uma questão ou tema inicial, podendo se tratar de um pedido de aconselhamento, de opinião ou do relato de experiências. Os fóruns são postados por um dos membros da comunidade no intuito de que os demais venham a participar por meio de seus relatos.

⁶ As enquetes são pesquisas postadas por um dos membros da comunidade e já dispõem de respostas fechadas a serem selecionadas pelos seus membros. É também possível optar por uma resposta que ainda não esteja presente ou acrescentar relatos junto à sua resposta.

discurso é dar conta das relações históricas, situar o dito no tempo e no espaço, indagar sobre suas condições de surgimento, analisar as práticas concretas vivas no discurso, mapear os ditos nas diferentes cenas enunciativas, multiplicar as relações sugeridas entre os enunciados. (FOUCAULT, 1969/2009). Ao tomar as descrições como documentos intenciona-se investigar as figuras de subjetividade que emergem a partir do enunciado da depressão. O que poderia apontar para a reafirmação contínua de uma identidade de depressivo, para a reatualização de seus sintomas, para um trabalho de reconhecimento coletivo fortalecido pela inserção no grupo. Ou ainda, apontar para a tentativa de negação desta identidade, para a recusa à conformidade sob um nome de diagnóstico, reutilizando-se deste discurso, mas em um sentido de transformação, de reformulação, para outras práticas de si.

Ao eleger como campo de investigação práticas de si na depressão, busca-se desviar da centralidade usualmente conferida ao sujeito e da tentativa de constituir uma teoria do sujeito da depressão. Lança-se assim em um trabalho de abordagem de um tipo de subjetividade que se liga a determinado discurso e práticas que estão atravessadas pelo nome da depressão, o que vai na contramão de se filiar à idéia de um sujeito abstrato e representativo da depressão ou de uma série de sujeitos singularizados em seu sofrimento depressivo. Em se tratando de práticas evita-se com isto que a condução da análise parta da crença em um tipo de sujeito *a priori*, negligenciando que este sujeito é o que surge como resultado de suas práticas. Evita-se também oferecer um tratamento personalizado a cada uma destas descrições dos indivíduos, o que se configuraria como estudo de casos.

Outro cuidado necessário a esta pesquisa de perspectiva foucaultiana está no tratamento dado às práticas de si como parte de um dispositivo, de modo a não desprendê-las dos outros componentes implicados na produção de uma experiência de subjetividade. Busca-se assim analisar práticas, pensamentos, condutas, exercícios de si de modo a não perder de vista os discursos e estratégias que dão forma a esta modalidade de subjetividade coletiva, que delineiam um modo de vida feito comum a determinados indivíduos sob um mesmo contexto de saber-poder.

Tem-se que a arqueologia do discurso médico psiquiátrico referente à depressão ou uma genealogia das práticas psiquiátricas, médicas e psicológicas não alcançariam diretamente esta forma de subjetividade posta em questão neste trabalho, uma vez que o interesse nesta análise se assenta na relação consigo mesmo a partir do contato com este enunciado. Relação que é produzida no silêncio das práticas de

si, através de um exercício de consciência de si, de reconhecimento, de aprendizado, de trabalho sobre si mesmo guiado aqui pela crença na verdade da sua depressão. Do mesmo modo não caberia situar esta pesquisa como uma genealogia da ética, mesmo que o ponto de interesse seja as práticas de si.

Embora esta análise se dirija ao trabalho de produção de si como sujeito de determinada verdade, ela se restringe às referências à depressão trazidas por alguns participantes de comunidades virtuais e, portanto, se encontra reduzida em seu recorte de tempo, de espaço e ainda se delimita por se tratar de apenas uma dentre as várias facetas desta experiência da doença mental ligada ao discurso psiquiátrico. Contudo, esta análise pode contribuir em algumas reflexões sobre as condições impostas a si mesmo neste jogo de verdadeiro e falso, do normal e do anormal para a saúde que emergem na atualidade e que se ligam intimamente à idéia de uma verdade sobre si mesmo patologizada, medicalizada. Verdade que marca uma forma de relação consigo mesmo pautada pelo discurso médico e psiquiátrico. Desta forma, investigar recortes discursivos que tematizam as práticas aplicadas sobre si em referência aos saberes e estratégias de poder ligadas à depressão traz a possibilidade de analisar isto que é posto como problema para o pensamento na atualidade: a vivência da tristeza e do desinteresse como sintomas de um estado psicopatológico. Sensações que são problematizadas na atualidade e para as quais se erguem tentativas de solução.

É importante que se possa perceber que nem sempre o nome da depressão esteve associado à realidade dos indivíduos no que se refere à tristeza e ao desinteresse. Quem está em sofrimento, quem vivencia o desinteresse, quem sente tristeza nem sempre recebeu o julgo de depressivo, nem sempre se percebeu como acometido por um transtorno de humor. Este tipo de identificação se faz possível na atualidade, neste trabalho que é o de se produzir como depressivo, como sujeito de um discurso que detém para si um saber estruturado sobre a saúde e a doença mental, sobre as corretas formas de sentir e de se portar no que diz respeito à norma da saúde. Trabalho realizado por meio das práticas de si que, culturalmente localizadas, são disponibilizadas para que haja esta produção.

O caminho dos ensaios se configura como a melhor possibilidade de aproximação com esta experiência de reconhecimento, uma vez que não sabendo ao certo o que será encontrado no campo aberto e não objetivando um fim determinado a ser alcançado faz-se também aberta a produção de um saber em relação a estes achados. O caminho é o de

experimental por meio das ferramentas dispostas por Foucault, o que se poderia ser dito sobre este trabalho de reconhecimento de si em uma dada verdade, lançando algumas indagações que possam levar à reflexão sobre o que se tem como estabelecido.

Ainda que esta análise não se trate de uma arqueologia ou de uma genealogia em termos estritos, como já exposto antes, não se pode deixar de tomar como norte algumas prescrições apresentadas por Foucault nestes métodos. O que exige que antes de se deter no tema do ensaio como caminho nesta pesquisa, seja percorrido alguns pontos da trajetória arque-genealógico de Foucault, de modo a apresentar algumas noções que estruturam esta análise.

Situar os enunciados em referência a seus devidos campos discursivos, indagar-se quanto às condições de possibilidade para que determinado discurso possa ter tomado corpo e ter se conformado como centro de onde emanam verdades, questionar a suposta centralidade do sujeito como origem do saber são indicações foucaultianas para uma análise arqueológica (FOUCAULT, 1969/2009). Deslocar-se da idéia de origem, recusar um *a priori*, suspender as tradicionais verdades, não perder de vista a historicidade dos fatos, o sentido histórico e perspectivo da análise, desviar-se das supostas continuidades, perceber a emergência dos acontecimentos em um contexto de lutas e submissões, analisar as proveniências em suas dispersões e exterioridade são as indicações foucaultianas para uma análise genealógica (FOUCAULT, 1992). Recomendações importantes a esta pesquisa.

Em “A ordem do discurso” Foucault (1971/2007) acentua a localização do sujeito não como centro do discurso, de onde este parte, mas como uma lacuna ou ponto de desaparecimento possível do discurso, seu fim. O discurso em sua ligação com o poder seria aquilo que não apenas traduziria as lutas e seus sistemas de dominação, mas seria o próprio objeto pelo qual se luta. Quanto a isto é preciso estar atento, a esta vontade de verdade própria a um discurso que efetua a separação ente o falso e o verdadeiro de acordo com sua vontade. Neste sentido, cabe observar o discurso psiquiátrico em seu jogo de elegibilidade, repartindo objeto e sujeito, interditando alguns e autorizando outros de acordo com as suas regras de discursividade. A posição do médico psiquiatra como aquele que tem a autoridade de diagnosticar é o que pode marcar a condição de depressivo do sujeito, torná-lo objeto, sobrando a ele o lugar de paciente.

Dar um tratamento arqueológico a esta pesquisa implica em se libertar de todo um conjunto de noções que são variações do tema da continuidade, indagar quanto aos recortes e agrupamentos que sugerem

uma familiaridade, recusar a idéia de um não dito que antecede e orienta o discurso como que se houvesse uma origem que escapasse a determinação histórica (FOUCAULT, 1969/2009). Muito embora a análise proposta nesta pesquisa não se caracterize como uma arqueologia, a noção de enunciado discutida por Foucault é de suma relevância aqui, uma vez que é a partir do enunciado da depressão que todo um conjunto de práticas se formam.

Em “Microfísica do Poder”, Foucault (1979/2008b) traça no texto intitulado “Nietzsche, a genealogia e a história” uma elaboração referente à genealogia enquanto possibilidade norteadora nos processos de pesquisa. Nesta análise Foucault apresenta esta forma de relação com a verdade que se configuraria como método, caminho pautado em indagações que abalam tanto a crença científica, quanto a crença filosófica da origem da verdade e de sua “descoberta” a partir do método clássico:

(...) A razão? Mas ela nasceu de uma maneira inteiramente ‘desrazoável’ – do acaso. A dedicação à verdade e ao rigor dos métodos científicos? Da paixão dos cientistas, de seu ódio recíproco, de suas discussões fanáticas e sempre retomadas, da necessidade de suprimir a paixão – armas lentamente forjadas ao longo das lutas pessoais. E a liberdade, seria ela na raiz do homem o que o liga ao ser e à verdade? De fato, ela é apenas uma ‘ invenção das classes dominantes’. O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem - é a discórdia entre as coisas, é o disparate (FOUCAULT, 1979/2008b, p. 18).

Foucault (1979/2008b), ao descrever a genealogia de inspiração nietzschiana como perspectiva de olhar que se ocupa daquilo que seria desconsiderado como possuidor de história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos – direciona-se para a história das rupturas e discontinuidades e não para a suposta história de linearidade dos fatos partindo de uma origem remota. Foucault não privilegia o conhecimento científico, ocupando-se então dos demais saberes. Sem reconhecer as fronteiras entre as disciplinas discute justamente este movimento de disciplinarização dos saberes. Para ele as verdades são historicamente construídas a partir de relações de poder. Desta forma, para se pensar o sujeito e a produção de conhecimento de acordo com esta perspectiva é

preciso ter em mente as condições de possibilidade para a emergência de um saber, que atrelado ao poder, produz uma experiência de subjetividade.

Foucault (1990) em “Tecnologias del yo” assinala sua postura na contramão da acomodação nas verdades científicas ao dizer que o ponto principal de seu trabalho não consiste em aceitar os saberes científicos como valores dados, mas em analisá-los como jogos de verdade específicos que os homens utilizam para entender a si mesmos. No decorrer de seus trabalhos reflete sobre a centralidade atribuída ao sujeito na modernidade e sobre a idéia recorrente do ser humano como ser universal, transcendental, autônomo e racional, fazendo convergir neste modo de subjetividade moderna, o sujeito, fonte de saber e objeto a ser conhecido.

Prosseguir no método tradicional das ciências, na concepção de homem atrelada a esta forma de saber é reafirmar de certa maneira a supremacia do sujeito e desta verdade correlata. Para Foucault seriam necessárias outras formas de aproximação com a verdade, outros métodos em vias de se produzir outras formas de saber, outros estilos de pensamento e com isto outras formas de subjetividade. Partindo do que Foucault (1984b) descreve como “ceticismo sistemático” algumas “regras” atuam de forma a analisar os universais antropológicos com cuidado, já que podem aprisionar a análise em interpretações de caráter universal, naturalizando as categorias que se podem aplicar ao sujeito e suspendendo o caráter histórico de sua produção.

Dentre as regras do método oferecidas por Foucault (1984b) estariam o trabalho de contornar os universais antropológicos para então poder interrogar historicamente sobre as condições que permitem que este sujeito se reconheça como sujeito de um determinado saber, no caso desta pesquisa, como doente mental, portador de um transtorno de humor depressivo. Outra regra seria a de inverter o sujeito como base de conhecimento, como sujeito constituinte, situando-o como objeto produzido no exercício de conhecimento. Trata-se assim de fazer aparecer os processos próprios a uma experiência em que sujeito e objeto se formam e se transformam um em relação ao outro e em função ao outro: “descer ao estudo das práticas concretas pelas quais o sujeito é constituído na imanência de um campo de conhecimento (p.237)”. Como terceiro princípio do método Foucault situa a análise das práticas, maneiras de fazer mais ou menos regradas, pensadas e que constituem uma realidade concreta e um sujeito objeto, “práticas concebidas ao mesmo tempo como modo de agir e de pensar que dão a chave de

inteligibilidade para a constituição correlativa do sujeito e do objeto” (p.238).

Chega-se, portanto, ao ensaio como forma de se conduzir nas análises. O ensaio, somado as demais ferramentas metodológicas tomadas de empréstimo a Foucault, configurará o formato desta pesquisa. Os ensaios que se seguem intencionam trazer visibilidade aos enunciados que se repetem e que se relacionam à depressão, e também práticas que dão contorno a este sujeito, uma das facetas desta experiência de patologização da vida. Objetiva-se assim lançar algumas reflexões sobre o que é posto como importante, demarcador e possibilitador deste movimento de reconhecimento e de produção de si, reconhecimento que possibilita que sujeitos possam dizer de si a partir de sua doença.

O ensaio como forma de se encaminhar na produção do texto da pesquisa foi inspirado no emprego dado a ele por Foucault (1984/2007) em “História da Sexualidade II”, quando se utiliza do termo para se referir à sua condição naquele livro. Demarca-o com outra conotação, desprendendo-o das usuais restrições que o define mais estritamente como gênero literário:

O ‘ensaio’: que é necessário entender como experiência modificadora de si no jogo da verdade, e não como apropriação simplificadora de outrem para fins de comunicação – é o corpo vivo da filosofia, se, pelo menos, ela for ainda hoje o que era outrora, ou seja, uma ‘ascese’, um exercício de si, no pensamento (FOUCAULT, 1984/2007, p. 13).

Embora tenha primeiro ensaiado seus caminhos para assim reconhecer-se em seus próprios métodos, arqueológico e genealógico, Foucault não se demorou em tematizar o ensaio. Entretanto, pode-se desde seus primeiros livros observar uma atividade, uma atitude de experimentação, uma proposta diferente de se relacionar com a verdade e com o tempo, recorrendo para tanto a diferentes posicionamentos que não as convencionais caminhadas lineares na história.

Ainda neste livro Foucault faz referência ao ensaio como operação do sujeito sobre si mesmo em relação ao que se tem enquanto verdade. O autor versa sobre a curiosidade que o guia em seus trabalhos e a distingue da curiosidade por simples aquisição do que convém conhecer, dando a ela o papel de possibilitar separar-se de si mesmo, provocando o descaminho daquele que conhece. Deste modo pode-se

entender o ensaio como uma proposta de caminhar na produção do saber não tendo em vista a continuidade e o reconhecimento já formalizado, mas buscando destacar os movimentos de ruptura e estranhar o que aparece como verdade:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984/2007, p.13).

Nesta mesma passagem inicial de “História da sexualidade II”, Foucault (1984/2007) trata do exercício de estranhar a mesmice do olhar, diz assim da atividade filosófica como trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento, retirando dos bastidores o que ele chama de esses jogos consigo mesmo, pondo à vista os processos do pensamento no decorrer do caminho ao invés de seu apagamento e centramento apenas na amostra dos seus efeitos. Seria a proposta contrária do que a escrita científica tradicional e programada espera, uma vez que se esconde o caminho, esconde-se o que está em jogo, apresenta-se uma verdade como revelação, em forma de leis, fugindo assim da compreensão do texto como produção histórica de um ser no tempo, como prática de si.

Foucault descreve ainda que seus trabalhos se situam no campo da história, o que não faz dele um historiador, e que são eles “o protocolo de um exercício que foi longo, hesitante, e que frequentemente precisou se retomar e se corrigir” (p.14). Coloca assim em evidência seu movimento de busca e os riscos em um exercício que procura pensar a própria história de modo a possibilitar do silêncio do pensamento a emergência de um pensar diferente. Pode-se perceber neste exercício pensante e indagador que Foucault sustenta – expondo assim as reflexões norteadoras da construção do que virá a seguir, ilustrando motivações e a intencionalidade de quem escreve, apontando de certa forma pra quê e para quem escreve – um convite ao pesquisador para percorrer os caminhos de pesquisa rumo a não escamotear o que sustenta as passadas, denunciando assim os retornos e imprevistos, os jogos que ali perpassam, os regimes de verdade que o atravessam.

Rajchman (1993) em “Eros e a verdade” assinala este estilo de escrita criado por Foucault como uma produção em momento de

dificuldades, de crises, portanto de crítica. Primeiro, a crise do homem como entidade fundante básica, rejeitando assim o que ele descreve como a face individualizante da autoria tradicional. Uma segunda crise enfrentada por Foucault seria a dos pressupostos políticos que incorreria na descoberta do pensamento como uma forma de combate estratégico e um estilo de escrita como ato de resistência. Por fim uma terceira crise, o que Rajchman caracteriza como dificuldade de Foucault consigo mesmo como historiador e militante anônimo, levantando assim a questão do que significa a atividade do pensamento crítico para os que se comprometem com ele. Neste descaminho de crises em sua vida, em seu pensamento, em seu trabalho, Foucault pôde oferecer uma nova maneira de pensar através de sua escrita ensaiante, na tentativa de fugir das experiências anteriores e efetuar um novo começo a cada livro.

Estes diálogos de nós mesmos enquanto sujeitos de uma modernidade, de uma história que ainda nos liga à razão enquanto moldura da subjetividade chamam ao confronto com esta condição atual e à problematização constante do que somos nós hoje e do que nos faz nós mesmos hoje. Por isto a importância em se considerar o ensaio como forma diferenciada de relação com os textos e, portanto, promissor no que diz respeito a novas práticas na relação com a verdade.

Dreyfus & Rabinow (1995) acentuam que de acordo com Foucault “não podemos recorrer somente às leis objetivas, nem à pura subjetividade, nem as totalizações da teoria” (p.223), são as práticas culturais que nos fazem o que somos e para conhecê-las precisamos nos confrontar com a história do presente. Desta forma, o ensaio em seu movimento de problematização do presente abre caminhos para novas possibilidades com a verdade, tendo-a como produção e produtora de sujeitos, de uma cultura, inventando assim o que ainda não existe.

Eu nunca escrevi nada além de ficções, e tenho perfeita consciência disso. Apesar de tudo, eu não gostaria de dizer que estas ficções estão fora da verdade. Acredito que seja possível fazer funcionar a ficção no interior da verdade, introduzir efeitos de verdade num discurso de ficção e, assim, chegar a fazer produzir no discurso, a fazê-lo ‘fabricar’, alguma coisa que ainda não existe, alguma coisa que se ‘ficcionalize’. ‘Ficcionaliza-se’ a história a partir de uma realidade política que a torna verdadeira, e ‘ficcionaliza-se’ uma política que ainda não existe a partir de uma verdade histórica (FOUCAULT apud DREYFUS & RABINOW, 1995, p.223).

Pode-se assim dizer que Foucault ensaiou ao deslocar o saber histórico, ao levar sua escritura além das fronteiras das disciplinas, ao fazer sua admissão nas ciências através da inserção de seus textos de modo a inquietar o sujeito em seu lugar de quem fala. Isto implica em uma forma de poder, uma outra maneira de se apoderar de um saber. O ensaio pede assim uma flexibilidade da vida sobre si mesma, uma disposição a pôr-se novamente na ordem do discurso sob o risco de se submeter ao seu desejo de agarrar, resistindo de modo a rivalizar forças, pondo-se em um lugar diferente a cada fala, criando outros sujeitos e verdades. Sendo assim, este apanhando do que seria o caminho de pesquisa uma vez amparado por uma perspectiva foucaultiana almeja ter alcançado a descrição do que se pretende percorrer como campo de análise e a maneira pela qual se pretende percorrer este campo, vislumbrando como objetivo tecer um conjunto de reflexões que operem por meio de ensaios e que analisem discursos sobre práticas de si. Estas análises buscam realizar uma reflexão sobre esta forma contemporânea de se constituir sujeito, tendo como foco a descrição da relação do sujeito consigo mesmo, relação permeada por uma verdade da depressão que redundará em modos de vida e em figuras de subjetividade em referência ao discurso da saúde e da doença.

Os ensaios que se seguem sob a forma de capítulos buscam relacionar temas tratados por Foucault ao longo de seus trabalhos a temas trazidos à discussão pelos participantes de comunidades virtuais sobre a depressão. O quarto capítulo se dedica a situar a experiência da doença mental em sua emergência no contexto biopolítico, apresentar reflexões sobre o poder psiquiátrico, o saber psicológico, e os aspectos éticos na produção desta experiência. A partir do quinto capítulo a produção de um saber médico-psiquiátrico, a relação entre sujeito e verdade, o trabalho de identificação a partir do enunciado de depressão e as práticas de si, temas tratados em uma perspectiva foucaultiana, abrem o caminho para análises de fragmentos de discursos, relatos de participantes que se apresentam como vestígios do trabalho de produção de si amparado sobre os saberes médico-psiquiátrico e psicológico.

Assim, a problematização da reestruturação do saber sobre a saúde do sujeito com a conseqüente reformulação política do campo de domínio da medicina, abre o capítulo cinco para a reflexão sobre a emergência de um sujeito efeito deste saber, para a análise do trabalho realizado sobre si mesmo na produção deste sujeito e a conversão de determinadas sensações em sintomas da depressão. O capítulo seis traz a problematização da relação entre subjetividade e verdade que é

observada através das descrições dos fóruns e enquetes que dizem respeito ao trabalho de conhecimento de si como depressivo, às possíveis origens atribuídas à depressão, à confissão do seu estado depressivo e à suposta diferença conferida ao sujeito depressivo. O tema da identificação inicia o sétimo capítulo onde se foca o trabalho de reconhecimento de si naquilo que se tem descrito como conduta para o depressivo, seguido da análise de alguns relatos presentes nos fóruns e enquetes que giram em torno das questões de condução na depressão, da veracidade do estado depressivo e do papel das comunidades neste trabalho de identificação. Por fim o oitavo capítulo traz o tema das práticas de si e procura descrever algumas destas práticas citadas nos fóruns e enquetes que demonstram as formas de cuidado consigo adotadas pelos sujeitos uma vez crendo-se depressivo.

4 CAMINHOS FOUCAULTIANOS NA ANÁLISE DA DEPRESSÃO

4.1 A produção de um saber sobre a doença mental e do doente mental como seu efeito

Em “Doença Mental e Psicologia”, uma leitura fenomenológica da doença mental, Foucault (1954/2000) oferece algumas considerações importantes para esta pesquisa, uma vez que apresenta reflexões possíveis de serem situadas em referência a uma problematização ética. Embora trate do tema da doença mental ainda sem os instrumentos arqueológicos e genealógicos, o que mais tarde daria a possibilidade de melhor situá-la historicamente como uma produção discursiva e dentro das estratégias de poder, Foucault a concebe em relação à cultura, à sociedade, ao meio, ao diagnóstico, e em referência ao saber médico e psicológico. Assim, a doença mental é tomada nesta análise não apenas como uma experiência psicológica, individual e em suas características orgânicas, mas pode-se já observar uma preocupação com a constituição ética de um sujeito da doença mental.

No capítulo intitulado “A doença e a existência”, Foucault (1954/2000) atribui como tarefas de uma fenomenologia da doença mental a busca por uma compreensão da consciência doente, “a experiência que o doente tem de sua doença (a maneira pela qual ele se vive como indivíduo doente, anormal, ou sofredor) (p.57)”; e a reconstituição do universo patológico, “o universo mórbido para o qual se abre esta consciência de doença, o mundo a que visa e que ao mesmo tempo constitui (p.57)”. Vê-se, em uma perspectiva existencial, a tentativa de Foucault de problematizar as questões éticas, a relação entre sujeito e verdade, marcada pela condição supostamente mórbida do que seria a sua personalidade.

A respeito desta relação entre sujeito e aquilo o que seria a sua verdade, Foucault demonstra algumas preocupações quanto ao posicionamento do sujeito da experiência psicopatológica em relação à sua doença. De acordo com Foucault, o doente reconhecera sua anomalia dando a ela um sentido de diferença irreduzível que o separa da consciência e do universo dos outros. Em suas palavras:

A maneira pela qual um sujeito aceita ou recusa sua doença, o modo pela qual a interpreta e dá significação a suas formas mais absurdas, tudo isto constitui uma das dimensões essenciais da

doença. Nem destruição inconsciente no interior do processo mórbido, nem consciência lúcida, objetiva e desinserida deste processo, mas reconhecimento alusivo, percepção difusa de um cenário mórbido no fundo do qual se destacam os temas patológicos, tal é o modo de consciência ambígua, cuja reflexão fenomenológica deve analisar as variações (FOUCAULT, 1954/2000, p.58).

Foucault apresenta algumas formas de variação desta consciência em relação à doença. Em uma delas a relação entre doente e doença se constituiria no esforço do doente em não se reconhecer na doença, conferindo a ela o sentido de um processo acidental e orgânico. Desta forma, o doente centraria sua atenção nos conteúdos orgânicos de sua experiência, nos limites do corpo, não estendendo sua apreensão à experiência psicológica. Foucault exemplifica esta forma de encarar a doença por meio dos sinais históricos, sintomas psicossomáticos e preocupações hipocondríacas. Em outro modo de variação desta relação o doente reconheceria que a doença está incorporada à sua personalidade, apreendendo-a como destino, como nos casos de paranóias e esquizofrenias.

Ainda neste livro a seguinte passagem merece destaque: “nenhuma doença, sem dúvida, pode ser separada dos métodos de diagnóstico, dos procedimentos de isolamento, dos instrumentos terapêuticos com os quais a cerca a prática médica” (p.19). Na patologia orgânica a noção de totalidade orgânica ressalta a individualidade do sujeito doente, determinando o caráter próprio de suas reações patológicas. Já na patologia mental isto não procede, a realidade do doente não permite uma abstração semelhante e cada individualidade mórbida deve ser entendida através das práticas do meio a seu respeito. Foucault exemplifica esta apreensão com Babinski e suas práticas de sugestão, analisando-as como realidade da prática médica que aponta para a relação entre indivíduo doente e seu meio.

Desta forma, como afirma Foucault no capítulo “Loucura e cultura”, a doença mental só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal, colocando em questão os aspectos individuais e psicológicos como entidade mórbida e desviante do meio. Determinar o mórbido pelo desvio e pelo que é atribuído como anormal reflete uma projeção de temas culturais em uma sociedade. Neste sentido, continua Foucault, no capítulo “A constituição histórica da doença mental”, a loucura põe em questão a relação da sociedade

consigno própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos:

O homos psychologicus, encarregado de deter a verdade interior, descarnada, irônica e positiva de qualquer consciência de si e de todo conhecimento possível, finalmente recolocada na abertura mais ampla, esta relação com a verdade, alienando-a neste postulado fundamental que é ele próprio a verdade da verdade (FOUCAULT, 1954/2000, p.98).

Vários passos foram dados por Foucault desde este trabalho até as suas aulas publicadas sob o nome de “O Poder Psiquiátrico (1973-1974/2006)” e que apontam para a impossibilidade de um saber psicológico em torno da loucura. No entanto, certos pontos de “Doença mental e psicologia” devem ser retomados a fim de demonstrar quão atuais são alguns elementos introduzidos como questão, numa preocupação já presente quanto à subjetivação ou não de um estado patológico. Também cabe destacar as condições de possibilidade para a emergência de um saber sobre a doença mental, ligando este saber à produção de uma experiência da loucura.

A tentativa de situar o que seria a doença mental no corpo, na fisiologia ou na anatomia do organismo, apresenta-se na atualidade como uma forte tendência em substituição à tentativa de outras formas de se abordar e interpretar estes fenômenos. O próprio instrumento guia para as averiguações sobre a sanidade ou a presença de um transtorno mental no indivíduo, o DSM IV (1995), encontra-se formulado nos moldes de uma patologia orgânica, tendo como aparato diagnóstico uma diversidade de sinais e sintomas que se inscrevem como uma fisiologia do comportamento, dos afetos, das sensações. Assim as questões psicológicas estariam em um segundo plano, como resultante deste mau funcionamento do corpo, em uma compreensão da mente como uma extensão ao mesmo tempo material e abstrata do corpo. Torna-se então mais concreta, mais objetiva e pragmática a consolidação da doença ao situá-la no corpo. Haveria menos com o que se a ver diante de uma gama de sensações desajustadas se estas tivessem sua morada no corpo, fossem tratadas como indícios de uma doença, estivessem situadas como independentes do próprio indivíduo. Haveria ao mesmo tempo mais poder sobre os corpos se nestes se assentassem os afetos, os comportamentos, as sensações; tudo materializado e investido por um mesmo saber da doença, sob o mesmo domínio.

Da mesma maneira, situar o que seria a doença mental não no corpo, mas em sua personalidade, como marca de si, não diverge do lugar comum de se reconhecer como doente mental. Na atualidade, ambas as formas de consciência da doença apontadas por Foucault parecem levar ao mesmo lugar, um reconhecimento, quer no corpo, quer na personalidade⁷, de que algo em si mesmo não procede de maneira adequada, o que se cola a sua forma de existência. A ética, o modo de se conduzir na experiência, liga-se na modernidade tão fortemente ao saber médico, de maneira que as relações possíveis com a verdade sobre seu ser, sua saúde, acaba por corresponder quase que exclusivamente a este saber, ao que ele tem a dizer sobre este sujeito objeto.

Em capítulo intitulado “A constituição histórica da doença mental” Foucault retrata no contexto asilar as estratégias morais de controle do desviante daquilo que seria uma conduta normal, define a função do médico como a de um agente das sínteses morais envolvido em um trabalho mais de controle ético do que de intervenção terapêutica e descreve a inscrição da loucura na dimensão da interioridade, como experiência com *status*, estrutura e significação psicológicos. Esta psicologização da loucura, em uma preocupação sobre a relação do homem consigo próprio, seria o resultado de seu investimento na experiência patológica, uma vez que foi nesta experiência que a psicologia positiva encontrou sua origem histórica.

Estas duas apreensões, da função de controle ético do médico e do investimento da psicologia na relação do sujeito consigo próprio, conduzem à reflexão quanto ao surgimento de uma experiência ética da saúde fundada sobre a doença, experiência que oferece como modelo de verdade e, portanto, de modos de condução, práticas de si intimamente relacionadas a estes saberes moralizantes legitimados socialmente. A este respeito Foucault complementa que a “‘psicologia’ é somente uma fina película na superfície do mundo ético no qual o homem moderno busca sua verdade – e a perde (p.85)”.

Para o autor o contexto asilar já não caracteriza o espaço da loucura na atualidade, mas o saber psicológico e o saber psiquiátrico produzem efeitos de subjetividade de maneira ainda mais ampla, já que, liberados do espaço restrito do internamento, estes saberes e suas

⁷ O termo personalidade é utilizado neste livro por Foucault. Embora o termo subjetividade pareça melhor remeter à noção que vigora nos discursos psicológicos e psiquiátricos na atualidade, o que leva à idéia de uma interioridade psicológica pertencente ao sujeito, Foucault, em seus últimos trabalhos alcança a noção de subjetividade de uma maneira diferente, concebendo-a como modos de vida encontrados na cultura e que são correlatos a produções discursivas e de poder.

técnicas alcançam indivíduos até então considerados normais pela sociedade. Tais saberes dão forma, ainda com mais poder, a modos de ser sujeito em referência à saúde e à doença, ao normal e ao patológico. A verdade do sujeito prende-se a esta objetivação que atribui natureza e interioridade ao indivíduo, de modo a se conhecer, interpretar-se, cuidar-se e sentir-se como sujeito da doença mental. As tecnologias de si, este trabalho de domínio e conhecimento de si, investidas pelas práticas médica, psiquiátrica e psicológica levam a um cuidado de si medicalizado, psiquiatrizado, psicologizado.

A este respeito Dreyfus & Rabinow (1995) em um resgate dos trabalhos foucaultianos intitulado “Foucault – uma trajetória filosófica” fazem menção às técnicas que ligam o discurso científico às tecnologias de si. O discurso científico, em particular o discurso médico sacralizado na sociedade ocidental, junto à expansão de seus métodos tornou o indivíduo um objeto de conhecimento para si mesmo e para os outros, um objeto que fala a verdade sobre si mesmo, a fim de se conhecer e ser conhecido; um objeto que aprende a operar transformações em si mesmo:

A chave para a tecnologia do eu é a crença de que se pode, com a ajuda de peritos, falar a verdade sobre si mesmo. Esse é um princípio fundamental, não somente nas ciências psiquiátricas e na medicina, como também na lei, na educação, no amor. A convicção de que a verdade pode ser descoberta através do exame de consciência e da confissão dos pensamentos e atos aparece, agora, como tão natural, tão constrangedora, realmente tão evidente, que pode parecer pouco razoável pressupor que tal exame seja um componente central em uma estratégia de poder. Se este projeto nos soa como pouco razoável, isto se deve à nossa dependência à hipótese repressiva; se a verdade é intrinsecamente oposta ao poder, então sua descoberta nos conduziria, certamente, ao caminho da libertação. (DREYFUS & RABINOW, 1995, p.193)

Em “O poder Psiquiátrico” Foucault (1973-1974/2006) atribui à noção de direção o modo através do qual o poder psiquiátrico faz da loucura um objeto de domínio e de intervenção. Segundo o autor o termo direção se desprende das práticas religiosas, onde como *direção*

de consciência entre os séculos XV e XIX, define um campo de técnicas e objetos. A psiquiatria importa esta prática em suas técnicas e objetos para ser empregada na direção do hospital e, sobretudo, na direção dos indivíduos. Dirigir condutas, conduzir corpos desviantes, fazer funcionar esta verdade da loucura nos indivíduos, objetivar – tornar objetiva, positiva, produtiva esta verdade científica do sujeito patológico – todas são táticas que endereçam neste jogo de verdadeiro e falso uma identidade ao doente mental.

4.2 A vida enquanto objeto de intervenção política

Na atualidade por se conceber a política de proteção, manutenção e controle da vida humana em suas várias manifestações como algo naturalizado, como característico nas sociedades ocidentais daquilo que seria a própria atribuição necessária à vida humana, assinalar o caráter histórico desta construção de poder não se apresenta uma tarefa fácil. A possibilidade do homem se tornar objeto de conhecimento, e de seu corpo, máquina e espécie, se tornar lugar de intervenção, é o resultado de um trabalho de séculos dedicado a transformações em nível individual e coletivo, no Estado, na forma de apresentação das leis e, sobretudo, nas transformações econômicas.

É Foucault (1988/2009), em “História da Sexualidade I” quem primeiro trata deste acontecimento da vida biológica entrar no campo dos interesses políticos, modificando a configuração do poder:

(...) o que se passou no século XVIII em certos países ocidentais e esteve ligado ao desenvolvimento do capitalismo, foi um outro fenômeno, talvez de maior amplitude do que essa nova moral que parecia desqualificar o corpo: foi nada menos do que a entrada da vida na história – isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas (FOUCAULT, 1988/2009, p.154).

Pelo nome de biopoder Foucault denomina esta transformação ocorrida nos séculos XVII e XVIII nos mecanismos de poder que, gerindo então a vida, desloca seus objetivos do confisco das forças, da vida, das riquezas, para a produção, o crescimento e o ordenamento das forças, o que culminará na conformação política que se tem hoje. Para

Foucault, o direito do soberano de fazer morrer se converte no direito do corpo social de garantir sua própria vida, mantê-la, desenvolvê-la.

Foucault apresenta o biopoder em seus dois pólos, desenvolvendo-se em épocas diferentes, mas em constante articulação: as tecnologias disciplinares sobre os corpos em uma anátomo-política no século XVII, e as tecnologias de regulação da população em uma biopolítica no século XVIII. A anátomo-política teve suas técnicas cristalizadas no poder de instituições disciplinares como a escola e o exército. Nestes locais o corpo é tomado como máquina a ser adestrada, suas aptidões ampliadas, suas forças extorquidas, sua docilidade e utilidade aumentadas, integrando em sistemas de controle e econômicos. Já a biopolítica centrou sua atuação no corpo enquanto espécie, nos processos biológicos a serem calculados, administrados, potencializados em nome da manutenção da vida da população. É neste contexto que a vida se condiciona politicamente à idéia de saúde, sendo problematizada em termos de população.

Ocupar e zelar pela vida através de uma diversidade de tecnologias de controle e de regulação aparece como a tarefa política de uma sociedade capitalista que valoriza cada vida como força de trabalho. De acordo com Foucault, o capitalismo não poderia ter se desenvolvido sem um trabalho de inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos:

(...) se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como 'instituições' de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de bio-política, inventados no século XVIII como 'técnicas' de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam (...) (FOUCAULT, 1988/2009, p. 153-154).

A presença destas técnicas, ao mesmo tempo individualizantes e massificantes, espalhadas no corpo social em um novo modo de sujeição característico desta crescente conformação política repercute na produção de outros jogos de verdade, outras formas de subjetividade, outras possibilidades de relação do sujeito consigo mesmo. Emerge

assim a possibilidade de uma outra experiência ética. Como Foucault ressalta, o homem ocidental aprende a ser uma “espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo” (FOUCAULT, 1988/2009, p.155).

A biopolítica transforma a vida ao capturá-la como objeto de suas práticas. Uma nova forma de relação do sujeito com esta verdade de si, produzida e armazenada em forma de conhecimento científico, emerge, trazendo consigo novas práticas de si. Para que a vida possa ser administrada e conduzida por estes novos parâmetros de saber-poder, faz-se necessário que o sujeito tenha para si a afirmativa de correspondência entre o que pratica enquanto sua vida e o que o sujeito deve praticar enquanto vida para o ser humano, representante que é do todo da população.

Neste contexto, preocupações quanto à natalidade, a mortalidade, a longevidade, a morbidade e a saúde pública, dentre outras, passam a estar nas pautas de intervenção de práticas políticas e planejamentos econômicos. A vida humana como tema renova o discurso de saber com o surgimento de novas disciplinas científicas como a demografia, a sociologia, a geografia, a saúde pública. O indivíduo, investido por estas tecnologias políticas e de saber, se reconhece como este sujeito de uma corporiedade, de uma saúde, de uma biologia, cujas condições de vida e todo o espaço de existência precisam ser mapeados.

De acordo com Foucault (1988/2009), uma grande consequência destas transformações políticas está na crescente importância assumida pela norma, em oposição à diminuição da importância assumida pela lei: “um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá a necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos” (p. 157). A entrada da vida na política traz como efeito histórico uma sociedade normalizadora que distribui os indivíduos conforme sua utilidade, sua qualidade, sua medida, avaliadas a partir dos parâmetros do conhecimento científico. Um conhecimento referente à vida, ao homem, à espécie e à sociedade, molda-se na mesma lógica dos interesses de produção e de inserção dos indivíduos como peças para a manutenção dos sistemas integrados. A busca pela saúde da população responde às necessidades mercadológicas de maximização de forças e de acumulação de vidas úteis. A busca pela normalidade responde às necessidades de enquadramento dos indivíduos à formatação disposta, de modo a facilmente encaixar cada corpo à sua função.

De acordo com Foucault (1975-1976/1999) em “Em defesa da Sociedade”, a doença, como fenômeno da população a partir do final do século XVIII, traz a introdução de uma medicina higienista com as funções de coordenar os tratamentos médicos, centralizar as informações, normalizar o saber, ensinar os cuidados e medicalizar a população. Em suas aplicações na população a biopolítica demarca suas preocupações a partir da estatística, em previsões, estimativas, medições que sugerem o que e aonde deve ser modificado. Interfere-se então no meio para assim alterar os números de morbidade, de longevidade, de natalidade que estejam insatisfatórios, com a pretensão de alcançar uma média equilibrada onde cada indivíduo some-se ao outro na ficção de um corpo único e global. Com isto a medicina se estabelece como estratégia biopolítica, assegurando a administração e regulação não só dos corpos individuais, mas deste corpo que é a população.

Para que o discurso médico pudesse se legitimar como o discurso da verdade do indivíduo fez-se necessário não apenas uma mudança na estrutura do saber, mas também que uma mudança na maneira de intervenção sobre os corpos estivesse sido preparada anteriormente através de tecnologias disciplinares, possibilitando, mais tarde, que as tecnologias biopolíticas pudessem advir naturalizando o conhecimento e a prática médica em uma experiência coletiva.

Foucault (1979/2008a), em “A política da saúde do século XVIII”, trata do surgimento da grande medicina do século XIX, associada tanto à emergência de uma medicina clínica privada centrada no indivíduo, quanto à organização de uma política de saúde que considera as doenças como problema político e econômico a ser tratados em nível coletivo. Seria, conforme o autor justifica, a era da “nosopolítica refletida (p.195)”, a cargo não só do Estado, mas de várias outras instituições que problematizavam a saúde e a doença em âmbito coletivo.

Desloca-se assim os problemas referentes à saúde e à doença das práticas de assistência para o campo das práticas médicas. A preocupação seria a de fazer funcionar dentro da ordem de produção e dos imperativos do trabalho o maior contingente possível como força, e para tanto a doença se apresentava como um empecilho. A saúde e o bem-estar físico da população em geral surgem como objetivos essenciais do poder político disseminado no corpo social através do “imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral” (p.197). Tal trabalho de vigilância e garantia do bem-estar e da saúde teria sido assegurado pelas instituições denominadas polícia, que se ocupavam também das regulações econômicas e das obrigações de ordem. A

população surge neste contexto como problema teórico, como objeto de vigilância, de análise e de intervenções em um projeto de tecnologia das populações:

Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que se assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade (FOUCAULT, 1979/2008a, p., 198).

Segundo Foucault, a família se torna a primeira instância de medicalização dos indivíduos com a função de articular os objetivos gerais referentes à boa saúde do corpo social e as necessidades de cuidado dos indivíduos. A família “medicalizada-medicalizante (p.201)” traz as condições para que se torne efetiva esta política da saúde do século XIX, permitindo articular uma “ética ‘privada’ da boa saúde (p.200)” com o controle coletivo da higiene e com uma técnica científica de cura através de um corpo coletivo de médicos a serviço do Estado. Para o controle da saúde da população, um trabalho de medicalização das condutas individuais que possam interferir na saúde geral da população é praticado; passa-se a ensinar o cuidado médico a se ter em relação à higiene, à alimentação e em relação ao meio. Inicia-se um trabalho de incitação para que os indivíduos tenham um cuidado médico para consigo:

Acerca da sociedade, de sua saúde e de suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a ser formado um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do ‘habitat’) (FOUCAULT, 1979/2008a, p. 202).

Desta maneira, nasce uma “consciência de si” medicalizada, o sujeito passa a se controlar, vigiar, orientar a partir dos preceitos da boa saúde ensinados pelo médico. O que é problema político se mistura ao que é problema médico graças à função higienista assumida pela

medicina no século XVIII e pela posição privilegiada econômica e socialmente assumida por esta mesma ciência no século XIX.

Em conferência realizada em 1976, publicada com o nome “La crisis da medicina o la crisis de la antimedicina” Foucault, procura traçar historicamente o desenvolvimento da medicina em seus envolvimento políticos, sociais e econômicos. Para tanto, Foucault, retorna ao século XVIII, a meados do século XIX, indo até o século XX com o exemplo simbólico do Plano Beveridge na Inglaterra. O que o autor pretende mostrar é que a suposta crise aparentemente iniciada após a segunda metade do século XX e debatida em termos de medicina ou antimedicina decorre do próprio processo de formação desta disciplina. O perigo da medicina pelo seu poder de iatrogenia é questionado por Foucault, ressaltando outros aspectos mais perigosos da prática médica, como a iatrogenia positiva – os efeitos danosos decorridos da utilização adequada dos medicamentos.

Foucault situa historicamente o surgimento do Plano Beveridge após a Segunda Grande Guerra como o símbolo da possibilidade da saúde se estruturar de uma maneira macropolítica dentro dos planos econômicos, não mais apenas como necessidade de manutenção da mão de obra saudável, mas como o direito de cada indivíduo resguardar sua saúde através da intervenção do Estado. Seria este o surgimento de um novo direito, de uma nova política, de uma nova moral do corpo e de uma nova relação dos indivíduos com seu corpo: “A saúde, a enfermidade e o corpo começam a ter suas bases de socialização e, por sua vez, se convertem em instrumento de socialização dos indivíduos”⁸ (FOUCAULT, 1976, p. 154). Foucault descreve este processo como “somatocracia”, quando o Estado passa a gerir o cuidado com o corpo, a saúde dos indivíduos e não mais as almas.

Sobre o saber médico, Foucault alerta quanto aos perigos deste poder positivo que modifica a história, os indivíduos, estendendo-se indefinidamente para outros campos em um processo de medicalização permanente da população. A partir do século XX a medicina sofre uma expansão que alarga os domínios de suas práticas para além da demanda do enfermo, do seu sofrimento e de seus sintomas, o que está relacionado ao ato de autoridade assumido pelo médico. A sociedade moderna é descrita como “Estados médicos abertos” sem limites para as intervenções médicas e onde a patologia se converte em forma de regulação da sociedade.

⁸ Tradução livre da autora.

Foucault trata também nesta conferência da relação entre economia e medicina. Para o autor a medicina começa a se organizar a partir de problemas econômicos; primeiramente como instrumento de manutenção da força de trabalho para o funcionamento da sociedade moderna, e mais tarde, produzindo riqueza, uma vez que a saúde se torna objeto de consumo e de lucro:

(...) O corpo humano se introduziu duas vezes no mercado: a primeira pelo assalariado, quando o homem vendeu sua força de trabalho, e a segunda por intermédio da saúde. Por conseguinte, o corpo humano entra de novo em um mercado econômico enquanto é suscetível às enfermidades e à saúde, ao bem-estar ou ao mal-estar, à alegria ou ao sofrimento, na medida em que é objeto de sensações e de desejos, etc (FOUCAULT, 1976, p. 166).

A entrada da saúde na economia política traz como uma das conseqüências a comercialização da saúde. A partir da responsabilização por parte do Estado pela saúde dos indivíduos, estes, obrigados a atender aos imperativos de saúde regulados pela prática médica normalizante, formam o público que a financia coletivamente. Foucault (1975-1976/1999), em “Em defesa da sociedade”, atribui como funções dos mecanismos biopolíticos, as previsões, as estimativas estatísticas, as medições globais em um trabalho realizado não apenas no nível dos indivíduos, com os mecanismos disciplinares, mas no nível das populações a fim de obter estados globais de equilíbrio e de regularidade. Neste contexto a medicina atua de modo a operacionalizar este trabalho de intervenção, uma vez que o objeto de investimento da racionalidade biopolítica seria a população enquanto corpo, em um sentido biológico, em sua saúde. O intuito de alongar a vida em sua produtividade levaria, portanto, à conformação desta política que sustenta um trabalho de proteção da vida e de conscientização dos indivíduos sobre os riscos e cuidados necessários para se manter vivo e produtivo.

A depressão como produção deste saber aponta justamente para os desvios e para a improdutividade destes corpos, marcando assim a necessidade da realização de um trabalho de ajustamento. Estes sujeitos que desviam da norma da saúde e da produtividade são solicitados a se reacomodarem, tratem-se em busca do restabelecimento do seu lugar na média. A marca da depressão poderia ser analisada como esta necessidade de reformulação de condutas, de afetos e de humores de

modo que este indivíduo, que destoa daquilo que é esperado, possa fazer parte da população, deste corpo único, como peça operante e nivelada dentro dos desejos possíveis de produtividade e felicidade.

4.3 O poder psiquiátrico

Em seu conjunto de aulas publicadas sob o nome de “O poder psiquiátrico” Foucault (1973-1974/2006) percorre caminhos importantes para a compreensão da forma como o saber psiquiátrico estende-se em um poder disciplinador. O poder disciplinar é descrito por ele como uma modalidade capilar do poder político e demais poderes que age diretamente sobre os corpos, atuando sobre os gestos, comportamentos, os hábitos, as palavras (p.50). Este tipo de poder se forma ainda na Idade Média nas comunidades religiosas e se fortalece no século XIX na consumação do que seria nas palavras de Foucault a sua grande forma geral: “poder político/corpo individual”. O sistema disciplinar em seus métodos de distribuição e classificação de indivíduos traria como correlato aquilo que o autor denomina como “resíduo”, o que seria as margens do poder disciplinar:

(...) o poder disciplinar tem a dupla propriedade de ser anomizante, isto é, de sempre pôr de lado certo número de indivíduos, de ressaltar a anomia, o irredutível, e de ser sempre normalizador, de sempre inventar novos sistemas recuperadores, de sempre restabelecer a regra (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 68).

Esta forma de poder em sua propriedade fundamental se ocuparia da fabricação de corpos sujeitados, vinculando a função-sujeito ao corpo. Por este motivo é conferido a ele a característica de ser individualizante, uma vez que, através de um sistema de vigilância se estabelece a norma como princípio de divisão e a normalização como prescrição universal para todos os indivíduos. Dividem-se assim normais e anormais. Para Foucault, o indivíduo seria este efeito produzido como resultado da vinculação entre poder político e singularidade somática. Este corpo subjetivado, fixado nele a função sujeito, psicologizado, normalizado pôde apenas emergir como indivíduo e como objeto de um discurso científico na medida em que o poder disciplinar foi investido sobre ele. Seria neste jogo de distribuição e de exclusão que o indivíduo se caracterizaria enquanto tal.

De acordo com Foucault (1973-1974/2006), a prática psiquiátrica dá lugar a duas formas de discurso: o discurso clínico classificatório nosológico e o discurso anátomo ou fisiopatológico. No primeiro se destaca a função de descrição da loucura como uma série de doenças mentais em suas sintomatologias, evoluções, seus elementos diagnósticos e elementos prognósticos próprios, em uma analogia com a verdade médica. No segundo se destaca a função de localizar a loucura em um substrato orgânico, fundar sua etiologia e relacionar loucura e lesões neurológicas, atuando de modo a dar uma garantia materialista para a prática psiquiátrica. De modo geral, a força destes dois discursos firmados sobre a nosografia médica e anatomia patológica teriam a função de garantir uma verdade a este saber sob o nome de uma nova ciência, o que asseguraria o direito de razão sobre a loucura como fundamento da intervenção psiquiátrica.

A função da psiquiatria, não seria, portanto, fundar uma prática terapêutica, mas contribuir como um dos elementos pelos quais o dispositivo disciplinar se organizaria em torno da loucura. Para tanto a questão da verdade precisaria ser introduzida de modo que pudesse fazer operar este poder disciplinar. A verdade na prática psiquiátrica, embora tenha se tentado estabelecê-la sobre as bases do saber médico, se firma finalmente pela atividade de decisão entre a sanidade ou a loucura conferida a um dado indivíduo pelo psiquiatra:

(...) no domínio da doença mental, a única questão verdadeira que se coloca é a questão em forma de sim/não; isto é, o campo diferencial no interior do qual se exerce o diagnóstico da loucura não é constituído pelo leque das espécies nosográficas, é simplesmente constituído pela escansão entre o que é loucura e o que é não-loucura (...) (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 346).

Foucault revela que este poder de decisão entre a saúde ou a doença mental para um indivíduo se pauta em um trabalho de prova de realidade. É apenas a partir do momento que se instaura a condição de doença no doente que o psiquiatra pode então ocupar sua função neste poder disciplinar, devida justamente a este reconhecimento do sujeito como paciente. Mas para que este reconhecimento seja possível é necessário que provas de realidade da doença sejam oferecidas. Dentre as formas de prova de realidade utilizadas como instrumentos de convencimento pelo saber psiquiátrico está a técnica interrogatória, interessada no trabalho de conversão de sensações em sintomas, capazes

de ligar o indivíduo a seu passado, vigiado agora em detalhes pela escuta psiquiátrica. Isto se deve ao fato de que, ao contrário do que ocorre na medicina, a psiquiatria, diante da ausência de corpo como algo concreto e palpável, traz a exigência de que um novo corpo seja criado, estendendo suas aplicações à família e ao passado do indivíduo.

O saber psiquiátrico necessita de construir o seu poder a partir de jogos que dissimulem esta ausência de materialidade da doença, e neste sentido, a família e o passado do indivíduo passam a corresponder ao corpo do sujeito, passam a ser sua extensão, registrando sobre eles as origens da doença. Este corpo fantasmático se constrói a partir do interrogatório. Na família se encontra a hereditariedade da doença. No passado do indivíduo os acontecimentos são redimensionados sobre um olhar que consegue antever em pequenos atos a semente da doença. A anomalia encontrada em suas marcas no passado é a condição de possibilidade individual da loucura. Dá-se assim a impressão de um substrato orgânico à doença mental como prova de realidade.

Da técnica do interrogatório como prova de realidade se desprende ainda como objetivo a ser alcançado o cruzamento entre subjetividade e responsabilidade. O que resulta na confissão pelo sujeito interrogado de sua loucura e na responsabilização pelos seus sintomas. Foucault (1973-1974/2006) assinala que este seria um cruzamento entre o discurso religioso de perdão por meio da confissão e o discurso médico de expectoração da doença também através da confissão. O poder psiquiátrico estrutura-se assim sobre este ato de reconhecimento. Desta forma, pode-se perceber neste trabalho de análise da atividade psiquiátrica realizado por Foucault que o interrogatório se destaca como um dos elementos essenciais para o funcionamento do campo disciplinar. É por meio dele que os corpos podem ser moldados em uma nova formatação de subjetividade

Outro ponto relevante na análise do poder psiquiátrico está na inexistência da prática curativa como função deste saber. A ausência da cura soma-se ainda à ausência do corpo como objeto, o que leva este poder a ser então estabelecido de forma diferente. De acordo com Foucault (1973-74/2006) é diante à audiência de demais médicos dispostos a assistir a partes dos rituais interrogatórios, dispostos a percorrer com o psiquiatra os caminhos construídos para a loucura que este poder pode então ser validado. Na ausência do corpo e da cura da doença é a corporiedade do coro médico que atribui o poder ao psiquiatra: “a dimensão magistral da palavra do psiquiatra é constitutiva de seu poder médico (p.359)”. Outro ponto importante trazido por Foucault como operacionalizador do poder psiquiátrico seria a

medicalização dos indivíduos através do emprego de drogas. A conversão das drogas em medicamentos pelo saber psiquiátrico a partir do final do século XVIII acaba por atuar como mais uma das formas deste poder disciplinar.

De acordo com Foucault, o poder psiquiátrico pode ser analisado mais como um trabalho de “direção”, administração, gestão de indivíduos do que como um trabalho terapêutico. A “direção” surge na psiquiatria em sua função impositiva, uma vez que faz funcionar a realidade como poder em um contexto próprio criado para este fim. Para Foucault (1973-1974/2006) o poder psiquiátrico, como tática de sujeição dos corpos, sofre uma grande difusão a partir da metade do século XIX vindo a se adicionar a outros regimes disciplinares. Esta física do poder disciplinar se estabelece como base para as “funções-psi (p.236)” na atribuição de fazer a realidade funcionar como poder:

A função psicológica que, de um ponto de vista histórico, derivou inteiramente do poder psiquiátrico, que foi disseminada em outras partes, essa função psicológica tem por papel essencial intensificar a realidade como poder e intensificar o poder fazendo-o valer como realidade. (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 237).

Em se tratando de ensaios, estas análises empreendidas por Foucault podem ser aplicadas nos relatos dos participantes das comunidades virtuais sobre a depressão. Nestes espaços de exposição busca-se observar esse atravessamento pelos dois discursos desprendidos da prática psiquiátrica: o discurso nosográfico e anátomo-fisiopatológico. Discursos que atuam na produção de uma forma de ser sujeito correlata a esta prática de poder disciplinar, tendo como efeito um modo de subjetividade que decorre deste processo de reconhecimento nesta função de sujeito do discurso psiquiátrico.

O diagnóstico absoluto na psiquiatria, a ausência de um local no corpo para situar a doença mental, a crença na hereditariedade da doença, a menção a pequenos atos indicadores desde a infância da existência da doença, a inexistência de expectativa de cura por meio dos tratamentos psiquiátricos, as práticas de direção da vida do paciente atribuídas ao psiquiatra, a difusão deste saber consolidado em inúmeras práticas psi, todo este conjunto que forma o contexto de emergência e de consolidação do poder psiquiátrico descrito por Foucault pode ser retratado nas falas daqueles que atribuem a si o *status* de depressivo, de paciente psiquiátrico. O poder psiquiátrico nascido nos asilos há muito

se desvencilha deste contexto disciplinador para então atuar ainda sobre os corpos, hábitos, pensamentos, gestos, mas de uma maneira mais sutil, ampliando o trabalho de direção, classificação e discriminação para além deste enquadre restritivo, operando agora na forma de um controle já disseminada em uma espécie de consciência psiquiatrizada, onde cada indivíduo observa a si mesmo e aos demais tomando como referência o saber psiquiátrico.

4.4 A constituição de uma experiência ética

A análise das práticas de subjetivação trazida na perspectiva da genealogia da ética se inscreve como nas demais trajetórias foucaultianas em um trabalho de crítica da verdade, redirecionando desta vez o olhar para o governo de si. Foucault lança-se assim, a partir da década de 80, em um trabalho genealógico descrito por ele como ontologia histórica em relação à ética através da qual nos constituímos como agentes morais. Neste exercício de fazer de nossas ações enquanto sujeitos morais um acontecimento estranho aos nossos olhos, Foucault procurou analisar as muitas e variadas coisas que as pessoas precisam dizer e fazer com elas mesmas e entre si para que se identifiquem e assim desempenhem suas funções nas formas de vida. De acordo com suas análises expostas em vários textos publicados em “Ditos e escritos V (2004)” as formas de vida, os modos de se constituir como sujeito seriam plurais, havendo tantas subjetividades quantas forem as maneiras de auto-relacionamento.

Para Rajchman (1993) foi a partir da indagação “Que papel desempenha o pensamento na maneira como alguém leva ou conduz sua vida? (p.11)” que Foucault pôs-se a trabalhar em seus últimos anos interligando suas análises das questões do saber e do poder ao problema da ética. Neste momento a crítica foucaultiana se dirige para a naturalidade com que os sistemas de pensamento mantêm seu domínio sobre os indivíduos, o que incorre no reconhecimento como sujeito de dada sociedade e de determinada moral.

Foucault, nestes trabalhos em torno da ética, apresenta um tratamento diferenciado da tradição filosófica uma vez que a situa enquanto tipo de vida que se é incitado a levar, estado moral que se é convidado a atingir. Foucault distancia-se das concepções de que a ética é expressão e exercício de reflexão e racionalidade de um sujeito autônomo e coloca o problema da ética em termos de assujeitamento. Desta forma, tratar da ética em Foucault requer que se destitua da idéia

de uma ética como conduta de um sujeito racional, universal, *a priori*; e então a percebe como uma ação do sujeito sobre si mesmo a partir de preceitos morais. A ética é assim analisada como uma relação do indivíduo consigo mesmo de forma a se colocar como objeto de trabalho para si e constituir-se como sujeito moral em um determinado contexto histórico.

Foucault (1983) em entrevista publicada em Dreyfus & Rabinow (1995) explora os termos moral e ética no intuito de alertar para a necessidade de analisar atos e código distintamente. Em suas palavras “os atos (condutas) são o verdadeiro comportamento das pessoas em relação ao código moral (prescrições) a elas imposto (p. 262)”. Nesta perspectiva a moral não se esgotaria no código moral, nas regras de conduta prescritas aos indivíduos e aos grupos, nem menos na conduta mais ou menos adequada a estas regras. Entre as regras e a conduta que se avalia pela regra há aquilo a que Foucault chamou de subjetivação, os modos de conduzir-se. A subjetivação seria a dimensão propriamente ética da moral, dizendo respeito à constituição de um *ethos*, da relação consigo mesmo, de um modo de ser, dos modos pelos quais o indivíduo se torna propriamente um sujeito de uma conduta moral. O trabalho ético se faria, portanto, pela estetização de si a partir do reconhecimento ou não nos preceitos morais, através de práticas de si, condutas, comportamentos a serem desenvolvidos e seguidos para se alcançar este sujeito moral que se almeja ser.

A partir da percepção de que a subjetividade não pode ser evitada no pensamento crítico Foucault afasta a discussão sobre a subjetividade da idéia de interioridade, particularidade, naturalidade, repensando-a em termos de exterioridade, de constituição. Na perspectiva foucaultiana, subjetividade não denota essência ou substância, mas é analisada como um enunciado histórico que se refere a uma multiplicidade de práticas sociais e políticas, formas concretas de existência:

(...) o ‘fenômeno subjetividade’ – tal como experimentado cotidianamente pelos sujeitos – é experiência histórica coletiva: é da ordem do enunciado, do discurso, das práticas sociais e das relações éticas do sujeito consigo mesmo. Expressa uma vontade de verdade que não é uma vontade de sujeitos individuais, mas é uma vontade social histórica: uma vontade que atravessa a modernidade (PRADO FILHO, 2005, p. 44).

Foucault refere-se à produção de modos de existência como sendo o processo pelo qual se constitui um sujeito, ou melhor, uma forma de subjetividade. Para o autor subjetividade é “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo num jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT apud REVEL, 2005, p.85). Já o termo sujeito faz referência a um objeto social e historicamente constituído, o tipo de subjetividade moderna. Portanto, pode-se dizer que a subjetivação diz respeito à construção de jogos de verdade consigo mesmo, isto é, o modo concreto pelo qual o homem moderno ocidental se constitui como sujeito de conduta moral. Sendo assim, a subjetividade não decorreria de uma natureza humana, mas seria dada através de muitos sistemas de pensamento contingentes, mutáveis e dispersos (RAJCHMAN, 1993). Os sistemas de pensamento são descritos como corpos de discurso e prática que permitem que haja a identificação como indivíduos e coletividades. A subjetividade seria o efeito destas produções de saber e poder.

Nestas análises éticas Foucault se ocupa do problema das relações entre o sujeito, os jogos de verdade e a constituição da experiência, considerado agora a partir da perspectiva da análise das práticas de si. Foucault (1984a) adverte que ao contrário de uma invenção, as práticas de si são esquemas que o indivíduo encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos pela sua sociedade e seu grupo social. Falar de relação consigo implica necessariamente o outro, e não contraria a tese foucaultiana de que o sujeito se constitui através das práticas de sujeição, ou de maneira mais autônoma, através das práticas de liberação, de liberdade a partir de um certo número de regras, de estilos, de convenções encontradas no meio cultural, como no caso da experiência ética na Antiguidade. Para Foucault as práticas de si tiveram na civilização grega e romana importância e autonomia muito maiores do que tiveram na experiência ética cristã e moderna, quando foram então investidas pelas instituições religiosas, pedagógicas ou do tipo médico e psiquiátrico.

Rajchman (1993) aponta que não há oposição entre ser individual e social na apreensão da ética por Foucault uma vez que estão vinculados numa história comum. Segundo ele a questão ética não pode ser tratada como questão individual ou coletiva, mas sim de “tipos de individualidade e de coletividade de que somos capazes numa época e lugar, e das relações que elas supõem com tipos particulares de governo e autocontrole, conhecimento e autoconhecimento (p.118)”.

O objeto a ser perseguido por Foucault em suas trajetórias éticas não se trata dos sistemas de códigos morais no decorrer da história, mas

do comportamento moral dos indivíduos em relação a estas regras e valores propostos, portanto, a maneira conforme estes indivíduos se submetem a um princípio de conduta, se conduzem moralmente. Para Foucault, o código moral pouco se alterou no decorrer da história, o que teria se modificado seria a forma com que os indivíduos se conduzem em relação aos códigos e valores morais, portanto, a ética. Existem assim problemas morais que se distinguem de problemas éticos, tendo o autor se ocupado dos últimos em seus quatro aspectos: substância ética, modos de sujeição, práticas de si e teleologia do sujeito moral (FOUCAULT, 1983). As experiências éticas, portanto, experiências de subjetividade se diferenciam no decorrer da história quanto a estes aspectos. De acordo com Foucault, ao percorrer as diferentes experiências éticas na história ocidental não se encontra a mesma forma de subjetividade, mas modos diversos totalmente históricos, produzidos nas relações, objetivados e subjetivados em práticas sociais, em relações com a verdade e consigo mesmo.

Um dos aspectos da relação consigo seria a substância ética ou matéria moral, parte de nós mesmos relacionada à conduta moral, “maneira pela qual o indivíduo deve constituir tal parte dele mesmo como matéria principal de sua conduta moral” (FOUCAULT, 1984/2007, p.27). Foucault escreve que nem sempre é a mesma parte de nós ou de nosso comportamento que importa para o juízo ético, exemplificando este aspecto a partir da análise do que se é dado a trabalhar pelo indivíduo na prática da fidelidade nas diferentes experiências éticas. Poderia se tratar do trabalho sobre atos de maneira a não desobedecer às obrigações e interdições, como de um trabalho sobre o desejo de maneira a dominar os movimentos contraditórios da alma, ou ainda de um trabalho sobre os sentimentos, de forma a manter a reciprocidade entre os cônjuges e a qualidade da relação que os liga.

Um segundo aspecto da ética seria o modo de sujeição, que seria a maneira pela qual as pessoas são chamadas ou incitadas a reconhecer suas obrigações morais, “a maneira pela qual o indivíduo estabelece sua relação com a regra e se reconhece ligado à obrigação de pô-la em prática (FOUCAULT, 1984/2007, p.27)”. Foucault apresenta a lei divina, a lei natural, a regra racional e a estética da existência como possíveis modos de sujeição em experiências éticas específicas. Através da análise da prática da fidelidade Foucault exemplifica a transformação dos modos de sujeição nas diferentes experiências éticas: pode-se tanto praticar a fidelidade por reconhecer-se no pertencimento a um grupo social, quanto também praticá-la por se sentir responsável pela preservação de uma tradição espiritual, ou em outro caso praticá-la na

tentativa de dar a sua vida pessoal uma forma que corresponda aos critérios de beleza.

O terceiro aspecto da relação consigo trazido por Foucault trata-se das práticas de si, que seriam os meios pelos quais o indivíduo pode se modificar para se tornar sujeito ético, as “formas da elaboração do trabalho ético que se efetua sobre si mesmo, não somente para tornar seu próprio comportamento conforme a uma regra dada, mas também para tentar se transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta (FOUCAULT, 1984/2007, p.28)”. Exemplificando este aspecto através da prática da fidelidade Foucault aponta que a austeridade sexual pode ser tanto praticada por meio de um trabalho de aprendizagem, memorização, assimilação de preceitos e controle regular das condutas, quanto sob a forma de um combate ou renúncia dos prazeres permanente, ou ainda através de um exercício de decifração do desejo.

O último aspecto descrito por Foucault (1984/2006) diz respeito à teleologia do sujeito moral; uma vez que a ação não é moral em si mesma, diz-se respeito ao tipo de ser que aspira se tornar quando se comporta de acordo com a moral. Uma ação moral tende à sua própria realização, constituindo assim uma conduta moral que leva o indivíduo a um modo de ser característico do sujeito moral. A conduta moral da fidelidade, exemplifica Foucault (1984/2006), pode dizer respeito a uma tentativa de um domínio de si mais intenso, como pode também representar a aspiração de um distanciamento do mundo; ou ainda representar um desejo de tranqüilidade da alma ou purificação que garanta a imortalidade. Foucault exemplifica este aspecto também através da descrição de que “devemos nos tornar puros, ou imortais, ou livres, ou mestres de nós mesmos (FOUCAULT, 1983, p.265)”. Em suma, esta relação a si presente na ação moral implica nas palavras de Foucault na:

(...) constituição de si enquanto sujeito moral, na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelece para si um certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo; e, para tal, age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se (FOUCAULT, 1984/2007, p.28).

Estes seriam alguns dos pontos da história da ética que Michel Foucault buscou apresentar em seus últimos trabalhos, história das formas de subjetivação moral e das práticas de si destinadas a assegurar-

las. O objetivo destas análises sobre produção de formas de subjetividade na modernidade seria tentar reconhecer as forças e saberes que operam na formação do que se tem hoje como sujeito, situando-o em relação à determinada racionalidade. Dentro do quadro apresentado esta pesquisa pretende considerar a participação destes aspectos na constituição de um *ethos*, na análise da relação consigo mesmo permeada por uma verdade da depressão, tendo sob destaque a análise das práticas de si.

5 A PRODUÇÃO DE UM SABER ESTRUTURADO COMO DIAGNÓSTICO

Dê-me sintomas, faça-me da sua vida
sintomas e você fará de mim um médico
(FOUCAULT, 2006, p.358).

De acordo com Foucault (1998) em “O Nascimento da Clínica”⁹ o surgimento da medicina moderna no século XVIII instaura uma nova linguagem que redistribui o perceptível e o enunciável 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 para o médico. Suas práticas e saberes são reestruturados sob uma racionalidade que tem o corpo como objeto a ser percorrido e desvendado pelo olhar. O vínculo entre saber e sofrimento deixa de se recostar sobre um trabalho imaginativo para então 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 permite a fundação do indivíduo em sua qualidade irreduzível, tornando possível uma linguagem racional em torno dele:

O ‘objeto’ do discurso também pode ser um ‘sujeito’, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização ‘formal’ e ‘em profundidade’, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma ‘experiência clínica’: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-sé-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (FOUCAULT, 1998, p.XIII).

Assim, através da experiência clínica, ocorreria a entrada da medicina no campo das ciências positivas. Foucault situa este acontecimento como o momento na história ocidental de abertura do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, alterando, a partir da reorganização da forma sistemática do discurso médico, 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

⁹ Neste livro Foucault realiza uma pesquisa histórica e crítica que visa determinar as condições de possibilidade da experiência médica, “trata-se de um estudo que tenta extrair da espessura do discurso as condições de sua história (Foucault, 1998, p.XVIII)”.

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 (FOUCAULT, 1998, 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 (idem, p.32)”. Para Foucault (1998), o que define o ato do conhecimento médico em sua forma concreta seria este cruzamento sistemático de várias séries de informações, envolvendo um conjunto infinito de acontecimentos separados, mas interligados na constituição do fato individual.

Este acontecimento de redefinição do saber médico é acompanhado pela expansão política de seus domínios – através de sua ligação ao 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 indivíduo e população – 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. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante uma atividade de ensino, pois a melhor maneira de se evitar que a doença se propague ainda é difundir a medicina. O lugar em que se forma o saber não é mais o jardim patológico em que Deus distribui as espécies; é uma consciência médica generalizada, difusa no espaço e no tempo, aberta e móvel, ligada a cada existência individual, mas também à vida coletiva da nação, sempre atenta ao domínio indefinido em que o mal trai, sob seus aspectos diversos, sua grande forma (FOUCAULT, 1998, p. 35).

De acordo com Foucault (1988), nesta empreitada de novos horizontes e uma nova importância social para a medicina, sua tarefa 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, a gestão da existência humana:

(...) uma felicidade orgânica, tranqüila, 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, p. 39).

Foucault descreve que as diferentes formas do saber médico tomaram como referência a saúde ou a normalidade em momentos históricos específicos. A medicina até o século XVIII faz referência à saúde sem preocupações quanto à análise do funcionamento regular e de seus desvios; preocupa-se assim 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. Age, portanto, 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.

O trabalho executado pelo médico e que engloba práticas de interpretação e decifração de sinais e sintomas, categorização de doenças e a determinação de um modelo de homem da saúde e da normalidade produz em correlação um trabalho realizado pelo próprio sujeito em si mesmo e que deriva do seu reconhecimento neste saber. No campo das práticas de si repercute este mesmo trabalho de interpretação e de decifração adotados em concordância com os parâmetros médico-biológicos, a correspondência entre suas sensações e o que é tido como sintomas clínicos, a perseguição para si do modelo ideal de homem saudável legitimado por este saber. Práticas de si 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, implicando em um modo de subjetivação que introduz uma experiência ética coletiva dentro dos contornos do normal e do patológico.

5.1 O diagnóstico – instrumento de marcação e identificação do depressivo

O que há de específico no conjunto de sensações analisado como sintomas da depressão que possa defini-lo como condição característica de um quadro de patologia mental? Na tentativa de refletir sobre esta questão cabe percorrer o caminho que parte da produção do diagnóstico e que culmina na atribuição de valor de sintomas às sensações e comportamentos.

De acordo com a mais forte referência no ocidente em saúde mental, o DSM IV (1995), para atender aos critérios diagnósticos de um Transtorno Depressivo Maior é necessário a ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores (p.312). Um episódio se caracteriza pela presença de cinco sintomas dentre os descritos abaixo, indicados por relato subjetivo ou por observação de outros e com duração mínima de duas semanas, representando assim uma variação do funcionamento anterior:

Critérios para Episódio Depressivo Maior

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.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(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). Nota: 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. Nota: 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.

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto (p.316).

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativos ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

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).

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.

Como pode ser observado, não há nada de característico em cada uma das sensações descritas que as circunscrevam por si só como provas da existência de uma acometimento psíquico. Sofrimento ou humor deprimido, variações no peso, no apetite, no sono ou na atividade psicomotora são possíveis a todos dentro dos limiares de normalidade, não denunciado com isto 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 característico de uma experiência de sujeito bem sucedida, são seus contrários: a alegria, o prazer, a própria idéia de vida como bem-estar, adaptação e funcionalidade. Este suposto estado de bem-estar não deve ser abalado por mais de duas semanas, o que configuraria a manifestação de um estado psicopatológico. Isto leva a crer que o que movimenta a idéia 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 por um modo de vida que, se não espelha a felicidade, que ao menos não reluz 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 de mais ou apetite de menos; agitação de mais ou agitação de menos; interesse, concentração e energia de menos; tristeza, culpa e desejo de morte demais. O que leva a crer que o excesso ou a escassez são discriminados negativamente de forma a perseguir um padrão ideal equilibrado e linear. Os números de indivíduos reconhecidos como depressivos atestam a dificuldade em seguir os padrões almejados neste conjunto que soma: estado de humor, sono, apetite, agitação, interesse, concentração, energia e desejo. A depressão é problematizada como um transtorno de humor indicando que, na atualidade, a oscilação para euforia ou tristeza, medido em tempo e intensidade, precisa ser medicalizada, tomada como um problema de saúde e doença, um problema que demande a intervenção de um saber e de uma 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 tanto ser avaliado por ele próprio ou por outra pessoa. Parte-se de antemão da crença em um funcionamento ainda adequado, dentro dos limites da normalidade e que se torna disfuncional, encaminhando para o desgoverno e para o estado depressivo.

O termo funcionamento, descrito nos critérios diagnósticos, associado a social e a ocupacional traz a marca das tecnologias disciplinares individualizantes, alicerce necessário para a acomodação de uma biopolítica das populações. Nesta duplicação de forças nomeadas por Foucault (1988/2009) como “biopoder”, as técnicas médicas, interessadas na população, caminham em acordo com os interesses econômicos onde 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 a 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 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, um tempo para colocar em crise o mundo e a si mesmo. O diagnóstico da depressão se liga à idéia de “fazer-viver”¹⁰, aos ideais econômicos de produtividade e funcionalidade, à busca por prazer constante ou pela ausência de desprazer. A referência ao prejuízo social e ocupacional como condição para que a doença seja diagnosticada reflete a idéia de que é um problema o indivíduo estar fora da produção, descontente ou desadaptado.

Outra característica deste quadro nosológico é a valorização das afetações apresentadas em nível individual, com a conseqüente desatenção aos fatos que contextualizem histórica e socialmente a emergência do que é posto como sintomas. 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)”. Mas 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 subjetividade¹¹ a marca e a verdade do que seria ele mesmo em sua patologia. O foco se assenta assim no sujeito, sem ter em vista que este sujeito é apenas um efeito de subjetividade num plano maior de construção de um saber da doença. A depressão parece pertencer ao indivíduo, uma vez que os elementos históricos e sociais que podem trazer à tona as condições de possibilidade para a emergência do que é suposto como sintoma não são suscitados.

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 meio midiáticos – não alcança sozinho a função de produtor de um sujeito depressivo. Indivíduos

¹⁰ Em referência ao conceito de biopoder em que “fazer viver” representa a idéia 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.

¹¹ Compreendida no discurso corrente a partir de uma perspectiva psicológica que atribui natureza, singularidade e substância à subjetividade.

assujeitados a este saber em um trabalho constante de conhecimento de si e interpretação de si através dos exercícios ensinados pelo conhecimento médico conferem o caráter de produção a este acontecimento.

Resta ainda após o “entronamento do médico (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 349)” um trabalho consigo mesmo atravessado por este saber, o reconhecimento de si como sujeito desta verdade, o que dá sentido às suas ações e sensações de modo que a doença seja enfim “descoberta” no 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 (FOUCAULT, 1979/2008b, p.197)” que divide as formas de vida em saudáveis e patológicas.

Em “O Poder Psiquiátrico”, ao tratar da diferença entre o diagnóstico em psiquiatria e em medicina, Foucault (1973-1974/2006), assinala que a importância do diagnóstico em psiquiatria não está em demarcar o tipo da doença, mas está no problema de saber se é ou não loucura. Desta forma, o que estaria em questão no diagnóstico psiquiátrico seria a decisão entre ser ou não ser doente mental, se tratando 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 na era loucura (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p.347).

Mais de trinta anos se passaram desde que este curso foi ministrado por Foucault, e pode-se perceber, tomando como exemplo a construção do DSM IV (1995) e as projeções para o DSM V, a importância na atualidade no campo da psiquiatria em discriminar novas modalidades de doenças mentais cada vez mais asseguradas por uma suposta anatomia neuropatológica. O diagnóstico diferencial é hoje prática de grande importância na psiquiatria. No entanto, pode-se a partir deste apontamento de Foucault, pensar o diagnóstico psiquiátrico em seu poder de marcar os indivíduos em um diagnóstico absoluto, sendo este diferenciado ou não dos demais diagnósticos, produzindo

formas de subjetividade patologizadas de maneira que o sujeito se perceba como doente 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 do que seriam os sintomas, permanece para si 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 liga a tristeza, o desinteresse e determinados comportamentos e afetos a um estado patológico pode estar sempre prestes a reaparecer, uma vez que é inevitável afetar-se ao longo da vida por estes acontecimentos.

5.2 Vestígios de um trabalho de produção de si atravessado pela verdade do diagnóstico

Eu num tenho depressão a depressão que me tem (F25).

Através da análise de algumas comunidades virtuais presentes no site de relacionamentos Orkut e que trazem como tema a depressão foi possível acompanhar alguns vestígios do trabalho do sujeito realizado sobre si mesmo e que advém do seu reconhecimento enquanto sujeito da depressão. Por meio de relatos expostos em enquetes e fóruns que tematizam práticas relacionadas à depressão pôde-se alcançar alguns pontos de reflexão sobre este trabalho de produção de si atravessado por este enunciado. Dos pontos de reflexão referentes à questão do diagnóstico, tem-se que nestes relatos sensações diversas são 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, inadequadas, passando a ser observadas como resultante do acometimento pela depressão. A ampliação do diagnóstico é recebida por alguns como uma nova chance de encontrarem no discurso médico uma resposta àquilo que os atravessam: “Um dos grandes avanços da medicina em relação a doença foi ampliar o diagnóstico (F25)”.

A título de exemplo os fóruns “Depoimentos” e “Apresentações” podem demonstrar alguns destas sensações que aparecem citadas pelos participantes como indicativas desta nova abrangência sintomatológica

da depressão: relatos de raiva, ódio, vontade de matar alguém, feitos absurdos, decepção, dores de cabeça intensa, 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 (1995). Todavia, parecem corresponder aos desígnios da doença, uma vez que apontam para uma condição de variação tida como negativa, quer emocionalmente, socialmente ou fisicamente, situando-se assim no campo da anormalidade e da doença.

Determinadas sensações e comportamentos são consentidos de serem lidos como sintomas da depressão neste alargamento do domínio da doença. O que permite que tal sensação ou comportamento, antes distante do quadro nosográfico da depressão, passe a ser visto como sintoma da doença é a sua ligação com a tristeza ou com o desinteresse. Sensações se repetem nas falas dos participantes dando lugar à emergência do sujeito depressivo. Estes são também os dois sintomas chaves para o diagnóstico da depressão de acordo com o discurso médico.

Desta maneira, a partir da percepção de que algo em sua conduta ou em suas sensações está atravessado pela tristeza ou pelo desinteresse, esta sensação ou comportamento que venha a ocorrer em paralelo à tristeza ou ao desinteresse pode tornar-se também um indicativo de sua condição depressiva. Estar com a pressão alta aliado a estar triste pode fazer com que a pressão alta passe a ser lida por este sujeito como um sintoma de sua depressão. Estar com medo e junto a isto estar desinteressado pelas pessoas pode fazer com que o medo seja interpretada como um dos sintomas da depressão. Ter tremores paralelamente a estar em sofrimento psíquico faz com 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 ter como fundo o sofrimento e o desinteresse qualquer sensação pode se converter em sintoma da depressão. Nesta colagem de sensação (ou comportamento) 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 de sofrimento, de desajuste ou de desinteresse. O que venha a se somar a estas sensações principais ganham o *status* de sintomas, independente de se apresentarem ou não em concordância com os demais critérios diagnósticos.

Um 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 cumpre a missão de produzir este sujeito que se cuida e se orienta a partir dos ditames do saber médico. O depressivo precisa aprender a ser cuidar como um depressivo, usar os medicamentos, freqüentar a terapia, praticar esportes, se conhecer como depressivo, se ajudar e buscar ajuda, se expor e pensar positivo, 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 fórum intitulado “Sintomas de depressão” indagações quanto a determinadas sensações ou comportamentos refletirem um estado normal para a depressão demonstra a busca pela confirmação da anormalidade de suas sensações, 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 seu 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, abandonar a academia, não ter ereção são circunstâncias apresentadas neste fórum como anormalidades normais para a 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 amostra o trabalho de análise das próprias práticas dentro dos limites da norma de comportamento, de respostas e afetos esperados socialmente, tendo 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 normatividade geral: sair, se divertir, estar junto aos amigos, namorar, malhar. Isto ilustra o caráter patológico de não se comprazer em práticas culturalmente investidas como sendo “naturalmente” para este fim. A idéia 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. As condutas devem se inserir dentro das possibilidades aceitáveis na sociedade, caso contrário, um olhar patologizante recairá sobre elas, modelando a relação consigo de modo a perceber-se e cuidar-se seguindo determinado prognóstico, como no caso da depressão.

Outro ponto de interesse para esta pesquisa 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 julga capacitado para se auto-avaliar: “Anos depois descobri que tive essa doença lendo (F6).” 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. Pode se basear também na crença em pesquisas que atribuem à existência de um histórico de depressão na família como 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 (E15)”.

Em enquête intitulada “Vc tem certeza de que sofre de depressão?” um pouco mais de um terço dos 447 participantes naquele dado momento respondeu ter certeza de sofrer de depressão, enquanto o restante respondeu não ter certeza. Dentre os que escolheram pela certeza as respostas disponíveis eram: “Sim, fui analisado e sempre tomo remédios” e “Sim, mas só não é tão grave ainda”. Dentre os que optaram pelas respostas negativas ou duvidosas quanto ao acometimento pela depressão estes se 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 identificam, com certeza ou sem certeza, a partir do enunciado da depressão, mas na variedade de maneiras de se filiar ao nome da depressão, quer de forma passageira, quer por estilo de vida, quer para a obtenção de benefícios próprios, ou 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 aconteça de maneira outra que não por meio de uma investigação clínica. Uma outra suposição é de que as comunidades funcionam como este local para se consultar sobre o acometimento pela depressão. Na comunidade pode se reconhecer depressivo, se identificar com os demais membros que se percebem depressivos, se certificar, portanto, de que tem depressão sem qualquer passagem pelo clínico. O saber da depressão assume uma dimensão social comum que o faz ultrapassar o contexto clínico. Ampliando consideravelmente os lugares aonde 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.

5.3 Ser ou não ser doença: eis a questão

...assim como a cor preta é a ausência de cor, a depressão é a ausência de felicidade, alegria, esperança e todo sentimento que se julgue bom (F8)!

A gente vai deixando, deixando, o espírito adoce e vicia na doença. Já não sabe mais viver de outra forma, desaprende a viver sem a dor (F8).

...sofro de sofrimento, já me auto diagnostiquei (E15).

Ao traçar um breve percurso nesta ampla rede de enunciações 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 referenciar restrita ao discurso médico. Frescura, sensibilidade demais, fases da vida, vida anormal, 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 proveniência, desta racionalidade que problematiza sob a ótica do normal e do patológico as condutas e os afetos.

No fórum “Depressão é doença e tem cura!” os participantes debatem a situação da depressão enquanto doença. Em alguns relatos, ela é dissociada parcialmente da idéia de doença e é então comparada à morte dos sentimentos; a uma carga que tem que carregar, a falta de sentido, a algo que a ciência não compreende. A depressão é relatada pelos participantes ora como uma doença curável e que está relacionada ao hábito de pensar só de uma maneira, ora como uma doença incurável que um fato relevante e triste pode despertar. Parece não haver consenso sobre o caráter de doença da depressão, neste e em outros fóruns. O que parece repetir como marca deste enunciado é, sobretudo, o aspecto de erro, sua manifestação negativa, fora do normal; tendo sempre como pano de fundo a existência de um sofrimento dito insuportável. Sofrimento sobre o qual várias outras sensações se reorganizam de maneira a caracterizar uma experiência em que, o que o sujeito sente foge do que ele quer sentir, ou ainda, o que o sujeito sente foge daquilo que se acredita dever sentir enquanto sujeito.

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 da potência do sujeito, que assim deixa de viver suas melhores possibilidades. Como que se a verdade do sujeito, a sua vida devessem representar o melhor dentro dos critérios ideais, e se assim não o fosse e o insuportável se manifestasse seria porque algo danoso, doentio situado em si não o deixava alcançar toda esta potência. Desta

maneira, nota-se que os debates sobre a depressão se centram em muitos momentos no tema do melhor e do pior, e a partir desta perspectiva as discussões se encaminham para o campo da saúde (o melhor) e da doença (o pior).

No fórum “Depressão: doença ou característica pessoal?” os participantes tentam situar o lugar da depressão nos jogos de verdadeiro e falso, recorrendo a uma conjunção de lógicas atravessadas pelos discursos filosófico, religioso, médico, psicológico, psicanalítico, dentre outros. Um dos participantes desloca a depressão do campo da doença, aponta o caráter de construção de um saber que pouco sabe a este respeito, e a situa ainda como mecanismo de defesa necessário em determinados momentos. Sob esta ótica o problema estaria em acostumar-se com a idéia de ser depressivo e passar a se acreditar assim:

Sou um daqueles que não acredita que a depressão seja uma doença. Pra mim isso é propaganda dos laboratórios médicos, eles mesmos já admitiram que não sabem direito como atuam os medicamentos anti-depressivos - quem toma é praticamente uma cobaia. No meu caso (e talvez com outras pessoas), a depressão é um mecanismo de defesa, uma espécie de dormência ‘forçada’ das emoções e raciocínio - que são empurrados para o inconsciente, pois a mente não tem condições de suportar aquilo no momento (luto, stress, algum acontecimento traumático). O problema é quando nos habituamos a ficar em depressão, passamos a achar que somos assim mesmo, quando na verdade aquilo é somente um mecanismo que temos para escapar de problemas com os quais não podemos lidar no momento (F8).

Este relato faz pensar sobre a possibilidade do sujeito realizar uma análise crítica da depressão, não apenas como condição patológica, física ou mental, ou de tipo de personalidade, mas como uma produção histórica, situada, que se ergue em correlação a práticas, a interesses de sujeitos concretos, em relação a jogos de poder. Abre-se a chance de observar o sujeito em seu nome diagnóstico como efeito de forças outras, como a da indústria farmacêutica. Raros foram os depoimentos aqui encontrados em que a depressão fora posta em jogo em sua verdade subjetivante, momentos onde foram lançados diferentes feixes de luz

que pudessem mover a discussão do terreno da interioridade, da subjetividade, para o terreno político, das produções discursivas.

No fórum “Depressão é doença ou estado de espírito?” a questão levantada é saber novamente o que é a depressão, o lugar que ela ocupa, qual é o saber que lhe dá contornos. O exemplo abaixo demonstra uma tentativa de localizar a depressão neste misto de discursos que confere a ela uma suposta materialidade, em um esforço de sintetizar em uma definição única suas diversas aparições:

É doença mas... tem duas vertentes (que se podem fundir numa só): A vertente física (pessoas que fisicamente são muito susceptíveis. Aconteceu comigo: descobri que sofro de hiperatividade o que me levou a ficar ‘à mercê’ das situações) e a vertente psicológica (pessoas demasiado sensíveis ao que as rodeia e que não conseguem lidar com situações adversas). Há também, como já escreveram aqui, a vertente espiritual que é ‘extraordinariamente’ importante conhecer (F10).

Outros relatos encontrados neste mesmo fórum levam a pensar nas implicações deste trabalho de saber sobre a verdade da depressão, passagens como: “... talvez estejamos doentes... talvez seja algo próprio do nosso caráter, que seja, mas temos que atenuá-lo”; ou “Eu vejo que é um espírito adoecido... Dormente, ávido pelo despertar e, por isto, perturbado... Meu espírito está adoecido? Não creio, só machucado. Mas se eu não tratá-lo, vai adoecer...” Estas manifestações atestam, em meio a uma miscelânea de crenças e de jogos de verdade que rondam o enunciado da depressão, a importância em conhecê-la, em se deparar com sua íntima verdade depressiva a fim de tratá-la, conforme se supõe dever tratá-la. Na crença de alguns a cura dependeria da própria verdade da depressão, encontrá-la seria o caminho para conhecer-se e para vencê-la.

Outro ponto importante nesta apreensão da depressão como doença vem da observação da menção ao psiquiatra comumente seguida pela menção ao medicamento. Um bom psiquiatra é aquele que sabe bem medicar, que acerta na prescrição do medicamento: “Sim, já fui em psicólogo, psiquiatra... O psiquiatra foi muito legal comigo, me passou remédios...(E15)” Já se os medicamentos não alcançam o efeito de remissão de sintomas desejado, a escolha do psiquiatra precisa ser revista: “Tomo remédios porém estão fazendo pouco efeito, acho que

preciso mudar de psiquiatra(E15)”. Tem-se disto que o que se espera de um psiquiatra, deste movimento de busca por um clínico não é apenas a confirmação da doença, mas a prescrição de um medicamento.

Um outro ponto importante observado neste tratamento do enunciado da depressão enquanto doença é que um diagnóstico não costuma andar sozinho. É comum que um somatório de outros diagnósticos psiquiátricos se embaralhem aumentando ainda mais a possibilidade de correspondência entre sensações e sintomas, e entre comportamentos e sinais. Como exemplos, alguns relatos dos participantes do fórum “Quem já foi diagnosticado e faz tratamento?”:

Fui ‘etiquetada’ com depressão profunda e crônica, fobia social e TOC.

... fui ‘rotulada’ com Depressão grave, Transtorno do Pânico, Distúrbio do Sono...

Eu fui diagnosticada com anorexia e depressão...

Diagnóstico..por enquanto de Transtorno de personalidade emocionalmente instável Borderline, + TOC.

Fui diagnosticada com depressão moderada, fobia social leve, e transtorno obsessivo compulsivo, tudo gerado por um distúrbio de ansiedade muito forte...

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG). É o extremo do estado ansioso. A ansiedade é tanta, que dá depressão, falta de forças/ânimo.

Bom, eu faço tratamento pra depressão e ansiedade. Tive umas noites de pânico noturno, mas não comentei isso com a psiquiatra ainda.

Me trato de transtorno bipolar e síndrome do pânico a 18 anos...

Relevante também é destacar, tendo como exemplo ainda este mesmo fórum, a dificuldade atribuída ao psiquiatra na determinação

correta de um diagnóstico. Uma mesma descrição do paciente pode ser interpretada de maneira diversa por diferentes psiquiatras, conferindo correspondências diagnósticas desencontradas ao mesmo conjunto de sensações: “Só recebi o diagnóstico correto depois que mudei de médico... nossa, um dizia que era TOC, outro que era transtorno do Pânico”.

6 IDENTIFICAÇÃO – RECONHECIMENTO DE SI COMO SUJEITO DA DEPRESSÃO

Que trabalho de análise das próprias sensações é necessário adotar para que haja a possibilidade de que estas sejam lidas como sintomas de um estado psicopatológico? Para que o que se experimenta em termos de tristeza e desinteresse assuma o *status* de depressão é preciso produzir um saber sobre si mesmo que esteja em concordância com este saber do diagnóstico, um saber sobre si que credite ao médico-psiquiatra, em seu trabalho de categorização nosológica, a suposta verdade de seu ser. Em uma perspectiva foucaultiana, analisar a experiência de subjetividade moderna, que pode receber a forma de uma experiência da doença mental através do reconhecimento do sujeito na depressão, é tomá-la como experiência coletiva, histórica e produzida. É ter em vista que um poderoso discurso de verdade opera nas sutilezas do que é tido pelo sujeito como o mais próprio a si: uma subjetividade como substância, uma natureza, uma verdade situada no corpo.

Dentro de uma racionalidade biopolítica, em suas estratégias medicalizantes, emerge uma experiência de subjetividade cerceada pelos critérios de normal e patológico. Desta maneira os sujeitos se constituem a partir dos limites históricos da problematização do modo de estar no mundo perpassado pelo binarismo saúde e doença. O sujeito depressivo surge como um dos efeitos da operação distintiva entre a saúde, em sua perfeita harmonia física, mental e social¹², e a patologia, em seu vasto campo acolhedor de tudo o que se afasta em intensidade, frequência e valor da saúde ideal. O discurso patologizante da saúde, discurso de verdade legitimado socialmente, opera nos indivíduos de modo a guiá-los na leitura de suas sensações e comportamentos como sinais e sintomas que assinalam sua condição à margem da norma, portanto, patológica. Os desvios da norma da saúde apresentam-se demarcados, são identificáveis, definidos pela nosografia médica, enquanto a saúde se sustenta frágil sobre a idéia de um estado de bem-estar perfeito, impossível de ser identificado, realizado, produzido.

Tendo como norte os critérios que assinalam os comportamentos e sensações anormais definidos no DSM IV (1995), critérios há muito disseminados em uma consciência médica generalizada característica deste sistema de pensamento (FOUCAULT, 1998), indivíduo por

¹² Definição de saúde pela OMS – Organização Mundial de Saúde (1946) utilizada ainda na atualidade.

indivíduo é convidado a se reconhecer como fora da norma, como doente em referência ao padrão ideal de comportamento, de humor e de afeto. O modelo da doença mental é definido pontualmente em critérios específicos, enquanto o modelo da saúde em geral permanece longínquo, ideal, abstrato. O que se tem como fundo é a paisagem dos transtornos mentais, cada vez mais possível de ser adaptada a novas figuras de sujeitos; enquanto a saúde mental parece permanecer unívoca e sem formas certas, sem alcançabilidade concreta, fora das paisagens possíveis de acomodar figuras concretas. O sujeito da saúde, pouco concreto por ser ideal, ficção do discurso patológico da saúde a ser incorporado por meio de um trabalho individualizante e massificante, parece poder emergir apenas em um exercício de freqüente resistência, de fuga às práticas objetivantes e subjetivantes que apontam a todo o momento o que não é a saúde naquilo que se torna seu objeto: o corpo, os comportamentos, os afetos.

Tornar-se depressivo é empreender um trabalho não de encontrar a depressão em sua “interioridade”, esta verdade depressiva presente em si mesmo conforme se é levado a acreditar. Ao contrário, tornar-se depressivo é empreender um exercício de reconhecer-se depressivo nas minúcias do que se tem como o mais íntimo, as sensações; é ligá-las a uma verdade dificilmente questionável dentro de uma racionalidade biopolítica que constrói um ideal de saúde a ser seguido e que quer fazer viver. Tornar-se depressivo compreende os exercícios de interpretar-se a partir diagnóstico, justificar-se através de sua suposta condição patológica, quer orgânica, psicológica ou social, antever suas possibilidades futuras dentro do campo de projeções de tratamentos, em referência ao que é descrito enquanto prognóstico. É fazer atuar em si esta verdade capaz de dar contornos a um conjunto de sensações até então não capturado com tamanha propriedade por outro saber.

6.1 Conduzir-se na depressão

O pior de tudo acho que é exatamente as pessoas não entenderem e acharem que é “simples” sair disso tudo. Como se depressão fosse uma capa, você coloca e tira quando quer (F18).

Ao reconhecer-se depressivo o sujeito impõe-se uma série de práticas que culminam em uma forma de condução de si em que a

verdade produzida sobre a depressão se torna seu principal fator de orientação. Deste modo, esta verdade passa a ser a verdade de si mesmo. O trabalho de identificação a que o sujeito se dedica tem como norte o conhecimento e as práticas que tematizam a depressão. Toda esta elaboração sobre o que seja a depressão e o depressivo atua de maneira direta na percepção do sujeito sobre si mesmo. Uma vez reconhecendo suas sensações como atributos da depressão, o que lhe sobra parece ser a aceitação da doença e a busca de um conhecimento de si através dela. Assim, o sujeito julga que poderá saber sobre si ao saber sobre a origem, o curso e o prognóstico da depressão. Escolhas éticas passam a se basear no saber da depressão e em sua verdade depressiva.

Aceitar que a tristeza, o desconforto, a angústia, o desinteresse, as dificuldades que o assolam se devem a uma doença leva este sujeito a acreditar que apenas o mergulho em seu próprio transtorno poderá colocá-lo no caminho adequado para a cura: “(...) com a aceitação (aceitação não é acomodação), você começa a enxergar a doença por outro prisma e sai dela, pode ter certeza disto (F6)”. No entanto, o que parece acontecer como resultado desta aceitação é a aproximação maior com o que seria a depressão em seu conjunto de sintomas, e uma dificuldade ainda maior em se perceber novamente longe desta perspectiva da doença: “Tenho depressão e ponto, por isto procuro toda ajuda possível (F25)”. Como consequência desta colagem do nome da depressão ao seu próprio nome, o sujeito assujeitado a este saber não pode mais se desvincular facilmente da crença de que se é depressivo; mesmo estando longe dos sintomas, estes permanecem como partes de si, à espera de um descuido para novamente aparecer: “Faço tratamento com medicamentos e terapia desde 2000, estou estabilizada tem 10 meses, porém tenho recaídas (com menor intensidade) (E3)”.

Em determinado momento de reconhecimento na verdade da doença o sujeito já não se vê separado dela, tudo em si passa a ser característica da depressão, particularidades de um depressivo. Neste momento, a depressão e o sujeito se misturam: “(...) considero a ‘minha’ Depressão como parte da minha vida, e busco viver bem para comigo e os que convivo, de todas as formas, com Depressão e tudo, fazer o quê? (E21)”. Em poucos momentos vê-se nestes fóruns e enquetes uma reflexão crítica que ponha em xeque o poder de verdade deste discurso. Todavia, algumas manifestações de desacordo ou de desconfiança quanto à sua verdade condizer com a verdade da depressão lançam nos diálogos a possibilidade de rever a sua posição no discurso e a sua forma de conduta: “Às vezes acho que me faço de depressivo, porém às vezes tenho ataques (...), não sei ainda, sou muito confuso (E12)”.

Tornar-se depressivo implica neste trabalho de se lapidar, dizer-se, julgar-se, divulgar-se, conduzir-se em referência à depressão. Neste sentido, pode-se falar em um conjunto de atribuições que criam um modo de vida específico, condizente com o que se espera para um sujeito em depressão. Esta forma de vida procura atender ao que é identificado como sendo a realidade para o depressivo, que se iguala aos demais que também se relacionam ao nome da depressão, formando assim um grupo de iguais. Cria-se um trabalho de identificação coletivo em correspondência a este saber e que é repetido de maneira comum em seus predicados:

(...) no geral somos carentes, tristes, enfadonhos, complexados e difíceis. Alguns se fecham e se isolam outros, no entanto, tentam como forma de socorro mostrar a todo custo para o mundo que está na pior (F22).

Pessoa que está com depressão não se alimenta bem, não está aí pra mais nada, não se sente bem em viver, pensa em se matar (F25).

(...) não tenho vontade de me arrumar ou cuidar dos meus filhos. Isso é depressão, falta de interesse em coisas que você sabe que ama... (F25).

Estes sujeitos atravessados pelo enunciado da depressão julgam, portanto, existir uma suposta especificidade que os caracterizam como depressivos, e que assim os generalizam. Algo que os fazem iguais, apesar das tantas variáveis que os diferem em tantos aspectos da vida. Muitos relatos levam a crer que estes sujeitos se repetem, são representações de um mesmo e com isto respondem da mesma maneira como qualquer outro depressivo supostamente responderia. Cria-se então um perfil do depressivo, sua verdade e uma forma padronizada de condução: “Como me disseram uma vez: você tem depressão? Uma mãe ‘casada’ não tem depressão! (F15)”.

Dentre as características que atuam na construção de uma identidade depressiva, algumas se fazem constantes como os sentimentos de insatisfação, raiva e desinteresse em relação a si e à vida: “Além de pena de mim mesma, sinto raiva... Raiva por ser quem eu sou, não sou satisfeita com a minha pessoa, tanto físico quanto a minha essência... (F30)”; “Pois é, minha vida é sobreviver, é fazer o básico

(comer, dormir) (F3)”. As práticas de auto-depreciação e lamentação dão contornos a este suposto sujeito, levando a crer-se vítima de si mesmo, das circunstâncias e da depressão. Quem não tem do que se lamentar pode não corresponder de maneira adequada ao que seria o depressivo:

Eu sou um lixo (F18).

...só me sinto bem dentro do meu mundinho, onde não vejo os olhares de pena (F18).

Eu me sinto vítima de mim mesmo, sabe? Por mais que depressão seja uma doença... fica parecendo que eu trabalho contra mim..(F3).

Eles não gostam de mim. Seriam felizes de verdade sem mim em suas vidas. E ninguém tem culpa disso, porque nem eu gosto de mim (F18).

Alguns relatos presentes no fórum “Manual de convivência com o depressivo” parecem demonstrar que em determinadas ocasiões aceitar sua condição conforme uma doença traz como efeito a não responsabilização pelo governo de si: “Eu não sou assim porque quero. Eu não sinto isso porque quero. Eu nem vivo porque quero (...). Eu só queria que eles soubessem que eu não faço isso porque quero (F18)”. De outra maneira, tornar-se depressivo pode vir acompanhado da crença quanto à necessidade de esconder este seu estado, com vistas a se proteger das críticas e dos olhares de condenação. Na enquete intitulada “Você demonstra sua ‘depre’?” os participantes descrevem o seu posicionamento adotado, além de algumas razões pelas quais julgam dever esconder ou assumir o suposto estado depressivo:

Temos que entender que nem todas as pessoas vão entender o nosso estágio, então vamos nos poupar de críticas e de sentimentos desnecessários... (F16).

Faço de tudo para não transparecer, pois muita gente é ignorante e não entende que isso é uma doença ... (E11).

A depressão em mim está visível, então
qualquer um saca na hora... (E11).

Talvez seja justamente isso (não
demonstrar a sua depressão) que agrave nossa
situação, deveríamos pôr para fora para o mundo
saber, mas infelizmente temos que calar pela
sociedade, emprego, etc, essa é a verdade (E11).

De todas as características citadas nos fóruns e enquetes e que atuam neste trabalho de construção de um dada conduta depressiva, uma delas se destaca, o sofrimento. O sofrimento aparece como marca constante do depressivo, a mais característica. Não se trata assim de um sofrimento ordinário, possível a qualquer um, mas de um sofrimento patológico, fora da ordem, da norma, incapacitante e degradante. Tornar-se depressivo diz respeito à relação com uma verdade que diferencia um tipo de sofrimento característico ao depressivo. Uma forma de sofrimento diferenciada do que seria a convencional maneira de se sofrer. Este sofrimento pode ser compreendido como algo a ser vivenciado como punição ou para o desenvolvimento pessoal. O movimento seria o de viver sua depressão de modo a ultrapassá-la: “Desde criança eu aceito isso como se fosse uma espécie de ‘karma’ e eu precisasse de sofrimento para algo que eu não sei até hoje explicar (F30)”; “Eu não gosto de sofrer, longe disso, mas é como se eu estivesse pagando por algo, ou como se fosse preciso por algum motivo (F30)”. Também pode ser compreendida como algo insuportável e que por isto a rendição aos remédios, à terapia ou à morte seriam os únicos caminhos. Aos supostos normais caberia, ao contrário, uma maneira de sofrer mais branda e, portanto, analisada como saudável.

A referência ao sofrimento na depressão está por muitas vezes acompanhada da dor como seu sinônimo. No entanto, a dor depressiva reveste-se de uma conotação imaterial, já que, em se tratando de doença psíquica, não pode ser visível, palpável, localizada. Talvez por esta razão não seja difícil diagnosticar alguém como depressivo, uma vez que a avaliação necessária para que isto ocorra fica a critério dos olhos que nada têm em vista, a não ser a recorrência a um discurso que imagina situar no corpo, no conjunto traduzido como sintomas, uma discrepância entre aquilo que seria o saudável e o transtorno. Todavia, mesmo que isto a que chamam de depressão não apresente uma materialidade, uma localização evidenciada no corpo, as disciplinas médicas em suas especialidades, psiquiátrica e neurológica, ocupam-se

de lançar inúmeras hipóteses que venham a conferir substância ao que se encontra até então invisível. O sofrimento torna-se assim dor, patologia de origem orgânica:

A pessoa com depressão não pode fazer um mapeamento cerebral ou ‘medir’ o funcionamento dos neurotransmissores para provar sua doença, pois ainda não existe tecnologia para isto, portanto, a saída desesperada do depressivo é ‘tentar que alguém o escute e que acredite na veracidade de suas palavras’ (...) os depressivos buscam pessoas que acreditem em sua doença invisível (F6).

De acordo com alguns relatos parece restar à maioria dos depressivos como evidência da existência de sua doença apenas palavras. No amparo destas está o poder de verdade da palavra do médico, prova de realidade consolidando-se como a única atual garantia de que este sofrimento invisível trata-se realmente de uma dor depressiva. Este sofrimento específico se torna observável aos olhos dos demais apenas a partir das práticas adotadas por este sujeito, do jeito como ele se analisa como sujeito, do modo como se orienta, no cuidado que tem consigo mesmo. É por meio das práticas, e, sobretudo, do discurso através do qual o sujeito remete a si mesmo que ele é dado a se conhecer e ser conhecido como depressivo: “... eu costumo dizer que esta doença é cruel porque aparentemente, fisicamente a pessoa não costuma apresentar o que sente. Mas mentalmente...(F18)”. É por meio da enunciação de sua verdade como depressiva que se concretiza esta condição: “... depressão não sei bem como explicar, é como se fosse uma dor na alma que não visivelmente precisa transparecer ... (F15)”. A depressão, mesmo em sua invisibilidade torna-se concreta para si mesmo e para os outros a partir da ocupação da função de sujeito deste discurso.

Por fim, outro importante aspecto nesta forma de se conduzir e que se repercute de maneira massiva nos fóruns e enquetes é a referência à falta para si de algo indeterminado. Não conseguir precisar o que lhe acomete, o por quê de tal acometimento, ou uma cura para estas sensações de angústia e de tristeza faz com que qualquer sentimento considerado desagradável possa ser incluído à depressão. Esta falta atribuída ao depressivo pode então ser interpretada sob inúmeros ângulos, por não possuir objeto. Assim o depressivo se percebe como possuidor de uma falta indeterminada e constituinte de si. Trata-se,

portanto, de uma falta impossível de ser sanada, justamente pela inexistência de objeto. Ao que não se encontra objeto, justificativa ou nome, relaciona-se então à depressão:

Às vezes eu me sinto angustiada sem saber porquê, eu olho pra dentro de mim, parece eu falta algo, não sei o que...(F17).

Mesmo tendo na medida do possível tudo, sempre falta alguma coisa!! E é essa alguma coisa que falta e não sei o quê que me faz ficar down (F25)!

Às vezes eu fico mais mal ainda por não saber o motivo deste sentimento (F25)!

Começo a chorar e sinto uma dor muito grande, uma falta de algo que nunca tive, mas que parece que todos têm, menos eu (F2).

6.2 Comunidade – o lugar do mesmo

Se você às vezes se sente sozinho, triste e abandonado, um incompreendido, acha que o mundo é uma porcaria e que você não faria falta a ninguém; sente falta de ar, suor e tontura, infelizmente você talvez esteja com depressão. Mas não se preocupe, você não está sozinho (C55).

Ao percorrer todas as definições analisadas por aqueles que se reconhecem depressivos como o conjunto característico desta forma de subjetividade, cabe indagar sobre: “Que modo de sociabilidade poderia então ser possível a estes depressivos, uma vez que se julgam, em sua maioria, inaptos socialmente?”. Para muitos depressivos esta forma possível de sociabilidade pode ser encontrada de maneira virtual nas comunidades do Orkut ou em outros sites de relacionamentos. Por se tratar de espaços onde a distância física e o anonimato são preservados as comunidades virtuais possibilitam ao sujeito conduzir-se de maneira mais aproximada daquilo que consideram como o modo de vida depressivo, sem que isto se transforme em um grande problema. Ainda que participem dos fóruns e dos grupos por meio da escrita de si, a esta

forma de inserção social é creditada a possibilidade de que o sujeito esteja resguardado das complicações comuns ao contato diário e presencial com as outras pessoas: “Eu sentiria vergonha se alguém próximo de mim lesse o que escrevo aqui, são coisas que não conto a ninguém... (E10)”. Desta maneira, inúmeras pessoas podem compartilhar de suas aflições, medos, angústias, conquistas e frustrações em relação à depressão sem sofrerem grandes conseqüências desta forma de exposição de si.

As comunidades se abrem aos iguais, aos que compadecem dos mesmos problemas, aos que vivenciam as mesmas adversidades. Portanto, o sentimento de familiaridade, a tentativa de um entendimento mútuo e uma espécie de cumplicidade parece basear esta forma de relação. Estes espaços se fazem propícios para o fortalecimento de uma forma de identificação com o que seria o sujeito depressivo em suas características e formas de conduta:

Adoro estar aqui, com pessoas que não usam máscaras ... assumem os seus problemas assim como eu... (F11).

Sinto como todo o depressivo que encontrei aqui... (F18).

Achamos um mundo onde somos menos exigidos (F36).

Agradeço a Deus pela vida de cada um aqui nessa comunidade, pois só quem vive o problema sabe onde dói (F18).

...achei a comunidade perfeita, onde embora ninguém me conheça posso desabafar (F18).

A comunidade parece se apresentar inúmeras vezes como um espelho onde o sujeito procura reconhecer-se através do que é exposto pelo outro: “(...) eu bem sei o que vocês todos aqui sentem e resolvi entrar nessa comunidade para unirmos forças e sairmos dessa...(F25)”; “A gente sofria sozinha, e achávamos que éramos as únicas, saber que não estamos sós é muito bom (F31).” Este trabalho conjunto de produção de verdade e de uma forma de condução comum para o sujeito em depressão se estabelece por meio da relação com os outros

depressivos, além da orientação de si de acordo com o saber da depressão. Nestas comunidades práticas de si referentes à depressão são tornadas comuns. Todo um trabalho de relação consigo ancorado sobre a verdade depressiva é posto em destaque, visando com isto encontrar correspondência junto aos demais. Ainda neste contexto da comunidade pode acontecer do sujeito se reconhecer pela primeira vez no que seria a doença, tomando a depressão para si e adotando como consequência um cuidado de si patologizado: “... depressiva desde que me conheço por gente (mas só me dei conta de que era doença aqui) (F14)”.

Demonstrações quanto à importância das comunidades de depressão e sobre o que elas representam para os sujeitos participantes podem ser observadas na enquete “Esta comunidade te ajuda?”. Para algumas pessoas estas comunidades adquirem importância por ser tratar de um lugar ideal para o desabafo e para a procura de apoio. Para outros indivíduos a comunidade pode piorar a situação do depressivo justamente devido a este contato com outros doentes, muitas vezes em pior estado que o seu: “Muitas pessoas parecem não querer melhorar, às vezes sinto uma competição pra ver quem está pior...” As comunidades também são consideradas como locais de aquisição de informações sobre a doença e de autoconhecimento, e ainda como propícias à ocorrência de distração daquilo que os atormentam: “Eu me divirto com as asneiras que alguns postam”. Aparecem também como ambiente similar ao encontrado no cotidiano, sem a proteção ou a familiaridade atribuída por alguns: “Aqui tem tanta gente incompreensiva como lá na rua”.

Estas comunidades se destacam pela diversidade de seus participantes no que diz respeito a gênero, idade e ocupação, dentre outros aspectos, e também pela variedade dos assuntos tratados nos seus fóruns e enquetes. Pode-se observar a popularidade de algumas destas comunidades através do número de seus participantes: “Depressão (17.895 membros)”, “Depressão (9.599 membros)”, “Depressão e Bipolaridade (4.211 membros)”. Como exemplo, a comunidade “Depressão”, com seus 17.895 membros, foi criada em 2004 e apresenta em sua descrição notícias e endereços de sites e revistas científicas a respeito da depressão. Sua proposta é descrita como a de oferecer conhecimento sobre o assunto, informando e conseqüentemente formando depressivos: “Ansieto: o buscador oficial da comunidade. Encontre artigos científicos e matérias jornalísticas”.

A referência à depressão aparece também representada nestas comunidades de maneira diferente do previsto, distante de uma preocupação com o seu contexto diagnóstico ou com sua manifestação

conforme sofrimento psíquico: “Depressão se cura com cerveja (156 membros)”, “Quem tem depressão é asfalto! (56 membros)” e “Depressão alternativa (15.441 membros)”. Nestas comunidades a depressão é descrita pelos seus criadores de maneira bem humorada, convidando os participantes para que vivam a depressão de forma descontraída. Podem ser analisadas como um convite à resistência, apelando para a valorização do sentimento de felicidade, a fim de desvencilhar-se do nome da depressão e do seu modo de vida característico. Todavia o imperativo da felicidade, os ideais de bem-estar, de adaptação social, de produtividade ainda imperam, ligando sujeito à norma da saúde:

Acha que eu vou ficar na fossa, chorando, lamentando, triste, pensando em milhões de frustrações e decepções? Prefiro curtir a deprestando, saindo, curtindo e aproveitando muito (C15).

Se existe a tal da depressão? Pára tudo e vai encher a cara que cura (C27).

Hoje em dia está muito em moda se falar em depressão e outras doenças nervosas e psíquicas... Esta é uma COMUNIDADE para os jovens se expressarem e dizerem “Não” à depressão. O melhor caminho para a não depressão é estar sempre alegre e feliz, por maiores que sejam seus problemas. Ou seja “Quem tem depressão é asfalto (C48)”.

Outras comunidades se destacam pelo nome convidativo ao debate ou pela forma diferenciada de tratar o tema da depressão: “Como lidar com um deprimido (2.711 membros)”, “Depressão, a Doença da Alma (1.060 membros)”, “Eu tenho depressão passageira (8.166 membros)”, “Orkut no combate à depressão (445 membros)”. Como exemplo, a comunidade “Eu tenho depressão passageira” traz em sua descrição a idéia de uma forma de depressão que pode estar descolada do sujeito, o que diferencia do tratamento comum dado à depressão em muitas outras comunidades como sendo algo inerente e permanente ao sujeito depressivo.

Há ainda comunidades de conteúdo religioso que divulgam a busca pela cura da depressão por meio da fé e da entrega a práticas

religiosas: “Depressão... Doença do Capeta... (96 membros)”, “Depressão, Deus e a cura da Depressão (357 membros)”, “Só Jesus cura a depressão (525 membros)”, “Vencendo a Depressão com Jesus (138 membros)”. Na comunidade “Só Jesus cura a depressão” seu criador inicia a sua descrição com as seguintes palavras: “Só Jesus pode preencher o vazio que muitas pessoas sentem, só ele cura qualquer tipo de depressão! (...) Só Jesus pode fazer uma pessoa realmente feliz!”. O convite é para que o sujeito que se julga em depressão se entregue à crença em Jesus para que com isto possa encontrar a felicidade. Em outra comunidade “Depressão tem cura (53 membros)” o seu criador associa diretamente a cura à conversão à fé cristã, e o remédio necessário ao poder da oração: “O remédio se chama ‘converter-se verdadeiramente a Jesus como único e suficiente senhor de sua vida e salvador de sua alma’ mais ‘o eficaz poder da oração com fé’! A cura é imediata!”. Nesta comunidade fica clara a crença de que o governo de si deve ser renunciado para que um novo senhor e uma nova verdade assumam este governo, e então haja a salvação da alma adoecida pela depressão.

Em alguns depoimentos deixa-se transparecer que a depressão, numa visão cristã, é também analisada como doença infligida ao sujeito por motivação divina, como forma de punição de seus pecados. Aparece assim como estigma no imaginário coletivo, como a lepra e a loucura outrora apareceu, como uma marca de Deus aos que caminham errado. Na descrição da comunidade “Depressão... Doença do capeta...” pode-se observar este possível lugar ocupado pela depressão na atualidade: “... Essa doença é do capeta.... Eu luto contra o poder do Demônio... Temos que dar espaço para Deus agir em nossas vidas...”

Dentre as funções conferidas às comunidades relacionadas à depressão pelos seus participantes o aconselhamento aparece ao lado do desabafo e da busca por informações como uma das atividades centrais nos fóruns e enquetes. Como se é levado a crer, todos que ali estão sofrem de um mesmo tipo de acometimento, desta maneira, busca-se entre os iguais palavras de conforto ou dicas para a superação do seu estado depressivo. Nos relatos daqueles que vivenciam o mesmo problema pode estar o alívio ou solução para o seu sofrimento. No fórum “Por favor minha filha de catorze anos é depressiva” pode-se observar este movimento dos participantes de tentar administrar alguma tipo de ajuda, partindo para tanto de sua própria experiência ou daquilo que foi aprendido em livros, na internet ou pela observação. No caso que se segue, uma mãe solicita auxílio na condução de sua filha diagnosticada como depressiva e que, embora esteja em grande

sofrimento psíquico, não deseja iniciar o tratamento psicológico. Estas passagens reforçam ainda a crença em uma forma supostamente adequada de se portar diante das particularidades apresentadas por uma pessoa acometida pela depressão:

Uma coisa que você pode fazer é ouvir,
sem dar muitos conselhos... (F26)

Não a obrigue, não a force a ir ao psicólogo, depressivos já sofrem demais, sobre pressão, então a dor se torna indescritível. Tente agradá-la, ser amiga, compreensiva... Evite qualquer tipo de cobrança (...). Tente sempre fazer coisas carinhosas, pois depressivos se sentem mal-amados, rejeitados, carentes (F26).

Converse com ela, mas sem impor nada...
Que tal mostrar algumas reportagens na net sobre a depressão? Falar sobre a psicologia, que muitos adolescentes têm depressão também, que existe o outro lado, pessoas que conseguem melhorar... (F26)

Não deixe de forma alguma ela se sentir só (F26).

Como se pode observar, uma série de práticas são produzidas e reproduzidas neste contato com as comunidades, e que passam a fazer parte não apenas dos dias do sujeito reconhecido como depressivo, mas põe também em referência a este mesmo discurso os que estão ao seu redor. Assim, as comunidades operam reformulando as práticas de si dos supostos depressivos e também daqueles que não o são, mas que deles estão próximos. Na virtualidade destas comunidades um trabalho sobre si mesmo em referência à depressão se ergue, construindo em correlato sujeitos e formas de vida em constante relação com este mundo, analisado por muitos como paralelo. Em muitos momentos é apenas neste contexto que o sujeito pode vir a aparecer como depressivo.

As comunidades operam ainda por meio de imagens, representações dos discursos que as orientam, e não apenas por meio do que está disposto sob a forma de relatos nos fóruns e enquetes. Utilizam-se assim de fotos e gravuras escolhidas como representativas da

depressão. Estas imagens descrevem o que se tem como verdade para a depressão e apontam para demais enunciados que se encontram em relação. Estas imagens buscam informar algo do sujeito e do grupo interessados pela depressão. Assim como os textos de descrição das comunidades presentes em suas aberturas elas funcionam também como convite ao reconhecimento como membro. Algumas destas imagens são trazidas abaixo e podem por si só remeter ao enunciado da depressão, uma vez que representam características descritas como presentes na condição depressiva: tristeza, desinteresse, isolamento, desespero, angústia, medo:



Comunidade Depressão eu já tive!



Comunidade Timidez e Depressão



Comunidade Depressão Maior



Comunidade Eu me recuperei da depressão



Comunidade Depressão



Comunidade Vencendo a Depressão com Jesus



Comunidade Depressão e os males do século



Fórum não consigo ser feliz



Comunidade Quero sair da depressão



Comunidade Eu tenho depressão



Comunidade Depressão, solidão e psicose



Comunidade Depressivo não se escolhe ser



Comunidade Ajude quem tem depressão



Comunidade Eu tenho depressão



Comunidade Eu tenho depressão passageira



Comunidade Porque eu tenho depressão



Comunidade Eu tenho e já tive depressão



Comunidade Deus é a cura da depressão



Comunidade Tristeza ou depressão?



Comunidade Solidão, Depressão e Melancolia



Comunidade Depressão Doença do Capeta



Comunidade Depressão, Distímia e Ajuda



Comunidade Orkut no combate à depressão



Comunidade Não sabem o que é depressão



Comunidade Ninguém entende os depressivos



Comunidade Como lidar com um depressivo



Comunidade Traumas e Depressão



Comunidade Sentimentos de uma depressão



Comunidade Também tenho depressão



Comunidade Só Jesus cura a depressão

6.3 O verdadeiro depressivo

Depressão não é uma moda né, para ficar falando, ‘Eu sou depressivo de verdade e você não’ (F15).

Essa história de ‘true depressive’ sempre dá o que falar... (F15).

As comunidades virtuais funcionam como lugares para o encontro com o “mesmo”, espaço de identificação e de produção de subjetividade. Operam assim como local de compartilhamento e de construção de um trabalho ético comum. Porém, nem tudo neste encontro entre participantes supostamente depressivos caminha seguramente para a confirmação de uma condição mesma e familiar. A veracidade do estado depressivo daqueles que ali se encontram é posta sob suspeita em determinados fóruns e enquetes. Nestes fóruns a possibilidade de falsear a depressão é analisada pelos participantes, cabendo indagar conjuntamente sobre as condições que realmente refletem um estado depressivo. Um destes fóruns “Falsos depressivos” é iniciado pela seguinte postagem:

Sei que muitos aqui são depressivos convictos, outros são obrigados a ser, por motivos alheios a sua vontade e alguns por preferir o isolamento mesmo. Mas o que dizer daqueles que reclamam de estar sofrendo sendo que na verdade vivem em perfeita harmonia social e etc... e se passam por nós tentando sugar o que nos resta de bom, como se pudéssemos estar desperdiçando com quem provavelmente ri de nossos problemas (F15).

Algumas considerações podem ser feitas a partir desta passagem. Uma delas se liga ao fato da frase de abertura permitir a impressão de que a depressão pode ser desmembrada em subtipos de acordo com as diferentes possibilidades de reconhecimento do sujeito neste enunciado. Existiria assim o depressivo convicto, o depressivo obrigado e o depressivo por escolha. Todavia, o que parece não ser tolerável neste território de identificação seria o falso depressivo, aquele que se passa por depressivo sem acreditar sê-lo. Outra consideração importante que concerne a esta passagem é a compreensão de que a comunidade seria este lugar de igualdade em uma verdade depressiva, embora as formas

da depressão possam ser variadas. Esta igualdade reside no fato do sofrimento experimentado ser interpretado como causador de um grave prejuízo social. Aquele que não sofrer nesta medida deve permanecer de fora do círculo da depressão. Desta forma, a avaliação de um estado depressivo traz a intensidade do sofrimento como condição para a verdadeira depressão, construindo a partir disto o que seria a verdadeira identidade depressiva.

Nota-se ainda que a alusão à falsificação de um estado depressivo não faz referência à correspondência ou não entre sensações e sintomas, ou entre comportamentos e sinais analisados sob uma perspectiva de diagnóstico, mas convida os próprios membros depressivos como iguais a avaliarem uns aos outros, tendo como critério a medida da intensidade dos prejuízos acarretados pelo sofrer depressivo. Pode-se subentender ainda, a partir desta enunciação, que o falso depressivo desrespeitaria os demais membros, verdadeiramente depressivos, ao violar o pacto de sofrimento, uma das principais regras de pertencimento à comunidade. Por outro lado, não é possível supor o que levaria à crença da ocupação dos falsos depressivos em rir e sugar o que resta de melhor nos verdadeiros depressivos. Todavia, alguns relatos encontrados no decorrer desta pesquisa expõem a existência de uma diferença entre depressivos e não depressivos, diferença marcada pela crença na incompreensão entre estes dois mundos: “Por eu ser assim eu enxergo o mundo de outra forma, forma que os ignorantes que só sabem criticar a gente não vê... A verdadeira forma do mundo... (F1).”

Dentre as respostas postadas pelos participantes nesta discussão a seguinte passagem interpreta o convite à avaliação dos comportamentos e sensações analisados como falsamente depressivos como um erro de medida, uma vez que se analisa o sofrimento alheio tendo como parâmetro o próprio sofrimento: “eu acho que quem criou o tópico analisa os falsos depressivos levando em consideração o próprio sofrimento, maximizando-o, e minimizando o dos outros.... (F15).” Demais postagens põem em evidência a inadequação em se reproduzir um ambiente de julgamento dentro da comunidade, local de pertencimento e não de segregação, desrespeitando com isto a diversidade e autenticidade das formas do sofrer depressivo:

Acho que não cabe a nós julgar quem tem ou não tem depressão. Um dos grandes avanços da medicina em relação à depressão foi ampliar o diagnóstico (F15).

(...) Mas não cabe a nós daqui da comunidade ficar apontando que fulano é ou não depressivo. Até porque, não existe só um nível de depressão. Se começar com esta radicalização, não tem mais depressivo nenhum postando aqui... (F15).

(...) Não está escrito na testa de ninguém quem tem ou não depressão..., cuidado vc pode ser preso por falso testemunho ou melhor dizendo falso ‘depressivo’... (F15).

Há de se observar no direcionamento tomado por esta discussão demonstrações de um trabalho constante assumido pelos participantes na tentativa de entender a depressão e o seu estado depressivo em relação à experiência dos demais. Pode-se observar também a crença de que o saber da depressão só pode ser realmente compreendido por aqueles que a experimenta, o que leva a uma diferenciação tida como natural entre depressivos e não depressivos: “Só quem tem sabe como é difícil e o quanto dói ter depressão! (F1)”. Mesmo aos médicos, aptos para a realização do diagnóstico, escapa a totalidade deste saber concreto da depressão. O saber técnico dos médicos não compreende o saber real do sofrimento do depressivo. Estes detêm apenas o conhecimento da doença, mas não a verdade da depressão. As seguintes postagens exemplificam esta posição:

Quem tem o poder de julgar quem tem depressão ou não? Talvez um médico... e olhe lá (F15).

Se nem médicos e nem ninguém sabe quem realmente sofre desse mal, quem somos nós para dizer que não? (F15).

Mas feliz da ignorância dessas pessoas que não conhecem essa doença... nem mesmo os médicos têm idéia do que sente uma pessoa depressiva, apenas sabem identificar os sintomas e indicar o melhor tratamento. Bom para eles! (F1).

Outra observação relevante nesta demarcação de uma verdadeira condição depressiva está no fato de que a farsa na depressão parece apresentar-se como um risco à credibilidade alcançada socialmente por

meio da doença. Representa, portanto, uma ameaça à seriedade conquistada pelos depressivos em seu tratamento. Sendo assim, é preciso estar atento àqueles que se autorizam a usar a denominação de depressivo, sem que assim o sejam. Faz-se necessário também discriminar os contornos da doença de seus equívocos para resguardar o nome da depressão e o estatuto do depressivo. Para tanto, a informação parece ser o caminho correto para evitar tais falhas, consequência da ignorância e da incompreensão sobre a doença. A este respeito tem-se que:

O termo depressão está banalizado; como disseram, é moda dizer que está ‘deprê’. Por pura ignorância as pessoas acham que o ‘estar triste’ é o mesmo que estar com depressão (F15).

A questão não é de ‘ser depressivo ser uma honra’, e sim a distorção que as pessoas cometem por desconhecimento; por exemplo, pelo fato das pessoas acharem que depressão é só uma tristeza qualquer acabam por tratar um depressivo de uma maneira para ele terrível (F15).

A depressão não é exatamente banalizada, porque ela é sequer compreendida. As pessoas não sabem o que é a depressão, confundem com uma vaga tristeza ou dizem que é frescura (F15).

De maneira geral, o problema colocado por este fórum parece ser o do contraste entre a verdade da depressão e a verdade do sujeito. A verdade do sujeito deve estar em correspondência com a verdade creditada à depressão. Cria-se com isto a ilusão de que a verdade da depressão se encontra residindo no sujeito, sendo então descoberta, denunciada através dos sintomas. Encobre-se com esta apreensão do fenômeno todo o conjunto de práticas de si que atuam na operacionalização deste saber, propiciando por este meio a emergência de uma experiência de subjetividade.

Nesta mesma comunidade, em uma enquête intitulada “Acha mesmo que mais de 17 mil sofrem igual a vc?”, a discussão se orienta em torno da mesma temática do verdadeiro depressivo. Em resposta à pergunta que faz menção à possibilidade do número total de participantes da comunidade naquele momento, 17 mil, se compor de

depressivos, enunciações se seguem justificando ou pondo à prova esta possibilidade. Uma das manifestações presentes neste contexto de discussão apresenta a idéia de que a depressão é uma consequência quase inevitável à conformação que o mundo apresenta hoje: “Acho até pouco... no mundo de hoje, metade da população deveria ser... isso é, supondo que metade seja boa... porque pra se sentir feliz nessa merda, só sendo gente ruim (E2)”. A reprodução da idéia de que a depressão corresponde à resposta dos bons a um mundo ruim aparece em vários outros momentos nos relatos dos participantes. Vê-se aqui emparelhar o bom à depressão, uma vez que esta se trataria da resposta dada por pessoas boas em um contexto mau.

Em outra postagem a ocorrência da depressão em 17 mil participantes da comunidade é avaliada como possível e julgada ainda como uma parcela pequena diante do grande número de pessoas consideradas como sem coragem de procurar ajuda e de repartir seus anseios. Neste ponto de vista, uma vez que o stress e as mágoas conduzem à depressão, torna-se bem provável que ela possa assumir números tão elevados: “Não só possível como creio que muito mais... vejam só... esses aqui somos nós que de alguma forma tivemos coragem de procurar ajuda ou no mínimo repartir nossos anseios com pessoas que sofrem do mesmo mal (E2)”. Por outro lado, alguns relatos advertem sobre a impossibilidade de que todos da comunidade sejam depressivos, por isto muitos estariam ali por motivos pequenos como uma discussão entre amigos, ou então para chamar a atenção pelo fato de fazer parte de uma comunidade de depressivos. Há também a menção à possibilidade de estar na comunidade por acreditar estar na moda dizer-se depressivo: “Acho que muita gente vê um certo charme em dizer que tem depressão, ou quer chamar a atenção, etc (E2)”.

Nestas comunidades é possível encontrar em seus fóruns virtuais, os próprios instrumentos considerados válidos, científica e socialmente, na medição do seu grau de depressão. Cria-se através destes recursos uma ocasião para que a verdade da depressão possa ser comprovada ou reatualizada por cada participante diante dos demais. O fórum “Teste para ter uma noção do seu grau” serve como exemplo ao disponibilizar aos participantes o teste “Questionário de Goldberg (Goldberg Depression Inventory)” a fim de que cada participante possa calcular o nível de sua depressão. Acredita-se que através da realização do teste sua depressão possa receber uma medida certa, e o participante possa então conhecer-se de maneira devida dentro da escala da depressão. Saber de sua depressão através de medidas que supõem corretas incorre em conhecer-se e cuidar-se a partir dos parâmetros deste saber.

Este questionário apresenta 18 perguntas que avaliam, ao final de uma contagem eletrônica, a condição do sujeito dentro das seguintes possibilidades: “não parece haver depressão”, “possível depressão suave”, “linha limite da depressão”, “depressão suave – moderado”, “depressão moderado – severo” e “severamente deprimido”. Nas instruções de uso do teste há uma advertência quanto à sua utilização na forma de avaliação diagnóstica, uma vez que ele deve ser empregado apenas como uma ferramenta no controle das mudanças e progressos no tratamento da depressão. Ao final do teste, um texto sobre seu estado mental, dentro das possibilidades apresentadas acima, orienta pela busca por um médico. Acreditar na medida de seu estado de humor disposta em escalas implica em escolher os devidos cuidados a serem tomados na busca da melhora ou da cura.

Muitos dos participantes deste fórum se manifestaram dispostos à realização do teste notificando publicamente o resultado da medida de sua depressão em números ou em graus. Cabe destacar que em uma realização hipotética do teste, ao escolher em todas as perguntas a resposta “moderadamente”, o total de pontos somados, 54, leva ao resultado “severamente deprimido”. O que é curioso destacar em relação à historicidade das práticas é o fato de que a moderação, tão almejada na ética grega (Foucault, 1984/2007) não implicaria em garantias de saúde adequada na atualidade.¹³

Pode-se notar com a realização do teste e com a publicação de seus resultados uma tentativa de validar o seu grau de acometimento pela depressão junto aos demais membros da comunidade, assegurando desta maneira sua condição depressiva coletivamente: “Nossa... o meu deu 64! Parece ser sério”. Nota-se também com a administração do teste de maneira pública a oportunidade de buscar por ajuda na superação do estado depressivo: “Gente, 80. Não é de chorar? E eu estou medicada (muito), com acompanhamento médico e psicológico. O q eu faço?”; além da tentativa de compartilhar os progressos no tratamento da

¹³ As perguntas do questionário são as seguintes: “Eu faço as coisas lentamente?”, “Meu futuro parece sem esperanças?”, “É difícil para mim concentrar-me na leitura?”, “O prazer e a alegria tem ido embora de minha vida?”, “Eu tenho dificuldades para tomar decisões?”, “Eu tenho perdido interesse em aspectos da vida que eram importantes para mim?”, “Eu me sinto triste e infeliz?”, “Eu sou agitado e fico dando voltas?”, “Eu me sinto fatigado?”, “Me custa muito fazer coisas simples?”, “Eu me sinto uma pessoa culpável que merece ser punida?”, “Eu me sinto um fracasso?”, “Eu me sinto sem vida, mais morto que vivo?”, “Meu sono tem estado perturbado, ou muito pouco, ou demais, ou aos pedaços?”, “Eu gasto tempo pensando como eu poderia me matar?”, “Eu me sinto na armadilha ou preso?”, “Eu me sinto deprimido mesmo quando me acontecem coisas boas?”, “Sem estar seguindo uma dieta, eu tenho ganho ou perdido peso?”.

depressão, tendo em vista animar àqueles que ainda se encontram em um estado severo da doença: “... não se desespere... o meu teste deu 83!!! Falo isso pq hj eu estou curada e sei q os medicamentos, exercício físico, atenção psicológica e alimentação balanceada são fundamentais pro tratamento!”. Há ainda indício de uma tentativa de se desvencilhar do nome da depressão, embora este movimento se contextualize ainda nos territórios de reconhecimento e pertencimento que são as comunidades de depressão: “Estou curada. O meu primeiro teste com me sentia há 1 ano atrás, deu 41, hoje o teste deu 14. Completamente curada”.

Tendo em vista que o valor adquirido pelo teste neste fórum se estabeleceu para tantos conforme um parecer diagnóstico, supõe-se a existência de uma autonomia na realização e na validação do diagnóstico. Esta validação, normalmente buscada nos consultores médicos, parece se realizar também por meio do poder confiado ao teste, poder de verdade que virtualiza a função do médico em questionamentos pontuais. Tem-se assim que as questões presentes no questionário representam a lógica do saber médico e que as perguntas trazidas, dispensam a necessidade do contato entre médico e paciente. Deste modo, pode-se praticar nestas comunidades o pertencimento ao mundo considerado depressivo atualizando-o diariamente através dos relatos, do consenso, da busca conjunta de uma verdade depressiva; como se pode também, ao contrário, pôr à prova a veracidade da condição depressiva do outro e, mais dificilmente, a sua própria condição.

Por meio de estratégias variadas, como a disposição de testes na internet, o saber da depressão pode ser facilmente oferecido à população, alcançando assim as práticas cotidianas. Constrói-se desta maneira, a partir dos contornos deste saber, um sujeito depressivo que se liga a esta verdade através de suas práticas. O que está em jogo nestas estratégias que vinculam uma forma de subjetividade a uma referência de comportamento e sensações em relação ao campo da saúde e da doença é a possibilidade de ensinar a se reconhecer doente. Este trabalho feito através de ensinamentos diários de práticas de autoconhecimento vinculadas ao enunciado da depressão e de práticas de cuidado de si permeadas pela crença na depressão.

7 SUBJETIVIDADE E VERDADE

“Subjetividade e verdade” é o título do curso ministrado por Foucault, entre os anos de 1980 e 1981, no Collège de France. Neste curso, ainda não publicado no Brasil, mas de parcial acesso através do “Resumo dos Cursos do Collège de France”, Foucault (1997) se dispõe a tratar da história dos modos instituídos do conhecimento de si, elegendo como objeto o que ele denominou como práticas de si ou técnicas de si:

(...) procedimentos, que, sem dúvida, existem em toda civilização, pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si sobre si (FOUCAULT, 1997, p. 109).

O problema da relação entre sujeito e verdade é também tratado pelo autor em “Sujeito e Poder” (DREYFUS & RABINOW, 1995) situando-o como o fio condutor de seus trabalhos. Foucault determina como o objetivo de suas análises a criação de uma história dos diferentes modos através dos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos, seja por meio de modos objetivação ou de subjetivação. A objetivação diz respeito aos processos de produção de sujeitos de modo a tomá-los como objeto a se investir por meio de um saber que diz quem ele é, ou então por meio de estratégias de poder que delimitam um campo de ação ao indivíduo, desenhando o seu lugar e a sua função. Já os modos de subjetivação implicam em um reconhecimento do sujeito de maneira ativa, localizando-se em determinado discurso ou em determinada prática, em um movimento de correspondência a estas forças que o produzem (FONSECA, 2003).

O tema da subjetividade e verdade é apresentado por Foucault em entrevista no ano de 1984, “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”, como sendo central em suas pesquisas ao longo dos anos, embora o tema do saber-poder tenha aparecido em primeiro plano em alguns momentos de seu trabalho. De acordo com Foucault este não se tratava do seu problema fundamental, mas se conformava como instrumento de análise para aquilo ao qual vinha perseguindo, o problema das relações entre sujeito e jogos de verdade. Foucault (1984/2007) sistematiza este projeto de uma história da subjetividade

em três momentos: um primeiro momento quando focaliza a problemática do sujeito entrando nos jogos de verdade através dos jogos teóricos ou científicos; um segundo momento quando focaliza este mesmo sujeito entrando nos jogos de verdades, mas agora através das práticas coercitivas ou divisoras; e um último momento quando percorre esta mesma problemática, mas focalizando a relação entre sujeito e verdade através das práticas de si. A história da subjetividade se faria neste último momento através da análise das transformações das relações consigo mesmo, tendo elegido para isto o domínio da sexualidade como campo de investigação. Esta análise se entrelaçaria às anteriores que se detinham aos efeitos de saber e às práticas divisoras junto ao estudo da governamentalidade, ambas tendo como fundo o problema da subjetividade e verdade.

Foucault (1981-1982/2004) se pergunta sobre o porquê da preocupação com a verdade no ocidente, sobre o porquê da preocupação com a verdade mais do que com o cuidado consigo mesmo ser o centro das ações no ocidente. Análise histórica que pode ser alcançada no percurso das aulas do curso “Hermenêutica do sujeito”. Logo no início deste curso o autor anuncia a questão que apreciará abordar: “em que forma de história foram tramadas, no ocidente, as relações, que não estão suscitadas pela prática ou pela análise histórica habitual, entre estes dois elementos, o ‘sujeito’ e a ‘verdade’” (p.4). Segue, portanto, por um caminho ainda não traçado a respeito desta relação e que se desvia da usual tentativa de situá-la em torno do problema do sujeito do conhecimento e do conhecimento do sujeito.

Muito embora na história do pensamento ocidental tudo indique que o conhecimento de si seja a fórmula fundadora da questão da relação entre sujeito e verdade, ao recorrer ao mundo grego e latino na análise do assunto, Foucault (1981-1982/2004) recoloca o problema ligando-o ao cuidado de si. Assim, trata da questão do cuidado de si no ocidente em um determinado momento histórico em que se cola ao imperativo de conhecer-se a si mesmo, levando para o segundo plano a preocupação com o cuidado consigo. De acordo com o autor o princípio do cuidado de si era no pensamento helenístico e romano, e também em parte do cristianismo, um fenômeno cultural que dava formas à relação consigo, à relação entre sujeito e verdade. A noção do cuidado de si aparece nos textos antigos relacionada à preocupação consigo, ao trabalho consigo mesmo, trabalho que circunscrevia práticas, atitudes, formas de compreender a vida e de se relacionar consigo, com os outros e com o mundo. Implicava em uma atitude de conversão do olhar para si mesmo, uma atenção aos seus pensamentos e em uma série de ações que

atuavam de modo a transformar o sujeito que a elas se dedicassem. Sendo assim, na compreensão de Foucault (1981-1982/2004) o cuidado de si diria de um modo de ser, de formas de reflexão e de práticas que constituíam um fenômeno importante para a história da subjetividade.

No entanto, como já mencionado acima, o princípio do cuidado de si ainda na moral cristã, e mais tarde na modernidade, sofre uma intensa modificação em sua importância, uma vez que, em uma “moral do não egoísmo”¹⁴, ocupar-se consigo mesmo ao invés de renunciar a si ou ocupar-se com os demais, se tratava de algo pouco valorizado e desejado. Todavia, de acordo com Foucault o que teria feito finalmente com que o cuidado de si fosse obscurecido, e tenha então perdido sua importância como fenômeno cultural e como forma de pensamento, teria sido a elevação do princípio de conhecer a si mesmo como condição primeira a partir do procedimento cartesiano, anulando as demais possibilidades de acesso à verdade:

(...) podemos dizer que entramos na idade moderna (quero dizer, a história da verdade entrou no seu período moderno) no dia em que admitimos que o que dá acesso à verdade, as condições segundo as quais o sujeito pode ter acesso à verdade, é o conhecimento e tão-somente o conhecimento (FOUCAULT, 1981-1982/2004, p. 28).

Em se tratando de se tornar sujeito o acesso à verdade desprende-se da necessidade de um trabalho consigo de transformação e se ampara em um procedimento de regras formais, estruturado, que tem por finalidade a aquisição de conhecimento. A relação entre sujeito e verdade na modernidade, quando as ciências assumem o lugar de formadora de conhecimento, condiciona-se a esta verdade que advém do método e das práticas disciplinadas em regimes de saber específicos. A relação entre sujeito e verdade adquire um mediador permanente, um tutor que aponta aonde e como o sujeito deve guiar-se no trabalho de tornar-se sujeito. Neste momento, tornar-se sujeito é saber-se sujeito, é conhecer-se a partir do que o conhecimento tem a dizer sobre o sujeito. Não mais implica em uma transformação de si através de um trabalho ascético com o pensamento e com as práticas.

É do interior do conhecimento que são definidas as condições de acesso do sujeito à verdade. É preciso se inscrever em um consenso científico para se ter acesso à verdade; é preciso não ser louco para se ter

¹⁴ Referência à moral cristã e à moral moderna, em Foucault, 1981-1982/2004, p.18.

acesso à verdade; é preciso associar interesses financeiros, status e carreira ao programa de se ter acesso à verdade (FOUCAULT, 1981-1982/2004). É a partir do estabelecimento destas condições para o acesso à verdade, condições que não ponham em questão o ser do sujeito, que Foucault determina a entrada em uma nova era das relações entre subjetividade e verdade:

O conhecimento se abrirá simplesmente para a dimensão indefinida de um progresso cujo fim não se conhece e cujo benefício só será convertido, no curso da história, em acúmulo instituído de conhecimentos ou em benefícios psicológicos ou sociais que, no fim das contas, é tudo o que se consegue da verdade, quando foi tão difícil buscá-la (FOUCAULT, 1981-1982/2004, p.24).

7.1 Conhecer-se depressivo

Minha sugestão é sempre a mesma: meditação e autoconhecimento (F12).

A atualidade corresponde a este tempo de produção de uma forma de subjetividade firmada sobre os ditames dos saberes científicos, interessada no conhecimento de si mesmo e do mundo priorizando para isto as lentes e os modelos científicos. A partir do momento em que se dispõe dos instrumentos necessários para descobrir a verdade, as categorias necessárias para pensá-la e a linguagem adequada para formular suas questões o indivíduo torna-se qualificado para ocupar a função de enunciador desta verdade (FOUCAULT, 1973-1974/2006). Neste contexto cabe refletir sobre o poder de verdade advindo de um destes discursos estruturado nestes moldes, o discurso psiquiátrico, localizando no sujeito uma verdade sobre si a ser descoberta e determinando a partir disto seu estado de saúde ou de doença. O mediador desta relação entre sujeito e verdade pode tanto se tornar o médico, como ainda o psiquiatra, o psicólogo ou qualquer outro profissional da saúde que tenha a sua autoridade reconhecida por meio da sua filiação ao discurso científico. Compete a estes supostos conhecedores das mais íntimas verdades concernentes aos sujeitos – apreendidas em sinais, sintomas e por meio de anamnese – alertá-los quanto à sua condição de doente e quanto aos riscos para a sua vida. A partir deste conhecimento de si em sua doença é possível tratar-se,

trabalhar-se, produzir-se consciente de sua depressão e de acordo com as prescrições recebidas.

Uma vez sabendo de seus desvios, do não atendimento à norma da saúde, é preciso retrabalhar-se, agora de modo a corresponder de maneira satisfatória ao que se espera de um sujeito em termos de humor, sensações e comportamentos. “Descobre-se” a depressão no sujeito para que então ele possa ser melhor acompanhado, observado, manipulado. Conhecê-la sustenta a sua manutenção, o desenvolvimento de suas positivities, a produção e reatualização de um sujeito depressivo diariamente nos moldes aprendidos. Por positividade compreende-se o caráter de produção de um evento: a depressão em sua materialidade, um tipo de sujeito antes inexistente e que agora toma corpo em relação a este enunciado, a práticas, políticas e à formação de um conhecimento específico. No interior deste jogo discursivo o sujeito depressivo ocupa o seu lugar de objeto no discurso e também de objeto para si mesmo a partir deste discurso.

Nos relatos referentes à depressão nas comunidades pesquisadas podem-se destacar algumas práticas de si que apontam para um trabalho de conhecimento de si mesmo. Dentre as referências aos meios de autoconhecimento há menções a livros de auto-ajuda, à busca por psicólogos e psiquiatras para este fim, à realização de testes que revelem quem são e porque sofrem, à busca de si por meio da religião ou através de exercícios de meditação e de auto-controle. Parece haver por parte de alguns participantes a crença de que ao reconhecer a sua depressão esta possa se superada. Como se a depressão, ao mesmo tempo aceita como doença de origem biológica, pudesse ser curada ou amenizada através do exercício de se conhecer. Mescla-se, por conseguinte, o discurso médico psiquiátrico com partes de um discurso psicológico, de proveniência cristã, que introduz a questão da interioridade do sujeito. Desta forma, conhecer-se seria saber de si através do discurso da ciência – doença hereditária motivada por um possível déficit de serotonina, embora sua cura apareça em referência ao discurso psicológico que introduz a idéia de que alguma verdade interna e escondida precisa ser revelada para que com isto a cura advenha:

Não se sai da depressão buscando coisas
externas (um jogo, comprar um cachorro, mudar
o cabelo) e sim olhando pra dentro de si mesmo
(F12).

Depressão é uma disfunção neuroquímica, mas a causa, na maioria das vezes complexas, só o depressivo encontrará a saída: “Conheça-te a ti mesmo” (C24).

Surgem como exercícios em torno da depressão as práticas de conhecimento de si, de conhecimento da doença e das suas formas de acometimento, de modo que assim aprenda-se a lidar com seus efeitos: “Tem que estar atento! Leia o máximo que puder sobre o assunto. O máximo! (F18)”; “Para saber se a pessoa sofre de depressão ela tem que saber o que é esse mal! (E2)”. Tomar consciência de si e de sua doença seria a saída para superá-la, ou ao menos conviver melhor com seus sintomas: “Fazemos o que podemos, nós que temos consciência da doença (F18)”. Mesmo não portadores do transtorno se somam aos que se julgam depressivos neste trabalho de conhecimento da depressão, criando assim um olhar reconhecedor da doença, além de práticas de convivência com o depressivo. Desta maneira, a depressão começa a se materializar na vida dos sujeitos por meio de pequenas práticas de análise, de observação, reproduzindo no campo individual e social esta verdade: “Estou aqui porque caso apareça algum depressivo em minha vida ou na vida de alguém que eu ame, eu possa saber como agir, como falar, como aconselhar (F18)”.

Conselhos, depoimentos, desabafos dividem espaço nestes fóruns virtuais com propagandas de clínicas e de métodos de apoio na depressão, interessadas também no autoconhecimento do sujeito. No fórum “Mais porque...” um participante aproveita o espaço entre os relatos para oferecer o método de seu instituto: “Uma oficina vivencial de auto-desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional. Há muitos anos ajudamos pessoas que buscam respostas sobre quem são e qual seu papel nesse mundo”. Na seqüência, outra proposta de ajuda através do autoconhecimento oferece o endereço de um site onde o indivíduo pode se ajudar e ser ajudado na liderança de seus conflitos. O espaço das comunidades de depressão pode ser assim analisado como local propício para a realização do trabalho de conhecimento de si atravessado por este enunciado, como para o conhecimento de outros, o que acaba por falar de si: “Enfim, todos com um mesmo mal, mas maneiras diferentes de sofrer (E2)”. Pode ser ainda analisado como espaço propício para o conhecimento de si por meio destes serviços disponibilizados por instituições que também se vinculam ao nome da depressão.

7.2 Confissões

Me dê seu sintoma, e eu removerei sua culpa
(FOUCAULT, 1973-1974/2006, p.355).

Não guardes só para ti o segredo do teu coração,
meu amigo. Dize-o a mim, em segredo. Tu, que
choras com tanta amargura, diz-me baixinho. É
meu coração que te ouve, não meus ouvidos
(C59).

Acho que neste momento o diálogo é a
maior arma, deixe a menina desabafar... este
canal (o papo) é um dos melhores, então tome
muito cuidado para não fechá-lo (F26).

De acordo com Foucault (1973-1974/2006), em “O poder psiquiátrico” o sujeito objeto do saber da psiquiatria se forma como tal através de uma tecnologia de produção de verdade que deriva de um modelo demonstrativo, técnica que coincide com a prática científica. A produção de verdade na psiquiatria se assenta assim na instauração de uma série de provas que venha a apresentar um caráter de realidade àquilo diagnosticado como doença para o sujeito. Para tanto, faz-se necessário o emprego de técnicas de interrogatório para obtenção da confissão, prática possível de trazer esta impressão de realidade constatada, comprovada da existência de um estado patológico. O interrogatório se firma na prática psiquiátrica com a função de construir este conjunto de provas de realidade da doença obtendo a confissão do doente e a sua entrada em uma carreira psiquiátrica. Um dos papéis do interrogatório seria realizar um cruzamento entre a responsabilidade e a subjetividade, repercutindo em um trabalho de isenção de responsabilidade moral ou jurídica uma vez que o paciente assuma subjetivamente a realidade do que é posto em jogo por este saber, conformando sensações como sintomas.

Foucault (1988/2009) em “História da sexualidade I” descreve o que seria a confissão, a formação desta prática estreitamente ligada ao problema da verdade. A verdade precisa ser dita e não seria de agora esta imposição que parece orientar o posicionamento dos indivíduos em relação ao que crêem que os constitui. A confissão estaria desde a Idade Média nas sociedades ocidentais entre os rituais mais importantes para se produzir a verdade, desenvolvendo papel central na ordem dos poderes civis e religiosos. Apenas mais tarde a confissão viria a atuar

como reconhecimento por alguém de suas próprias ações ou pensamentos:

O indivíduo, durante muito tempo, foi autenticado pela referência dos outros e pela manifestação de seu vínculo com outrem (família, lealdade, proteção); posteriormente passou a ser autenticado pelo discurso de verdade que era capaz de (ou obrigado a) ter sobre si mesmo. A confissão da verdade se inscreveu no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder (FOUCAULT, 1988/2009, p. 67).

Em “Tecnologias del yo”, Foucault (1990) realiza uma diferenciação entre a proibição da sexualidade e as demais proibições, atribuindo à sexualidade uma relação com a obrigação de dizer a verdade sobre si mesmo. Pode-se pensar de maneira semelhante para compreender a depressão, distanciando-se do tema da proibição e situando-a dentro de uma racionalidade médica e psiquiátrica que confere ao sujeito uma certa obrigação de dizer a verdade sobre sua conduta e sobre seus sentimentos, num trabalho de averiguação de correspondência entre estes e a norma da saúde. Para tanto as técnicas de confissão atuam de modo a obter no contexto psiquiátrico a produção deste sujeito-objeto do discurso e lugar de intervenções. O encontro com a depressão parece relacionar-se tanto à obrigação do sujeito buscar a verdade depressiva dentro de si, quanto em dizê-la a quem detém o conhecimento sobre a doença e, portanto, sobre o próprio sujeito adoecido. Neste encontro com o nome da depressão a prática da confissão atua de modo a dar o encaixe entre o que seria uma provável verdade depressiva e a verdade do sujeito supostamente depressivo. Os jogos de verdade implicados neste saber sobre a saúde e a doença, relacionados as tecnologias específicas que desenham condutas e sensações em âmbito coletivo, atuam de modo que cada indivíduo utilize destas práticas para conhecer a si mesmo e para se posicionar dentro do discurso.

Nas comunidades em torno do tema da depressão o que prevalece é uma atmosfera de desabafo, de confissão de verdades relacionadas ou não à depressão: “Escreva sobre o que quiser. Mágoas, amores, decepções, problemas. Situações inusitadas, suas conquistas, derrotas. (...) O objetivo aqui é falar e falar sempre, o que lhe vier à mente e que você deseje pôr para fora (F11)”. Confessa-se o que lhes atormentam, os acontecimentos do passado e tudo o que pareça pesar sobre a formação do conjunto característico da depressão: a culpa, o desamor, o medo e

demais sentimentos que se agregam ao nome da depressão. Confessa-se àqueles que se encontram em igual situação e que por isto podem receber tais verdades sem que traga aos confessores piores conseqüências. Esta parece ser a mais forte motivação para a formação de muitas destas comunidades, aliviar-se em um desabafo: “Em questão de saúde mental, não acredito em curas, mas acredito que podemos aliviar, nesse caso, a depressão expondo nossos sentimentos. Às vezes o computador é o melhor lugar para expor os sentimentos, pois é muito melhor não ter respostas do que ter críticas (E9)”.

Através da prática da confissão pode-se mostrar o que acredita ser, sentir e pensar. Nestes espaços virtuais, muitas vezes sob o esconderijo de um pseudônimo, abre-se a possibilidade de que uma nova posição possa ser assumida pelo sujeito. Não se faz necessário neste contexto ocultar as mazelas da vida, demonstrar uma falsa felicidade ou sucesso, nem ocultar sensações que não são bem quistas, uma vez que se está protegido entre os “iguais” e pelo anonimato:

Eu acho que eu tenho sérios problemas, mas ninguém sabe. As pessoas que vivem ao meu redor não percebem, mas eu estou com medo, cansada de toda essa pressão dos amigos, dos pais, da sociedade! Eu choro no meu quarto sozinha no escuro! (...) Fiz essa comunidade pra desabafar. Um dia estava em casa e percebi que não adianta ficar negando... eu tenho depressão sim (C56)!

Para que haja a confissão parece ser necessário em algumas ocasiões a existência do sentimento de culpa, a crença de haver uma dívida consigo mesmo ou com a sociedade; ou ainda a noção de que algo desviante, algo errado em si mesmo precisa vir à tona para que assim possibilite a remissão dos sintomas. A confissão pode representar a responsabilização por este algo que foge à norma da saúde, dos afetos e dos comportamentos, a manifestação da aceitação da depressão como própria a si mesmo: “Tudo, tudo é culpa minha... (...) Ninguém gosta de mim, não tenho amigos verdadeiros, os que achei que tinha me traíram... minha família parece que nem sabe que existo, sou invisível... (E6)”. Como pode, por outro lado, representar a ausência de responsabilidade pelos atos que julgam ter decorrido de um estado depressivo: “Eu só queria que alguém, quem quer que fosse neste mundo, acreditasse que eu não tenho culpa de ter nascido assim tão ridículo (F18)”. Pode ainda ligar-se à crença sobre uma necessária expiação a ser auto-infligida,

situando a depressão como resposta a fatos ocorridos no passado. Neste sentido, a rememoração de tais fatos acaba por situar a confissão como momento de reatualização da depressão:

... além da minha dor eu tinha que agüentar a dela. Eu acabei dizendo coisas que não queria dizer e no fim eu que fiz com que ela se suicidasse. Desde então eu vivo ‘depre’ por não poder falar o que eu sinto e mesmo assim continuo carregando os problemas dos outros em minhas costas (F17).

Em outro fórum intitulado “O motivo que tenho depressão” os participantes utilizam deste espaço predominantemente com histórias particulares de vida que remontam a situações de tristeza, impotência, desprezo, baixa auto-estima, traição, culpa, dentre outras. Estes acontecimentos são descritos em muitos casos como desencadeadores da depressão. Um dos relatos sobre o motivo de se ter depressão traz a enumeração de uma série de situações que resultaram, de acordo com a participante, em seu estado depressivo: “São tanto motivos! 1º porque não vejo meu pai, há cinco anos me abandonou; 2º o menino que eu gostava morreu; 3º quando comecei a namorar com outra pessoa eu engravidei e perdi meu filho; 4º e o pai do meu filho foi embora e me deixou! (F20)”. Outro relato contextualiza também o possível despertar da depressão: “Sou um pouco gorda e as pessoas começaram a dizer muito isto e de repente foi entrando na minha cabeça... Já fui muito feliz, trabalhava, tinha namorado e muitos amigos. Hoje não tenho nada... Depressão acaba com a gente aos poucos (F20)”.

Nestes locais de domínio público o pior de si e de sua vida pode ser exposto, uma vez que através do desabafo, da confissão de sua inadequação e de seu sofrimento junto aos iguais, pode ser viabilizada uma possibilidade de cura ou de aceitação. No entanto, ao invés de um desprendimento daquilo que julgam resultar na depressão, a prática da confissão e o exercício de se ater àquilo que é tido como os seus condicionantes, pode acabar por manter o indivíduo ainda mais assujeitado ao discurso psiquiátrico.

Observa-se que o que está em foco em muitas dessas confissões é a questão da inadequação e insatisfação com os fatos da vida ou consigo mesmo, o que remete ao discurso da norma e não apenas à norma da saúde. Um exemplo disto seria a insatisfação por não corresponder aos ideais atuais de beleza, respondendo assim a uma forma similar de se

auto-observar e de se conduzir: “Me sinto feia, por mais que perca peso, me sinto gorda, desajeitada, incapaz, inferior. Eu não sei mais o que pensar... Queria ir embora... Perdoem-me o desabafo, mas só aqui posso falar dessas coisas (F18).

Ao sofrer e perder o ritmo tido como adequado e natural ao desenvolvimento social, psíquico e físico, o sujeito põe-se a conduzir guiado pela crença de que a forma como tem vivido está adoecida. O sujeito é falado pelo discurso da inadequação e da insatisfação, uma vez que atribui a si mesmo um estado de doença, avaliando-se com base em uma suposta existência longe de desequilíbrios no humor e longe das mazelas da vida. Saudáveis seriam aqueles que se recuperassem rapidamente destes infortúnios ou que não os vivenciassem, aqueles que se considerassem belos e felizes.

7.3 Origens e causas atribuídas à depressão

Eu tive quando fiz uso de anfetamina e depois sempre voltou, mesmo eu tendo parado de tomar essas drogas (F20).

(...) quando o entusiasmo desapareceu completamente, quando comer se tornou fuga e única fonte de prazer, quando cuidar de mim se tornou uma obrigação e suplício, quando as coisas que eu amava fazer não mais faziam o menor sentido... (F27).

(Depressão) É um câncer na alma (F34).

A origem daquilo que vem a ser identificado como o conjunto de sinais e sintomas característico da depressão é atribuída pelos participantes dos fóruns a variados fatores, analisados como os causadores ou motivadores do desencadeamento da depressão. O tema da origem da depressão alimenta inúmeros fóruns e enquetes, remontando sempre a acontecimentos sugestivos que dizem respeito à forma de condução de si, à relação com os outros, à conformação atual do mundo e a aspectos biológicos: “Talvez seja reflexo de como nos posicionamos em relação aos outros (F22)”.

A compreensão sobre a razão de se viver um estado depressivo se ampara, sobretudo, na idéia do discurso médico-psiquiátrico de herança genética; o que acaba por acarretar nestes indivíduos a crença de que

uma vez se tratando de algo hereditário, não se pode desvencilhar, alterar seu destino. Trata-se de uma doença e, portanto, ao ter em sua família a constatação da existência de algum caso de depressão, pode-se logo se auto-analisar como predisposto a ser um futuro novo caso. Inicia-se assim em um trabalho de observação de comportamentos, sensações e condutas em busca de vestígios do surgimento e da instalação da doença em si mesmo. Uma vez que se conhece a depressão, que se tem um saber sobre a depressão, que se familiariza com a tradução da manifestação de um estado de desinteresse e tristeza em doença psiquiátrica, torna-se possível utilizar-se desta medida para a análise de seus próprios comportamentos e sensações, aceitando-os como indícios da depressão:

É hereditário. Se algum de nossos pais é depressivo, nós também temos grande chance de ter (F17).

Isso é uma doença hereditária, vem desde a minha avó, depois pelo meu pai e depois veio para mim e para o meu irmão caçula, não tem cura (F17).

Depressão também é doença genética. Minha mãe teve aos mais ou menos 42 anos, meu irmão mais velho e eu aos 25 anos... (F26).

O mito da origem da depressão, embora estreitamente ligado ao discurso médico-psiquiátrico e, portanto, relacionando etiologia e hereditariedade, desprende-se por vezes de uma fundamentação biológica, vindo a se apresentar sob a forma de situações traumáticas vividas na infância ou na adolescência, amores não correspondidos, decepções e traições variadas, sentimento de solidão, culpa, desadaptação ou insatisfação com a vida, dentre outras: “Porque alguém que eu amava saiu da minha vida e não o vejo mais com frequência (F20)”; “Eu tenho depressão porque não gosto de viver, me acho deprimente, todos me botam lá me baixo, preciso de uma ajuda danada, só que ninguém me entende (F25)”.

Em determinados relatos os acontecimentos mal sucedidos na infância e na adolescência adquirem uma roupagem mórbida, levando a crer que desde então já se havia o germe da depressão embutido em si mesmo, a predisposição do indivíduo a se tornar um depressivo. Este trabalho de extensão do corpo da doença para o passado e para a família

do doente está em direta concordância com as análises de Foucault em “O poder psiquiátrico (1973-1974/2006)” ao descrever este movimento da psiquiatria como a tentativa de oferecer provas de realidade necessárias à credibilidade de seu trabalho.

É importante relatar “desde quando você se lembra que ela (sua filha) começou a agir de forma diferente (F18).”

Hoje percebo que já sofria de depressão desde menina. É que os sinais não são percebidos claramente (F27).

Desde criança me sentia diferente, nunca fui de demonstrações de alegria; incomodava às vezes, eu queria ser igual a todo mundo. Eu acho que foi aí que o problema teve a sua origem (F27).

Desde pequena eu dava problemas, muito levada, rebelde ao extremo, talvez hiperativa, mas não tinha esse diagnóstico, lembro-me desde a alfabetização na psicóloga... (F14).

O início de um estado depressivo é apresentado em alguns relatos situado muito anteriormente àquilo que é considerado como a descoberta da doença ou a sua confirmação através do diagnóstico, em uma tendência em se relacionar tristeza, desadaptação e insatisfação vividas em um tempo remoto à manifestação da depressão. Em um olhar já disciplinado pelo saber da depressão muito do já vivido pode ser reinterpretado e então analisado pelas lentes conversoras de sensações e comportamentos em sinais e sintomas psiquiátricos.

A depressão também aparece nestes fóruns como uma condição que retorna, associada a fatos que podem ser tanto concretos, pontuais, quanto indeterminados, imprevisíveis. Neste sentido ela é vista como um estado permanente que pode ser despertado a qualquer momento se exposto a dada variável, ou ainda por razão indeterminada. Problemas financeiros, amorosos, frustrações, solidão, lembranças do passado, a perda de alguém ou de algo importante, infortúnios diversos na vida, ou mesmo razões desconhecidas são variáveis que aparecem relacionadas ao ressurgimento da depressão:

Qualquer coisa me leva à depressão, principalmente na parte amorosa, afetiva, e nem precisa muito, às vezes nem estou com a pessoa e já fico deprimido por causa dela (F25).

(...) acho que é uma sucessão de coisas que não dão certo... aí eu nem percebo, mas vão se acumulando e quando eu vou ver já estou na cama e isolada do mundo... (F25).

Nada neste mundo pode me explicar o porquê da minha depressão... (E7).

Normalmente isso acontece do nada... (F25).

Na maioria das vezes são as lembranças do passado... (F25).

Minha depressão é misturada com traumas que já sofri, então quando lembro de algo triste que já aconteceu comigo entro em depressão (F17).

A mesma ferida volta a romper-se para sangrar novamente em um ciclo vicioso, dando a mesma impressão de sofrimento que passou pela primeira vez (F6).

Em muitos dos casos o depressivo tem como verdade que sua condição de adoecimento, embora não seja totalmente de sua responsabilidade por se tratar de um problema orgânico, se desenvolve em relação a uma dificuldade própria em lidar com os problemas que são colocados a si mesmo. Por vezes os relatos levam a crer que se houvesse força de vontade suficiente a estes sujeitos, a predisposição poderia ser contornada: “(...) acho que é um pouco por frescura também, sei lá, mas se eu tivesse ‘aquela força de vontade’ dificilmente teria entrado nessa (E15)”.

Em outros momentos a crença sobre a origem da depressão se recosta sobre a idéia de causação interna, de tipo de personalidade, indicando a existência de uma essência ou natureza depressiva, o que acaba por tornar árduo o trabalho de se desvencilhar desta verdade, uma vez que se crê naturalmente depressivo: “É algo que vem de dentro, dos meus atos, do que eu me tornei. Eu não consigo ser útil e nem

importante para ninguém (F30)”. Versões sobre a origem da depressão construídas a partir do discurso religioso também se apresentam, e a falta de Deus, ou a falta de atenção a Deus, aparece como uma das causas desta experiência:

Sempre vem alguém falar que isso é falta de Deus, já ouvi um pastor que isso era coisa do diabo (F18).

Também não sei se essa doença é um propósito de Deus pela minha penitência ... eu fico bem, alegre e confiante quando vou a missa (...). Ah! Deus existe sim, mas ele é ciumento, quer que nós amemos somente a Ele (F18)!

7.4 A diferença na depressão

A pessoa que tem depressão, no fundo se sente diferente do resto da sociedade, a pessoa que tem depressão gosta de ficar isolada num quarto escuro, a pessoa gosta de se isolar dos familiares, é isso aí (E14)!

Acho que somos pessoas que não nasceram para esperar e aí quando o abraço, o beijo ou o eu te amo não sai o desespero aparece (F17)!

Nunca desistam de ajudar uma pessoa deprimida... ajude-a sempre que puder, eles são especiais...não existe ninguém melhor que eles (F18)!

É muito difícil para quem não sente o que sentimos nos entender. Às vezes precisamos tentar entendê-los também (F18).

Uma prática de si recorrente nas comunidades relacionadas à depressão é a demarcação por parte dos participantes da existência de uma diferença específica aos sujeitos que sofrem de depressão, criando-se uma separação entre depressivos e demais sujeitos considerados normais. Tal diferença aparece como essencial para o estabelecimento

de uma espécie de particularidade de sofrer, o sofrer depressivo, um sofrer descrito de variadas formas, mas, sobretudo, em referência a uma dor não localizável, insuportável, patológica, perigosa, necessária de ser assistida, medicalizada, farmacologicamente tratada.

Esta diferença é descrita em muitos relatos como indeterminada, atribuída a causas muitas vezes desconhecidas pelo próprio sujeito que se acredita acometido pela depressão: “Nossa, é bem estranho mesmo! Eu queria muito entender... mas não consigo. Fico triste do nada... fico chorando... (F17)”. Em outros momentos esta diferença que caracteriza a depressão aparece justificada a partir de discursos que a localiza em uma especialidade de sofrer. A especificidade deste sofrimento pode assim estar fundamentada sobre a crença na existência de causas orgânicas, como orienta o discurso médico. Desta maneira, as interpretações quanto às motivações desta forma de sofrimento se prendem principalmente às idéias de herança genética, pré-disposição e à hipótese de uma disfunção hormonal:

Mas minha vida e muito confusa...
sempre tenho recaídas depressivas... deve ser
genética... pois minha mãe também tem... (F22).

Se você não entrou em depressão por
sofrer um acidente é porque sua mente-cérebro-
espírito não estava predisposta a sofrer desta
doença (F6).

A diferença característica da depressão aparece também associada a uma possível maneira particular de sentir os acontecimentos da vida, descrita como um excesso de sensibilidade dos depressivos: “... eu não consigo dosar sentimentos, na maioria das vezes é 8 ou 80 (F22)”; “Nossa, realmente é estranho... Porque qualquer coisa pode nos abalar de uma forma imensa...! Até mesmo no AMOR...!(F17)”. Em alguns relatos esta diferença pode estar mais atribuída à desadaptação e inaptidão diante das exigências da vida do que ao excesso de sensibilidade:

Eu fico depressivo porque tenho muitos
problemas, alguém deve estar pensando – ‘Ah,
mas problemas todo mundo tem’, É verdade, mas
os meus estão se tornando uma bola de neve, a
cada dia ficam maiores (E6).

...sou péssima em lidar com pessoas. Não sirvo pra viver nesse mundo não...e cada dia mais sendo pressionada a fazer algo da minha vida mais não sei o que fazer. Não consigo me imaginar em um ambiente de trabalho... nunca daria certo...(F3).

Há uma apreensão desta característica forma de sofrer que a relaciona à presença acentuada de infortúnios na vida, à vivência de momentos difíceis, impossíveis de não acomodar, em consequência a tais fatos, um sujeito em um estado depressivo: “Sofri dois acidentes horríveis, aí comecei a ficar assim, cheguei até a tomar remédio controlado (E6)”; “Tenho 21 anos, depressão desde os 12, devido a alguns acontecimentos bizarros (F4)”.

A diferença conferida a si por estes sujeitos na forma de se conduzir, de sentir e estar no mundo se liga ao nome da depressão estreitando a relação entre os que se consideram depressivos: “Então achamos outros ‘iguais’ aqui! (E14)”. Por outro lado, cria-se a ilusão de que os sujeitos que permanecem fora deste círculo da depressão conduzem-se, sentem, respondem aos acontecimentos da vida de maneira ideal: “Eu queria ser uma pessoa normal daquelas que são felizes com coisas simples (E14)”. Desta maneira, se é levado a crer na fantasia de que a felicidade, tema tão recorrente nos relatos dos depressivos justamente pela alegação de sua ausência, pode ser facilmente alcançada por aqueles que não estão circunscritos no contexto da depressão. Uma outra passagem leva a refletir nesta mesma direção: “Eu não sou uma pessoa. Não sinto nada (E14)”. O que parece guiar esta afirmativa é a idéia de que haveria uma maneira adequada de sentir e que a depressão se manifestaria como uma forma diferente, indo na contramão do que deve ser sentido como padrão e saudável.

Na maioria dos casos a diferença atribuída à depressão parece não trazer consigo uma conotação favorável, manifestando-se como um prejuízo àquele que se vê em tal condição: “Eu sou terrivelmente diferente (E14)”. São poucas as manifestações em que esta suposta diferença sob o nome da depressão possa trazer algo favorável ao sujeito:

...eu descobri que tinha depressão muito tempo depois, e de uma forma transformei minha fraqueza em fortaleza, agora uso a depressão como meu fator X, é como uma chave que quando me afeta, logo eu arranjo um modo de deixar tudo mais

louco e emocionante (eu ou um MUTANTE, eu sou um X-MEM!) (F1).

Outro ponto de demarcação desta diferença que parece particularizar o depressivo está na atribuição a si mesmo de um sentimento de falta que não encontra objeto: “eu sou diferente, mas não queria ser assim, sinto falta de algo que nem sei ao certo o que é (F17)”. A diferença estaria na ausência de uma real motivação para o sofrimento, uma vez que a dor aqui se daria pela falta de algo que é desconhecido ao próprio sujeito. Para muitos, o sofrimento na depressão parece não haver forma exata, endereço ou origem segura, não se situa em nenhum evento particular. Sofre sem saber do que sofre, e a isto nomeia-se como depressão: “(...) depressivo muitas vezes não tem amor próprio (...). Há uma falta dentro de mim, ou algo está quebrado, coisa que não compreendo (F12)” .

8 PRÁTICAS DE SI NA DEPRESSÃO

Foucault (1984/2007), em sua genealogia da ética, toma como objeto de análise a constituição histórica das diferentes formas de sujeito em relação aos jogos de verdade. Analisa assim o reconhecimento de si como sujeito de uma verdade dentro de um campo de escolhas limitado historicamente e de onde se distinguem experiências éticas coletivas e específicas a jogos de verdade e a estratégias de poder. Ocupa-se desta maneira, da produção de uma forma de subjetividade construída a partir de um exercício prático, da assimilação de condutas e de crenças sobre si e sobre o mundo, de práticas cotidianas que dão a possibilidade de se produzir em correspondência a um ideal de sujeito que se almeja alcançar.

De acordo com Foucault (1984/2007) para analisar o que se tem designado sob o nome de sujeito far-se-ia necessário pesquisar as formas e as modalidades de relações consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito. Seria este trabalho o estudo dos jogos de verdade na relação de si para si. Estas análises das práticas de si trazem uma nova perspectiva ao trabalho de Foucault por se direcionarem às práticas que fazem do sujeito, através dele mesmo, objeto de trabalho, de produção, de escolhas éticas possíveis. Foucault ressalta inúmeras vezes a diferença entre o sujeito visto como substância, do sujeito visto como forma. Francisco Ortega (1999) assinala partindo desta perspectiva que o sujeito-forma não seria idêntico a si mesmo, não teria natureza ou essência, o que implica em diferentes maneiras de se relacionar consigo mesmo decorrente de experiências de subjetividade pontuais. Haveria assim uma variedade de formas-sujeito em um mesmo indivíduo (FOUCAULT, 1984a).

As práticas de si como objeto de análise eleito neste último momento por Foucault, são descritas como “esquemas que ele (o indivíduo) encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social (idem, 276)”. São denominadas também como práticas de “autoformação do sujeito” ou “práticas ascéticas” uma vez que se compõem de exercícios de autotransformação e de produção de si mesmo através de uma ascese, um modo de vida, investidos ou não por saberes ou instituições normativas. Foucault (1984a) assinala que as práticas de si na modernidade diferem da autonomia das práticas de si gregas e romanas, uma vez que na atualidade estas estão investidas por instituições religiosas, pedagógicas, médicas e psiquiátricas.

Esta pesquisa, como já apresentado na problematização, se propõe a realizar um trabalho de análise destas práticas que se encontram em referência ao enunciado de depressão e que são observadas através do enfoque do reconhecimento de si. Esta forma de subjetividade que daí emerge se encontra atravessada por um emaranhado de práticas discursivas e de tecnologias de poder que remontam a proveniências médicas, psiquiátricas, religiosas, filosóficas, psicológicas, dentre outras. Deste jogo de forças e de saberes irrompe como materialidade esta forma de sujeito possível apenas a partir de um conjunto de exercícios que tem o próprio sujeito como objeto de investimento. Este decorre como efeito deste trabalho ético firmado sobre o discurso patologizante da saúde, o discurso médico e psiquiátrico e seus afluentes nos demais campos de saber.

Em “Tecnologias del yo,” Foucault (1990) diferencia quatro tipos principais de tecnologias utilizadas pelos homens e que implicam em diferentes modos de aprendizagem e de modificação dos indivíduos, pondo em jogo um trabalho de aquisição de habilidades e conseqüente modificação de atitudes. Seriam estas tecnologias as de produção, as de sistema de signos, as de poder e as tecnologias de si ou do sujeito. Ao percorrer as tecnologias de si, também denominadas por Foucault como tecnologias de domínio individual, pode-se acompanhar a história dos modos através dos quais o indivíduo atua sobre si mesmo e em relação aos demais, de acordo com os preceitos morais da sua cultura. As práticas de si seriam a forma de se produzir enquanto sujeito a partir destas tecnologias disponíveis na cultura.

De acordo com a verdade posta em jogo pelo saber médico e psiquiátrico, o trabalho ético passa a se orientar pela determinação de um ideal de saúde mental e pela discriminação de inadequações como doenças. Desta maneira, ao tomar como objeto de análise as práticas neste trabalho de construção de uma condição depressiva para si o foco recaí sobre as iniciativas pequenas, cotidianas, fundamentais em seu conjunto para a caracterização de si mesmo como depressivo. Seguindo o caminho de Foucault, a análise das práticas de si conduz rumo à aproximação com as tantas maneiras possíveis do indivíduo fazer a experiência de si mesmo na atualidade, alcançando este sujeito do diagnóstico médico-psiquiátrico, se conformando ou não dentro de uma realidade medicalizada, problematizando ou não esta verdade de si considerada patológica. As práticas adotadas por estes sujeitos no trabalho de se conhecer, se cuidar e se transformar dentro desta perspectiva de verdade, permitem visualizar outras forças e demais

enunciados que atuam em conjunto na produção desta experiência ética coletiva.

Foucault (1984/2007) em “História da sexualidade II” ao tematizar o sujeito do desejo oferece subsídios para pensar o sujeito do diagnóstico psiquiátrico, a partir da indagação: “através de quais jogos de verdade o homem dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente... (p.12)”. Da onde se desprende questões importantes a esta pesquisa como: “De que maneira este sujeito se põe a pensar sobre si mesmo e sobre o que o cerca, a agir, uma vez reconhecido como depressivo?”; “Quais práticas o conduzem neste processo de identificação?”

8.1 O cuidado de si em referência a um saber sobre a depressão

A gente tem que aceitar que tem a doença e se cuidar como cuidamos de qualquer outra coisa em nossas vidas e que nos acostumamos a conviver com ela criando certos macetes (F31).

O cuidado consigo na atualidade, distante da conformação conferida a ele no mundo antigo, se apresenta predominantemente atravessado por um discurso médico e por práticas que delegam ao indivíduo, a instituições políticas e a profissionais específicos, a responsabilidade em manter um olhar atento sobre si e sobre a população a fim de controlar a saúde dos pensamentos, dos comportamentos e afetos, medidos a partir de padrões científicos. Tais padrões descrevem às avessas, por meio dos compêndios diagnósticos que determinam em categorias o que desvia da norma, o que seria este sujeito ideal da saúde mental, física e social.

Cuidar de si em nome de uma responsabilidade social e individual implica no exercício de conhecer as normas vigentes, sempre em constante atualização e que descrevem o que deve ser a saúde em um dado momento. Implica também no desenvolvimento e manutenção de práticas que conduzam a este estado de saúde, fazendo com isto operar em si tanto um trabalho de se analisar e conhecer-se a partir de um saber sobre a saúde, quanto de adotar determinados cuidados consigo mesmo e com o os outros de modo a garantir que a saúde seja protegida.

Neste trabalho de fazer operar sobre população e sujeito as bases necessárias para a manutenção de um estado tido como saudável,

adequado para o bom funcionamento do corpo do sujeito e do corpo da população, o discurso da saúde se dissemina por meio de veículos variados. Ao pensar sobre este saber veiculado como conhecimento a respeito de uma suposta verdade que recebe o nome de depressão pode-se observar a soma de livros técnicos, como também livros de auto-ajuda que atuam na construção deste sujeito da depressão. Uma enorme quantidade de artigos em revistas especializadas darão fundamento a uma séria de novas publicações populares sobre este saber da doença mental, e que culminarão na proliferação em rede da prática de um auto cuidado diário em saúde mental: “... cada um é responsável por sua vida. Por isso é válido manter-se sempre informado sobre novas terapias e medicação e principalmente procurar conhecer-se melhor e aceitar ajuda (F6)”. Oferece-se com isto as condições necessárias para que uma forma de ser sujeito em estreita relação com o discurso da doença mental seja elaborada, aprendida e facilmente disseminada.

Neste sentido, cuidar de si, observar-se, analisar-se, conhecer-se passa a ser sustentado por um saber normativo da saúde. O que se atribui como legítimo para um adequado estado de saúde mental, ou para a ausência de desvios e acometimentos indicativos de um estado de doença mental, se sustenta sobre um apanhado geral fruto da conjunção entre saberes diversos como a medicina, a psiquiatria e a psicologia. É através da perspectiva do discurso da saúde que o sujeito pode saber o que é em sua verdade, descobrir o que passa consigo, analisar o que não funciona adequadamente, o que é patológico. Espera-se com isto que, este sujeito ao saber do que lhe atravessa, se muna dos conhecimentos necessários sobre o seu cuidado consigo, de modo a readequar-se de acordo com o que seria o correto em termos de saúde mental. Em alguns casos, este trabalho de direção ou redirecionamento do sujeito para o que é considerado como o estado de saúde mental parece se resumido à prescrição de medicamentos, uma vez que se acredita que por si só estas drogas teriam o poder de reordenar comportamentos, afetos e sensações que estão em desacordo com o esperado: “Preciso de um psiquiatra/psicólogo para me falar que tenho depressão. Primeiro falar qual o meu problema, depois me entupir de drogas (E12)”.

Sendo assim, ocupar-se consigo mesmo sob esta perspectiva patológica incorre em estipular como dever visitas constantes a médicos, psiquiatras, psicólogos ou psicanalistas, a fim de tratar do que está adoecido em si: “Se não procurar um profissional pode ser que a situação fique mais difícil para consertar mais para frente (F35)”. Além de seguir diariamente o que é colocado por estes profissionais como importante para o controle ou remissão dos sintomas da depressão. As

figuras do médico e do psiquiatra se destacam como referência constante para o reencontro com a saúde. A “descoberta”, ou em outros termos, a denominação por estes profissionais de um estado depressivo para um sujeito é apenas o início do que se deve desenvolver como um permanente referenciar-se e, portanto, sujeitar-se a autoridade deste saber que tais profissionais inspiram. Os consultórios médico e psiquiátrico se confundem, já que se estabelecem como locais de coincidência na busca e cuidado com a saúde mental. Tanto o médico, quanto o psiquiatra desenvolvem no contexto atual a prática de diagnóstico e de tratamento da depressão, casos considerados de menor gravidade em saúde mental:

(...) numa consulta com um cardiologista (pois sou de pressão alta) o médico era novo aqui na cidade e, foi na primeira consulta com ele, que ele me disse que meu problema de pressão não era hereditário como sempre pensei, mas sim de ordem emocional, disse que eu sofria de um problema chamado transtorno bipolar, que é uma síndrome da depressão ... (F6).

A vigilância médica não se restringe ao olhar do médico ou do psiquiatra, mas se manifesta por meio de uma consciência médica de si generalizada. A vigilância médica de si aparece como algo essencial no cuidado de si e principalmente no cuidado de si depressivo. Uma vez reconhecido como tal, o olhar que deve percorrer este sujeito não pode perder de vista a sua relação com a depressão, de modo a remeter sempre seus comportamentos, e mesmo as impressões de quem o observa, a indícios de um estado depressivo. Os trechos a seguir descrevem como alguns participantes recomendam a constante vigilância médica: “Mantenha-se vigilante (F18)”; “Esteja informado. (...) A pessoa pode precisar de observação contínua. Comunique-se com o psiquiatra com frequência, via telefone ou por qualquer outro meio, se você suspeitar de algo anormal (F18)”.

O sujeito depressivo, enredado no discurso da doença mental, encontra-se em uma situação de assujeitamento e, portanto, vê na função curativa e gestora de médicos e psiquiatras o único caminho que o conduzirá para o que acredita ser o seu bem. Sendo assim cabe a estes sujeitos pacientes o esforço de expor tudo aquilo que possa se relacionar ao seu estado mental, a fim de obterem a cura: “Procure um psiquiatra e fale tudo o que você sente. Tente não esconder nada (F29)”; “O médico saberá o que será melhor para ti (F35)”. No entanto, a esperança de

encontrar a cura do sofrimento depressivo ou algum alívio das sensações nem sempre é alimentada nos consultórios. Ao contrário, os depoimentos levam a crer que quando o assunto é depressão, a crença na cura é quase sempre descartada:

...perguntei quando teria alta e ele disse:
nunca, seu caso é hereditário e irreversível (F31).

Não se prenda à idéia de cura, porque
nem mesmo os médicos poderão te responder...
Se foque nos seus tratamentos, porque eles
podem te trazer o equilíbrio e as medicações
ajudam muito na redução dos sintomas... (F31).

Em razão da impossibilidade de cura da depressão defendida por médicos e psiquiatras a credibilidade do tratamento e do profissional por vezes é posta à prova. Para que serviria então o tratamento se não há cura? Isto dependeria de cada profissional em suas habilidades? Críticas e indagações a este respeito se apresentam nos fóruns: “Se você der sorte aí você encontra um psiquiatra que lhe ajude. Mas se der azar pode ser que você piore e muito. E com os psicólogos é a mesma coisa (F35)”; “Quero um médico que me dê um remédio que me deixe bem. Mas isso funciona? (F35)”. Vê-se que muitos dos depressivos participantes dos fóruns, mesmo informados sobre a inexistência da cura, aderem ao tratamento pela necessidade de se livrarem por hora dos sintomas. No entanto, mesmo havendo a remissão dos sintomas acredita-se que a doença ainda se mantenha presente em potencial, esperando por um fato desencadeador ou por uma fraqueza do sujeito para que retorne. O que parece possível como prognóstico da depressão seria apenas o controle momentâneo de sua manifestação, já que quase sempre recaídas são previstas. Observa-se assim a recaída como um dos fatores que se somam na consolidação do papel de importância do médico e do psiquiatra para a permanência destes sujeitos nos consultórios:

Depressão recorrente diagnosticada desde
98 (F14).

Depressão – atual: sob controle... via álcool
(F14).

Depressão infelizmente é uma doença que sempre há recaídas... (F26).

(...) a depressão é como um vício da maconha, quanto mais você quer parar de ter depressão, você tem mais e mais e mais... (F20).

O profissional psicólogo, incluindo entre eles o psicanalista, é também citado nos fóruns como fundamental no cuidado com a depressão. Na maioria das vezes sua função é descrita como a de reorientação dos sujeitos que não atendam à norma da saúde mental, conduzindo-os assim a este almejado estado. Neste sentido, o cuidado consigo se apresenta como busca por tratamento por meio da exposição de seus problemas e da reorientação do trabalho sobre si, agora assistido por um profissional:

Não sei o que seria de mim sem a terapia, ela me fortalece, me fez aceitar e entender muitas coisas, a angústia que eu sentia ficou controlada pelo fato da auto confiança que a terapia traz, ela tem o poder de mudar a química cerebral (E3).

Se você não lidar com os sentimentos, só tomar o remédio, é como emagrecimento, a hora em que pára não mudou a relação com o alimento, engorda novamente. Pára o remédio, não cuidou do autoconhecimento, ficamos na corda bamba (F35).

(...) com a psicoterapia consegui melhorar muito (F12).

Os medicamentos são uma benção em minha vida, mas nem sempre se faz necessário por causa da terapia que me segura (E3).

Para alguns participantes, o psicólogo ao exercer sua função de condutor a este novo estado de saúde, não apenas atua como uma espécie de representante da norma da saúde mental, mas acaba por auxiliar na invenção de uma nova relação consigo mesmo, mais próxima das expectativas do sujeito. Sendo assim, sua função não parece implicar apenas em um trabalho de orientação para a adaptação a ideais normativos de conduta, mas envolve um trabalho junto a este sujeito de

questionamento quanto a ter que atender a um ideal normativo de saúde mental. Assim, o trabalho do psicólogo surge nestes relatos relacionados à tentativa de levar este sujeito em sofrimento psíquico a alcançar não apenas um estado de “melhor funcionamento psíquico” e, portanto, “melhor funcionamento social”, mas, sobretudo, alcançar um estado mais satisfatório na relação consigo. Desta maneira, o que se espera encontrar neste trabalho de autoconhecimento mediado pelo psicólogo parece não se tratar somente da remissão dos sintomas, mas de um novo estado psíquico, onde emoções como o sofrimento e a tristeza desapareçam ou se tornem mais suportáveis:

... procure um bom tratamento e você verá que a vida e o mundo ao seu redor mudarão de cor, tudo ficará mais fácil e mais bonito, os problemas diminuem de tamanho e se não há grandes problemas, você estará pronta para curtir os momentos felizes junto com sua família! Procure logo um bom médico, de preferência um psiquiatra ou psicólogo... (F25).

No entanto, um cuidado de si em referência ao saber psicológico não se sustenta apenas no contexto dos consultórios, mas se estende a práticas diárias assumidas pelos ditos depressivos, ao buscar conhecer-se, analisar seus fracassos e traumas, vasculhar seu passado, sua forma de relacionamento consigo e com os outros, no intuito de que com isto se aprenda a lidar melhor com o que julga inadequado em si mesmo:

Quando consigo perceber a raiva, aprendo a lidar com ela, descarregar, através de exercícios, berro no travesseiro, e vou lidar... acalmar, falar com o outro o que está entalado, perceber que estou com raiva de mim por não fazer algo importante. As escolhas são minhas e nada é automático, passo a passo mesmo... a terapia ajuda e muito nesse processo (F30).

Como já visto anteriormente nas ficções criadas sobre o surgimento do transtorno, acredita-se que a possibilidade de cura possa estar em sua origem. Na descoberta da origem, da causa do acometimento da depressão pode estar o seu fim, e por esta razão a função de condução do psicólogo àquilo que crêem a verdade mais íntima e “subjéctiva” do sujeito é analisada como de suma importância.

Em alguns casos a expectativa depositada na atuação do psicólogo parece responsabilizá-lo, juntamente como ao médico e ao psiquiatra, por esta nova invenção de sujeito, uma vez que delega-se a ele, um outro, este trabalho de condução de si próprio: “... É uma tristeza que vem sem motivos, não sei o que fazer. Às vezes acho que meu terapeuta não sabe o que fazer comigo... (E3)”.

8.1.1 Remediar o sofrimento

Sou tarja preta, e daí (F12)?

Quero me entupir de remédios, p****
(E15).

Não pense “que azar que eu preciso tomar um remédio”. Mas “que bom que existe um remédio para melhorar minha vida (C6)”.

Fluoxetina faz um bem e tanto para a
convivência social (C43)!

O controle da ingestão dos medicamentos por parte do profissional médico ou psiquiatra atua como mais um dos fatores na manutenção do vínculo entre o depressivo e o seu médico. As sensações e comportamentos, convertidos agora em sintomas e sinais, são analisados como indícios de um mau funcionamento orgânico ou psicossocial, o que exige que medidas paliativas sejam adotadas. A prescrição de determinadas drogas acaba atuando como o fim, a consequência esperada da visita do paciente ao médico. A finalidade deste encontro parece se resumir para muitos à validação de seu estado de doença, o conhecimento do nome de sua doença, e por fim, à prescrição dos medicamentos para a sua doença. Desta maneira, supõe-se que o quadro tido como patológico possa ser alterado ou estabilizado a partir deles. A crença no poder de controle da doença por meio destes medicamentos garante em parte a manutenção do tratamento: “... os remédios fazem você mergulhar para depois você ir melhorando... Pode contar no mínimo seis meses de tratamento também, mas não se preocupe, ela vai melhorar (F26)”. Em alguns casos supõe-se ainda que problemas enfrentados de ordem emocional possam ser resolvidos por meio da medicação, como se estas drogas garantissem uma estabilidade emocional:

Minha vida é f*** viu... uma m****. Por causa disso tomo dois tipos de remédios e o pior é que parece que estou me tornando dependente deles, porque se não tomou surto, me descontrolo... Se já tomando não me sinto bem, quando não tomo é horrível (E15).

(Devemos fazer o uso de medicamentos antidepressivos) quando percebemos que não temos mais o autocontrole das nossas emoções e quando a depressão está limitando nossas vidas em todos os setores (F29).

Na esperança do controle da doença o sujeito inicia-se em uma série de tentativas de utilização de drogas diversas, em um jogo de erro e acerto, até o momento em que haja alguma remissão dos sintomas ou que o paciente se sinta vencido pelo cansaço e pela descrença em qualquer possibilidade de cura: “(...) Esses remédios são difíceis de ‘acertarem’ na primeira tentativa, se não surtir muito efeito em algumas semanas, volte ao médico, isto é importantíssimo (F26)”; “Não quero e não vou fazer o tratamento porque já fiz por 6 anos e continuo pior cada dia e já fiz experiência com 16 tipos de antidepressivos e não obtive melhora (E3)”. Pode-se também observar nos relatos dos fóruns, que a função médica e psiquiátrica aparece relacionada predominantemente ao trabalho de prescrição de medicamentos, como já tratado no capítulo 5: “O psiquiatra foi muito legal comigo, me passou remédios... (E15)”; e que, portanto, a não prescrição de drogas curativas, ou o não alcance de uma melhora por meio dos medicamentos prescritos, pode sinalizar a quebra desta relação de confiança. A verdade sobre a saúde do sujeito dita pelo profissional em questão deve assim ser posta sob suspeita para que um novo profissional ocupe esta função.

A utilização destes medicamentos é analisada de diferentes maneiras pelos usuários participantes dos fóruns. A ingestão de psicofármacos é uma prática de si recorrente na depressão e é responsável, de certa maneira, pela atualização diária do status de depressivo do sujeito. Isto se dá não apenas pelo exercício disciplinado de tomar as drágeas diariamente, e com isto rememorar a sua condição depressiva, mas também pelo fato de que, uma série de outras sensações pode ser originada a partir desta utilização. Seriam estes os efeitos previstos ou imprevistos da ingestão de uma substância psicoativa, capaz de alterar tanto o estado de humor, quanto demais funções

orgânicas e mentais como o apetite, o sono, o interesse sexual, a capacidade de concentração, a disposição física e mental. Desta maneira, vários sujeitos passam a viver sob efeito dos psicoativos.

Alguns relatos sobre a relação dos sujeitos com os medicamentos revelam a importância assumida por eles na vida dos depressivos. Enquanto uns atribuem aos antidepressivos a possibilidade de se tornar pessoais normais, outros lamentam ter que fazer uso deles como suporte para uma vida que não está sendo bem conduzida por si:

Hoje estou péssima, cansada, desanimada
e acho horrível ser dependente de remédios
(E14).

Sabe, para ser verdadeira, eu me sinto
ótima, prefiro tomar vários remédios do que
entrar em um quadro depressivo, pareço até
doida mas beijo minhas caixas de remédios...eu
amo aqueles comprimidos q me fazem ficar
longe da depre... Jesus abençoe quem os fez...
(E14).

Não acho um problema ter que tomar
remédios e nem me acho uma anormal. Eu tento
me esforçar para ser mais sociável, mas não
rola... é só isso que me incomoda (E14).

Através de alguns depoimentos pode-se observar a alegação de um estado de dependência psíquica aos medicamentos, uma vez que se acredita que o pior possa acontecer caso a ingestão dos remédios seja suspensa. Por mais que deseje por vezes abandonar o medicamento, o seu uso deve sempre ser mantido como a garantia de sua saúde e bem-estar: “Quanto aos remédios, são uns dois meses para ela começar a reagir e depois disso não a deixe parar com eles (F26)”; “... é preciso muita força de vontade, principalmente para continuar o tratamento, pois às vezes achamos que estamos ‘curados’ e acabamos por abandonar (F5)”.

8.2 O controle da depressão

A muitos que se reconhecem como depressivo o trabalho de si está determinantemente direcionado para o controle da sua doença, para

a prática constante do que seriam os exercícios necessários ao controle de sua doença. A busca pela melhora de seu estado de sofrimento aparece como tema central em grande parte dos fóruns e enquetes pesquisadas. Estas práticas se dividem entre aquelas destinadas a evitar o reaparecimento do estado depressivo e aquelas destinadas a contornar este estado uma vez instalado. Os hábitos de ingerir medicamentos psicoativos, consultar o médico regularmente, pesquisar e se informar para conhecer a si e a doença, desenvolver um olhar atento em busca de vestígios da depressão podem ser descritos como práticas adotadas com a intenção de retardar ou evitar o que seria a manifestação neste sujeito de seu estado depressivo. Da mesma forma, outras práticas importantes se desenvolvem na intenção de contornar o estado depressivo já instalado. No fórum intitulado “O que fazer?” os participantes descrevem algumas destas práticas:

O melhor a fazer quando a tristeza chega é caminhar. (...) além de aumentar o nível de serotonina (a causadora da angústia) sempre pode se encontrar um amigo na rua e a conversa e as piadas nos fazem esquecer os problemas (F23).

Eu me corto e com meu sangue escrevo no meu diário (F23).

Se droga até morrer... (F23).

Sair com amigos de preferência! Pelo menos diante de alguém eu disfarço a depressão que sinto (F23).

Melhor é escrever nos tópicos de comunidades do Orkut, o tempo passa e a cabeça pensa em inúmeras coisas. Não serve como antidepressivo, mas o tempo passa (F23).

No fórum “O que te faz ficar melhor?” algumas práticas são descritas como importantes a fim de contornar as sensações trazidas pela depressão: trabalhar, ouvir música, assistir filmes, tomar sol, dançar, fazer sexo, fumar, gritar, etc. Não há nada de particular nas práticas citadas que as façam exercícios específicos de um estado depressivo. No entanto, em alguns fóruns, determinadas práticas de si se mostram em estreita relação com um estado mórbido, tentativas extremas de saída

deste sofrimento psíquico como exercícios de automutilação e de auto-agressão: “dava soco, batia a mão na parede, cortava cabelo e cortava mão, (...) mas ela está aqui... (E13)”; “arranhões, beliscões, batia em mim com cintos”.¹⁵; “coloquei fogo em minhas pernas com álcool (F2)”.

8.2.1 A busca pela cura

“Nunca” imagine que a depressão “vai passar” sozinha (F18).

Estar alegre, ter disposição para conhecer pessoas, sair por aí dançando sem parar em baladas com seus muitos amigos, sair com muitas mulheres, fazer muito sexo, comer bastante, ter muita energia, ter muita vontade de sair. Ops, perai, mas para fazer tudo isso eu teria que não ter depressão (F12)!

Tratamento é para losers ... a picadilha é você se auto-tratar (E15).

Se você der a um depressivo a condição de se curar, considere-se Santo, pois você tirou uma alma do purgatório (C22).

Como o controle da depressão, a busca pela cura se revela como uma das práticas freqüentes associadas ao enunciado da depressão. Neste trabalho de encontrar o fim ou o controle da depressão os sujeitos se aventuram em uma série de exercícios que julgam ter o poder de conduzir para fora da situação vivenciada como depressiva. A busca pela cura, quando associada à percepção de que a depressão é uma doença de base orgânica, é traduzida pela procura por um tratamento médico, psiquiátrico ou psicológico. Em alguns casos a depressão é analisada pelos participantes dos fóruns como fora de sua responsabilidade, como algo errado em si mesmo que precisa ser tratado, porém sobre o qual não se tem grande poder. A crença na cura se resume assim à aceitação de sua impossibilidade e ao aprendizado de

¹⁵ Fórum Você já praticou cutting?

táticas para conviver melhor com esta condição. Este pensamento se filia ao discurso psiquiátrico, uma vez que se compreende a ausência de cura a partir da idéia de diagnóstico absoluto. O sujeito passa a ser própria doença:

Tratamento não adianta quando o problema é com você mesma, quando aquilo não foi ao longo da vida, mas você já nasce sabendo que isso vai fazer parte dela por inteiro, sempre fui uma criança carente, não correspondida e completamente isolada do que vocês chamam de sociedade comum (...), você não escolhe se vai ser um deprimido ou não, você fica e aprende a conviver com isso nos seus dias (E3).

No entanto, mesmo acreditando que a depressão se trata de uma doença orgânica, de uma disfunção neuroquímica, a busca pela cura pode seguir outros caminhos que não os fundamentados sob o discurso médico, psiquiátrico ou psicológico. Tantas são as formas de se traduzir a depressão, quantas podem ser as formas de busca pela cura ou tratamento. As práticas de pensar positivo, encarar a depressão ou isolar a depressão são algumas delas:

Você será curada a partir do dia que colocar em sua mente que quer e vai ser feliz (F31)!

A solução sempre esteve dentro de você. Se você encarar sem medo sua depressão progressivamente tornar-se-á forte. Tudo dependerá de sua força de vontade (F1).

Isole a depressão. Não deixe ela afetar as outras partes da sua vida. Depois que você resolver a depressão, você cuida do resto (F12).

Por vezes, este sujeito identificado na depressão se reorienta neste misto de discursos, de modo a pôr em questão outros fatores na formação do seu quadro depressivo. Desprende-se assim de uma leitura médica, onde o aspecto individual, orgânico ou psíquico, seria o causador da depressão para então analisar os ditos sintomas como efeitos da imersão em um contexto social e cultural adoecido. Desta

maneira, a busca pela cura se reorienta pela percepção da necessidade de reestruturação das práticas sociais de um modo geral:

Como sair da depressão quando o ambiente que te causa a doença não muda (F12)?

Me peguei pensando em ir consultar com um psicologista e olhei para o meu pai e minha mãe... putz, mas será que é só eu? E me peguei vendo em minha volta um mundo problemático e que não seria só eu que precisava ter sanidade para me sentir melhor e ser feliz. Aí então percebi que isso não dependia só de mim, mas de todos nós, não era só eu... Me desesperei grandemente... Aí vejo uma pessoa que deseja ter sanidade em um mundo insano (F6).

Para muitos participantes a cura se apresenta como algo definitivamente impossível. A esta conclusão chega-se pela via dos pareceres médicos e psiquiátricos, mas também pela própria percepção de que o conjunto de sensações e comportamentos que vivencia como depressão não se modifica ao longo do tempo e nem por meio das intervenções sofridas. Neste momento parece haver para o sujeito a mais forte identificação com o discurso da doença mental, reconhecido e circunscrito no quadro clínico e no prognóstico da depressão. O sujeito mergulhado na interpretação do que seria ele mesmo em sua doença não consegue se desvencilhar do discurso patologizante que opera sobre si:

Olha, não acredito em cura, acredito que há épocas melhores e piores (E3).

(...) fui criada com visitas semanais em psicólogos, então se isso resolvesse, por que eu ainda estaria passando pelo mesmo... (E3).

A busca pela cura também se manifesta através do tema da fé cristã. A crença de que apenas Deus ou Jesus podem operar a cura nos sujeitos em depressão está presente em uma grande quantidade de fóruns. Neles, adeptos de práticas religiosas cristãs ou não falam de seus processos de cura, atravessados pela crença em milagres. Em algumas apreensões a depressão é tida como adoecimento da alma, possível de ser sanada apenas por intermédio de Deus. O estado de sofrimento chega

a tal ponto em algumas ocasiões que os indivíduos julgam ser a religião a sua única saída. A figura de Deus se torna então o único refúgio diante de um conjunto de sensações que são vivenciadas como extremamente adversas. A oração, a freqüência a missas e cultos religiosos, a confissão, a prática de princípios morais cristãos e, sobretudo, a fé se tornam os exercícios capazes de oferecer alívio neste sofrimento:

(...) graças a Deus encontrei a cura. (...).
Orei, acreditei, lancei minha fé nas páginas da Bíblia, cri com todas as forças que me restavam.
Aprendi que os sentimentos não são a base da vida, e sim a fé (F5).

Só Jesus realmente cura a depressão,
porque é uma coisa da alma e só Jesus alcança lá
... (E15).

A fé não cura depressão, mas é
ferramenta fundamental para a pessoa sair do
fundo do poço através de sua mudança mental, de
sua sintonia. A fé, juntamente com
antidepressivos, age perfeitamente na
estabilização da doença e ter sempre esperança
antecipa a melhora (F6).

Exercícios como os de purificação e de arrependimento são por muitas vezes analisados como vias de condução do sujeito crente em depressão para fora deste estado. Nesta apreensão a cura do sofrimento se daria através da imposição a si mesmo de mais sofrimento, todavia, orientado neste momento pela fé cristã: “(...) só os que se arrependem do mal que carregam dentro é que conseguem vencer tudo. (...) é esse o trabalho que deve ser feito de segundo a segundo, essa auto-lapidação. Assim vamos nos limpando, nos conhecendo, vamos transformando as trevas interiores em luz (F30)”. A busca pela cura aparece ainda descrita por meio de técnicas alternativas. Práticas baseadas em saberes distintos dos advindos das disciplinas científicas, mas também desvinculadas do discurso religioso cristão, são indicadas nos fóruns e enquetes como caminhos para o processo de cura. O budismo, a yoga e outras correntes filosóficas se destacam nos relatos como formas de saber e como conjunto de práticas capazes de auxiliar no combate à depressão.

Acredito que me ajuda também o fato de eu ser budista (E3).

Novas pesquisas afirmam que a meditação pode substituir ou complementar os antidepressivos (F12).

Depressão é foda, dei sorte com as medicações e busquei terapias alternativas (E3).

No meu caso estou conseguindo me curar graças à escolha de um sistema filosófico, o estoicismo, mas há também a teosofia, o Tão e o Zen (E8).

Neste contexto o tratamento da depressão tem como foco práticas para o alcance de determinado estado de consciência através de exercícios de meditação ou de racionalização. A sintonia com algo que transcenda à experiência cotidiana parece levar a um novo estado de consciência de si e do mundo e a se desvincular das sensações como a tristeza, o desinteresse e a angústia. Julga-se assim que, acalmando o espírito, dominando as sensações características da depressão encontrará a si mesmo e vice-versa. Nos exercícios de racionalização, nas práticas de meditação e de autoconsciência oferecidas por estas filosofias acredita-se conter a possibilidade do reencontro com uma verdade de si não adoecida. Por consequência passa a operar, a partir da relação com estas novas formas de saber, uma verdade distante da crença de si mesmo como sujeito efeito do discurso psiquiátrico, já que muitas destas filosofias trabalham na contramão deste discurso. Sua condição, antes vista como doença pode então ser interpretada sob novos ângulos, ampliando assim as possibilidades de encontrar novas saídas.

8.2.2 A busca pela felicidade X a busca pela morte

Às vezes eu vejo gente de bem com a vida e dá vontade de perguntar “como você faz isso”? (F3).

Todos os dias penso em me matar... é uma coisa mais forte do que eu... (F2).

(...) perdi um irmão há dois anos para ela,
a depressão (E4).

Acreditar-se curado pode estar associado à crença de ter encontrado para si determinado estado de felicidade permanente. A felicidade é idealizada como condição de saúde e até mesmo como obrigação moral na atualidade. Estes ideais de felicidade a serem alcançados são descritos no fórum “O que acabaria de vez com a sua depressão?”, por meio da realização de sonhos comuns a muitos como: a aquisição de muito dinheiro, viver um grande amor, viver apenas situações harmoniosas, sentir-se amado. Uma vez que não se atenda a estes ideais incorporados como deveres pode-se chegar a se auto-analisar como doente: “Eu me sinto depressiva mais quando eu vejo as pessoas felizes... e vejo que era para eu estar e não estou (F25)”. Critérios comparativos são adotados como medida para a sua própria felicidade. A felicidade que se fantasia ser vivida pelas outras pessoas assume a função de marcar esta diferença entre o que seria normal e anormal em termos de sensação. Assim, a suposta felicidade alheia serve como termômetro acusando para o sujeito o seu estado depressivo: “É difícil sair na rua e ver um casal de namorados se beijando felizes, um grupo de amigos rindo, se divertindo (...), me lamento por dentro pela minha vida ser tão infeliz (F25)”.

A depressão é por vezes mencionada pontualmente como o estado contrário da felicidade: “(...) eu acredito que depressão tem um nome só: “infelicidade”! Não sou feliz, o que me torna depressiva (F30)”. Desta maneira, para muitos esta incapacidade de ser feliz é vista como penalidade ou algo inerente ao sujeito, o que não se pode ou não se deve modificar: “(...) quando eu penso que está tudo bem parece que uma coisa me diz “você não tem o direito de ficar feliz”(F17)!”. A depressão emparelha-se à tristeza, identificada como sua manifestação mais forte e duradoura. Todavia, a ocorrência da tristeza na depressão não aparece relacionada a uma situação específica, mas é descrita como de origem vaga e imprecisa, algo fora do controle e do campo de compreensão do sujeito que a vivencia. É esta linha que parece melhor definir a separação entre o que seria uma simples tristeza e um estado depressivo; a motivação deste sentimento, ou seja, a existência ou não de uma justificativa plausível para a origem da sensação. Tem-se assim, na análise da relação entre tristeza e depressão discutida em fórum, que a tristeza é percebida como algo normal e de causas externas, justificada pelos infortúnios da vida, enquanto a depressão é avaliada como intrínseca ao sujeito, de origem interna e subjetiva:

Apesar de parecidos a tristeza com o tempo passa, já a depressão pode perdurar por toda a vida, é algo transcendental que atinge e adoce a alma (E1).

A tristeza é momentânea e a depressão vem de dentro de você, ou seja, é o seu estado de espírito (E1)!

Estar em crise de depressão nem de longe se compara com a tristeza. A depressão dói muito mais, aparece quando a gente menos espera e parece que nunca vai passar (E1).

Dentre as práticas de si adotadas pelos depressivos, uma em especial parece ter grande relação com a crença sobre a impossibilidade de sentir-se feliz. A referência à morte como algo almejado ou a referência a tentativas concretas de suicídio adquirem grande repercussão nos fóruns e enquetes. A saída do estado de depressão através do suicídio é suscitada como a única solução ou a mais acertada diante de tanto sofrimento e diante da impossibilidade de se sentir feliz: “(...) não agüento ficar mais neste mundo sofrendo, chorando, angustiada e querendo morrer direito... (F2)”. A morte seria para estes participantes o alívio do estado descrito como de dor insuportável. Dentre as razões para a desistência da vida estão o sentimento de raiva, a falta de sentido, além de uma sensação de dor insuportável: “Tenho vontade de morrer e matar este ódio que sinto de mim e do mundo... (F2)”; “Eu tenho pensado em suicídio por não saber qual será o rumo da minha vida (E15)”. Para algumas pessoas a própria perda da vontade de viver, atribuída à depressão, já representa o estado de morte, apenas materializada através do suicídio.

Deixar-se morrer engloba práticas de abandono do cuidado consigo, negligenciando a alimentação, a higiene e a segurança, infligindo ao corpo situações de excesso, escassez ou de perigo: “(...) a depressão se desenvolve fazendo com que o depressivo atue de forma imprudente (ou impensada) e venha a falecer (E4)”. Já fazer-se morrer implica em suicídio, no ato voluntário e calculado em busca da morte: “Já pensei como já tentei! Cortando os meus pulsos ou tentando me enforcar... tomar medicamentos... (F2)”. Fazer-se ou deixar-se morrer difere ainda do pensamento de morte que, de maneira insistente, vai delineando um caminho de negativas para tudo que inspire vida: “O

pensamento de morte não é voluntário. É devido a tantos problemas sem saída, você acaba adotando uma postura de baixa estima muito grande e pensa que nada no mundo mais importa (F2)".

O pensamento de morte aparece como desejo de realização futura e as maneiras de alcançá-la são apresentadas de forma fantasiosa pelos participantes: "Sinto uma vontade enorme de cortar meus pulsos ou me jogar de um prédio bem alto (F2)". No fórum "Alguém aí é um completo desastre socialmente?" o diálogo se centra no tema da morte, na confissão das tentativas de suicídio, na descrição das sensações envolvidas e das causas do insucesso na conclusão do feito. Alguns relatos deixam transparecer a existência de sensações como alívio, conforto ou até mesmo prazer, envolvidas neste trabalho de reavivar o desejo de morte e as buscas rumo ao ato derradeiro:

(...) eu queria um câncer porque não sou capaz de me matar não...

Quando vou dormir fico torcendo para não acordar mais, dormir para sempre.

Eu moro em prédio... poderia facilmente pular da janela e pronto! Mas não consigo, eu já sentei nessa janela muitas vezes e fico só pensando...

Querida uma arma, mas é inacessível para mim.

(...) sou capaz de tirar a minha, desde que eu tenha um meio indolor (o que é difícil).

Já fiz várias tentativas (concretas). De todas, só não consegui me enforcar. Coloquei um lençol no pescoço, pendurei, subi na cadeira e não consegui pular.

Embora muitos participantes manifestem em seus relatos o desejo de morte, pode-se observar através das justificativas que a não concretização deste ato se ampara, sobretudo, sobre a idéia de punição recebida de Deus, pensamento ligado ao discurso religioso: "(...) nunca tentei me matar porque sei que perco a salvação (F2)". A atribuição a si mesmo de certa fraqueza como impedimento para a entrega à morte aparece também como uma das justificativas para a desistência do ato:

“O que me falta é coragem (F2)”; “Como eu falei até para a gente se matar a gente tem que ter forças e isso é algo que eu não tenho mais (F3)”. Outro impedimento para a realização do suicídio está no medo evidenciado por muitos de se arrepender caso venha a sobreviver à tentativa, ficando com uma dor maior que a da depressão, o que tornaria a vida ainda pior: “Morrer resolve tudo, mas ficar doente com seqüelas não (F3)”. Pesa também para a não consolidação do suicídio o fato de gerar em decorrência à família sofrimento. O fazer-se morrer é colocado à prova entre os próprios participantes como possível prática de simulação: “Se alguém quer se matar e tem coragem para isso consegue facilmente de primeira, segunda no máximo, né? Gente que tenta 20 vezes não pode ter tentado seriamente (F3)”.

8.2.3 Produção na depressão

(...) transformei minha fraqueza em fortaleza, agora uso a depressão como meu fator X, é como uma chave que quando me afeta logo eu arranjo um modo de deixar tudo mais louco e emocionante.¹⁶

As manifestações descritas sob o nome da depressão não apenas se compõem de um conjunto de práticas associadas à tristeza, ao desinteresse ou ao desejo de morte. Em algumas circunstâncias os exercícios de si sob a influência de uma verdade da depressão não visam apenas a cura, a felicidade ou a desistência da vida, mas se constroem sobre a idéia de produção e superação, aperfeiçoamento de si. A crença de que potencialidades, antes desconhecidas ao sujeito, podem ser afloradas a partir do mergulho em um estado depressivo povoa a imaginação de muitos, como também são narradas como acontecimentos reais. A estas práticas transcorridas do encontro com a depressão confere-se o poder de emancipação, fortalecimento, desafio, superação. O fórum “A depressão tb tem seu lado bom...” pode oferecer amostras destas práticas de si analisadas como operadoras de mudanças, no sentido de produzir novos comportamentos, sensações e também uma nova forma de relação consigo para o depressivo.

¹⁶ Fórum A depressão também tem seu lado bom...

O estado considerado como depressão oferece aos sujeitos diferentes possibilidades de condução: uma posição de inatividade, lamentação e desistência da vida, e com isto a prática de um cuidado consigo aproximado do estereótipo do sujeito depressivo, ou em outra via, uma posição de atividade e de investimento ainda maior em si mesmo e em seus projetos, praticando um cuidado consigo mais atento, mais preocupado em livrar-se do prognóstico e do perfil de doente depressivo. Nesta forma de condução, novas práticas passam a ser necessárias a fim de encontrar soluções para o que lhe aflige sob o nome da depressão. E assim, estas novas práticas conduzem a novas formas de vida, à construção de uma nova forma de verdade de si e do que lhe cerca. O fórum “A depressão também tem seu lado bom...” traz algo sobre isto:

Quando estamos depressivos evoluímos...
é verdade, posso dar vários exemplos: comecei a
andar de skate num momento de depressão,
estudar, pratiquei kung-fu também... são nestas
fases que nos tornamos melhores como pessoa...

Quando me vejo deprimida aí eu vou
fazer algo que nunca fiz, é sempre algo bom,
agora faço faculdade. Estou em depressão.

É, no meu caso essa minha depressão tem
sim um lado bom, pois sou escritor. (...) Quase
sempre que me vejo preso a esse estado eu fico
bem mais criativo, é como se a minha
criatividade dependesse deste tipo de sentimento
para ela fluir...

A verdade é que se somos fortes o
bastante, a depressão nos ajuda a fazer coisas que
são realmente obstáculos em nossas vidas, a
depressão faz uma coisa simples e aparentemente
fácil ser bem diferente para nós, e quando
conseguimos alcançar nosso objetivo, vemos que
podemos nos superar e vencer qualquer
obstáculo, estando em depressão ou não.

No entanto, as mudanças e superações trazidas por estas práticas de si associadas à depressão não se estabelecem necessariamente como uma separação da doença ou do conjunto de saberes e práticas que dão

materialidade ao depressivo. Podem efetuar mudanças e oferecer novas formas de condução de si, marcando o que consideram como uma nova fase da vida; todavia, em muitos casos, evidencia-se a existência de um ciclo de idas e vindas entre as posições de inatividade e de atividade do sujeito em relação ao enunciado da depressão. Nota-se assim que por mais que se sugira a existência de uma nova realidade, mais criativa, trazida com a depressão, esta se encontra ainda em referência ao nome da doença. Desta maneira, podem ser analisadas como práticas provisórias e auxiliares no controle de si mesmo quando em estado de depressão e não práticas de desvencilhamento desta forma de subjetividade:

Para combater a depressão mergulhei de cabeça na informática, me tornei especialista (...).
Só que agora que conheço tudo de informática a depressão voltou e estou praticado fotografia (...).
Mas mesmo assim não funciona, não funciona perfeitamente, mas ajuda muito a sair do abismo (F1).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Felicidade é alienação da verdadeira condição humana que é propriamente melancólica! (F19)

Acho que se eu tivesse uma amnésia seria legal... Tipo acordar e não saber de nada, principalmente da depressão! E aprender a conhecer as pessoas de novo, aprender a viver diferente e ser feliz... Acho que isso seria uma saída ou então seria pior?(F21)

Esta análise das práticas de si a partir de relatos tomados como arquivos permitiu descrever alguns vestígios do trabalho de produção de um modo de vida que tem como verdade a existência de uma condição psicopatológica para si. Como efeito do assujeitamento ao saber médico-psiquiátrico constrói-se um contexto de trabalho para si de conhecimento e cuidado orientado pelo reconhecimento na depressão e pela constante identificação com o que seria o depressivo. A posição ocupada pelo indivíduo no discurso o encaminha a tornar-se sujeito deste conhecimento médico-psiquiátrico. Tais saberes dão forma a modos de vida em referência à saúde e à doença, ao normal e ao patológico. A verdade prende-se assim a esta objetivação que atribui uma natureza adoecida ao indivíduo, de modo a se conhecer, interpretar, cuidar e sentir-se como sujeito da doença mental. Nesta conformação o sujeito da depressão coincide com o sujeito do discurso psiquiátrico, desviante da norma da saúde mental e que precisa ser ajustado emocionalmente, em suas formas de condução, em seu humor, a fim de que assim possa aproximar-se da expectativa ideal, sendo produtivo e adaptado. Objetivado por este saber e por práticas que visam à saúde ele toma corpo no momento em que se reconhece como tal, em que aceita sua condição de depressivo, que se torna não apenas um objeto do discurso e de práticas, mas sujeito que produz a si mesmo por meio de um trabalho constante em referência a esta verdade patologizante.

O discurso científico, em particular o discurso médico-psiquiátrico e o psicológico, torna o indivíduo objeto de conhecimento para si mesmo e para os outros, sujeito que fala a verdade sobre si mesmo a fim de se conhecer e ser conhecido e que aprende a operar transformações em si mesmo a partir deste saber. Este trabalho de domínio e conhecimento de si investido pelas práticas médicas leva a um cuidado de si medicalizado. Assume-se assim uma vigilância médica

que se manifesta por meio de uma consciência médica de si generalizada. Neste reconhecimento como depressivo torna-se foco a sua relação com a depressão, de modo a observar sempre pensamentos, afetos e comportamentos como indícios ou resultados dela.

Os dispositivos biopolíticos na forma de um cuidado generalizado com a saúde e com a manutenção da vida atuam no nível dos indivíduos e das populações a fim de obter estados globais de equilíbrio e de regularidade. Desta maneira, a medicina opera de modo a intervir e tomar a população como corpo em um sentido biológico. O intuito de alongar a vida em sua produtividade leva a conformação de uma política que sustenta o trabalho de proteção da vida e de conscientização dos indivíduos sobre os riscos e cuidados necessários para se manter vivo e produtivo. A depressão como uma das produções desta racionalidade evidencia os desvios e a improdutividade dos corpos, marcando a necessidade da realização de um trabalho de reajustamento. Caracteriza-se por meio dela a necessidade de reformulação de condutas, de afetos, de humores, de maneira que o indivíduo desviante possa fazer parte da população como peça operante, restabelecendo o seu lugar na média.

O poder psiquiátrico na atualidade atua sobre os corpos, pensamentos e comportamentos de maneira mais sutil, em um trabalho de discriminação, classificação e direção, operando na forma de um controle já disseminado em uma consciência psiquiatrizada, em que cada indivíduo observa a si mesmo e aos demais tomando como referência o saber psiquiátrico. O diagnóstico da depressão se apresenta na psiquiatria em seu poder de diagnóstico absoluto, marcando ou não a condição de doente mental para um indivíduo. O contexto de produção da experiência da doença mental se assenta sobre a fragilidade da psiquiatria em sua tentativa de superar as inadequações que a impedissem de se estabelecer como ciência, culminando assim na criação de uma série de estratégias como provas de realidade para a comprovação da existência da doença psiquiátrica. A ausência de um local no corpo para situar a doença mental, a crença na hereditariedade como sua origem, a menção a pequenos atos indicativos desde a infância de sua existência, a inexistência da expectativa de cura por meio dos tratamentos psiquiátricos, as práticas de direção da vida do paciente atribuídas ao psiquiatra, a difusão deste saber consolidado em inúmeras práticas “psi”, todo este conjunto descrito por Foucault e que forma o contexto de emergência e de consolidação do poder psiquiátrico aparece retratado por diversas falas presentes nos fóruns.

Pode-se compreender que cuidar de si em nome de uma responsabilidade social e individual incorre no conhecimento das

normas vigentes que descrevem o que é a saúde para o sujeito naquele dado momento, no desenvolvimento e manutenção de práticas que conduzam a este estado, pondo em funcionamento um trabalho específico de conhecimento de si e de cuidado de si.

A ética, o modo de se conduzir na experiência, liga-se na modernidade estreitamente ao saber médico de maneira que as relações possíveis com a verdade sobre seu ser e sua saúde acabam por corresponder quase que exclusivamente a este saber, ao que ele tem a dizer sobre este sujeito objeto. A doença mental assume valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece desta maneira, determinando o mórbido pelo desvio. Aquilo que é atribuído como anormal reflete uma projeção de temas culturais de uma sociedade, o que põe em questão a relação da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não como adequado na conduta dos indivíduos.

Ao ter em vista o que Foucault apresenta como aspectos de uma experiência ética – substância ética, modos de sujeição, teleologia do sujeito moral e práticas de si – esta pesquisa lança algumas suposições a respeito da depressão como uma das manifestações da experiência da doença mental. Pôde-se supor assim como substância ética, esta parte de si mesmo a ser investida no trabalho ético, o conjunto de pensamentos, comportamentos, sensações, tidos em geral como o que seria a subjetividade, em uma apreensão comum do termo, remetendo à idéia de interioridade, de uma substância que individualiza cada sujeito. A partir dos relatos observados pôde-se notar que a principal questão que os levam aos fóruns diz respeito a algo particular e ao mesmo tempo familiar a todos, algo que pode ser descrito como uma substância adoecida em si mesmo, demasiadamente sensibilizada, inadequada, situada ora no corpo, ora na mente, ora na alma. Esta subjetividade, analisada como material e contida em si mesmo, aparece em estreita referência ao que se acredita ser a verdade do sujeito, a subjetividade como substância. A ela se liga o sofrimento, sensação tida como comum àqueles que se crêem nesta mesma condição. Em busca desta verdade, e sempre em relação a ela, os indivíduos se põem a trabalhar como detentores desta forma particular de sofrimento.

Pôde-se analisar como modo de sujeição próprio a esta forma de relação consigo a norma da saúde, vinculada tanto ao discurso médico quanto ao psiquiátrico; discursos que operam de modo a discriminar, classificar e conduzir o conjunto das populações, e também cada indivíduo, para aquilo que descrevem como a saúde. Isto implica na crença em uma obrigatoriedade em se conduzir a partir das regras e

jogos de verdade sugeridos ou impostos por esta racionalidade científica de fins biopolíticos.

Como teleologia do sujeito moral, este tipo de sujeito que se almeja alcançar trabalhando a si mesmo para tanto, pode-se descrevê-lo como o sujeito ideal da norma da saúde mental, um sujeito ficcional, não abordado pelo discurso psiquiátrico justamente por não existir concretamente. Este é descrito em muitos depoimentos nos fóruns pesquisados como o sujeito normal, feliz, adaptado, longe do sofrimento, produtivo e satisfeito consigo mesmo. Todo o trabalho investido em si mesmo por meio das práticas de si aponta para uma forma de subjetividade que tem o inatingível como medida, uma vez que o humor equilibrado, o auto-controle dos pensamentos, a adequação dos afetos e a sensação de satisfação consigo mesmo não podem ser garantidos em sua frequência e intensidade ao longo da vida. Por se tratar de condições difíceis de serem alcançadas concretamente e mais ainda de serem mantidas, deste trabalho apenas pode decorrer uma forma de ser sujeito identificada com sua condição de inadequação e na busca constante por uma suposta outra situação que possa refletir um estado de plenitude e de satisfação.

O sujeito da depressão emerge através das práticas de si. É através delas que pode haver a coincidência entre o sujeito objeto do discurso psiquiátrico e o sujeito concreto capturado nesta busca pela normalidade de humor e de condutas. É por meio deste conjunto de práticas historicamente situadas e disponíveis no meio cultural que o sujeito dá-se a trabalhar e se prende a uma verdade que redimensiona o discurso sobre si mesmo. A depressão enreda o sujeito neste contexto de disseminação de práticas diagnósticas. As práticas de si na produção desta forma de subjetividade psicopatologizada podem ser descritas, dentre tantas outras, como: a investigação médica realizada por profissionais, por si mesmo e por demais pessoas a fim de encontrar uma verdade depressiva a ser assumida e combatida; o trabalho de conversão de sensações em sintomas psicopatológicos; o uso de medicamentos psiquiátricos; a busca por terapias psicológicas, curas alternativas e a fé religiosa; a prática de escrita confessional ressaltando o sofrimento depressivo. Em suma, práticas de conhecimento de si e práticas de cuidado de si, na maioria das vezes, psiquiatrizadas, psicologizadas, medicalizadas.

É através destas ações orientadas por um saber socialmente legitimado e posto em prática por meio de estratégias de poder que o atravessamento pela verdade da depressão incorre em uma forma de subjetividade em que o sujeito vê-se como portador de uma doença

mental. Para se reconhecer depressivo é necessário investigar e encontrar em si esta verdade depressiva; é necessário recorrer a terapias e ao saber psiquiátrico para que assim seja orientado na forma esperada de condução de sua existência; é necessário o uso de medicamentos para o controle e a superação de sua suposta condição depressiva, mesmo que com isto esteja reatualizando diariamente seu *status* de doente. É necessário ainda unir-se aos demais depressivos, somando forças na construção de uma forma de vida característica da depressão. Estas práticas de si atuam não apenas na produção do sujeito da depressão, mas na manutenção deste tipo de subjetividade moderna, construída em referência a quadros psicopatológicos, controlada biopoliticamente e sempre em busca do cumprimento das expectativas da norma.

Conforme foi possível observar no decorrer desta pesquisa tornar-se depressivo é realizar um trabalho não de encontrar a depressão em sua “interioridade”, mas de adotar exercícios de reconhecimento de si como depressivo, ligando um conjunto de sensações a uma verdade presa à racionalidade biopolítica e que determina um ideal de saúde a ser seguido. Tornar-se depressivo implica nas práticas de interpretar-se, justificar-se e inscrever-se projetivamente nos limites de uma perspectiva médica e psiquiátrica, dando contornos a um conjunto de sensações até então não capturado com tamanha propriedade por outro saber. Tornar-se depressivo diz respeito à relação com uma verdade que diferencia um tipo de sofrimento como característico da depressão.

Neste contexto, a comunidade apresenta-se como local privilegiado para reconhecer-se depressivo, para determinar um denominador comum àqueles que ligam o sofrimento, a tristeza, o desinteresse ao nome da depressão. Uma série de práticas é produzida e reproduzida neste contato com as comunidades, pondo em referência a este discurso sujeitos identificados com a depressão e também aqueles que ainda não o são. Assim, as comunidades operam formando e reformulando as práticas de si dos supostos depressivos e também daqueles que se dispõem a viver neste contexto onde circula o enunciado da depressão.

Variados jogos de verdade vão desenhando o sim e o não para a depressão. Sintomas, sinais, prognósticos e justificativas comuns marcam a comunidade como local para se experimentar um mesmo quadro. Arquiteta-se um espaço virtual onde a proximidade entre o mesmo, os depressivos, e a distância em relação aos demais, os não depressivos, aponta para uma divisão entre o sofrimento supostamente saudável e o sofrimento adoecido. Garante-se assim uma experiência ética praticada na familiaridade de uma espécie de sofrimento, na

cumplicidade neste tipo de igualdade, tendo como efeito a produção de um sujeito para ocupar a posição de depressivo. Dentre as funções conferidas às comunidades relacionadas à depressão pelos seus participantes a prática do aconselhamento aparece ao lado do desabafo e da busca por informações como uma das atividades centrais nestes fóruns e enquetes. A cura se apresenta como possibilidade distante e por isto, o desabafo, o aconselhamento e a busca por informações sobre a depressão se estabelecem como práticas de controle e de sobrevivência diante do estado de depressão. Mesmo que nos relatos daqueles que vivenciam este mesmo problema não se encontre a cura como solução, o alívio dos sintomas e o compartilhamento do sofrimento podem garantir a manutenção e a importância desta convivência virtual.

Acredita-se que por meio desta pesquisa tenha sido possível colaborar para a problematização do caráter de produção desta experiência de subjetividade e da elaboração de um modo de vida característico ao depressivo. Ao tornar mais evidente as técnicas de si investidas na construção desta forma de ser sujeito ligada ao saber médico-psiquiátrico faz-se possível analisar este acontecimento como histórico, datado, produzido e, portanto, capaz de ser superado ao longo da história por outras formas de condução de si. Formas menos limitadoras de se lidar com determinadas sensações, diferentes oportunidades de conviver com certos sentimentos e comportamentos vistos como inadequados neste momento pela sociedade.

Os textos de Foucault utilizados aqui como fontes para reflexões e ferramentas de aproximação com o problema da produção desta experiência atuam em seu conjunto como anúncio da necessidade de construção de uma nova ética, devido ao perigo atual da restrição das práticas de relação consigo a formas extremamente normalizadas. Uma cultura reduzida de si, apropriada pela competência que se baseia no saber médico impele à realização de um trabalho sobre si que torna indivíduos e comunidades em saudáveis, normais e produtivos, os prendendo à racionalidade do biopoder. Foucault demarca o perigo de se tentar fundamentar as normas na religião, na lei e também na ciência, levando o sujeito a buscar a verdade dos seus desejos, a se tornar aprisionado a si mesmo, governado pelo poder normalizador da medicina. Neste sentido, compreende-se que um si constituído como entidade pública, ao invés de se pautar no eu profundo da ética cristã ou da verdade científica normalizadora, estaria menos vulnerável às atuais técnicas de saber-poder disponíveis, havendo assim mais margens para que outras formas de ser sujeito pudessem emergir.

Faz-se, portanto, necessário abrir caminho ao surgimento de novas formas de sociedade, e com isto novas formas de subjetividade, onde desejos comuns e imperativos sociais como os de felicidade e de produtividade não sejam normas que ao não serem atendidas demarquem indivíduos sob a crença em uma patologia orgânica ou mental embutida em si e impossível de ser vencida. É preciso abandonar a idéia de que uma sociedade necessita, através da demarcação de certos desvios, instaurar uma dada normalidade para seus membros e funções específicas de direção da vida daqueles que são julgados de alguma forma como inaptos para a sociedade. Marcar como doença uma forma de condução a partir do nome da depressão é limitar quaisquer outras possibilidades de apreensão deste fenômeno, é determinar com conteúdo patológico certas sensações e comportamentos que não dizem respeito necessariamente a indícios de sintomas e sinais pessoais, mas que estão inscritos de forma coletiva, em práticas e em discursos, sendo o sujeito apenas o seu efeito, o fim. O exercício de conhecer-se depressivo só poderá ser desinvestido por meio de um novo saber possível de dar novos contornos a estas sensações lidas hoje como patológicas.

Falar do surgimento de novas formas de relação consigo e com a verdade é falar de novas formas de se constituir, novos meios de se sujeitar a um saber, de circular pelas redes de poder. Mas para fundar uma nova forma de subjetividade é preciso se desprender das tramas exclusivas que traduzem eventos de maneira padrão e que capturam indivíduos em um dado saber que antecede o questionamento, chance indispensável à emergência de novas configurações para o saber. Ao fundar novas formas de se conduzir, de se relacionar consigo e com a verdade, novos posicionamentos nas tramas do poder podem acontecer.

É preciso tempo para poder problematizar o que nos cerca e o que nos faz ocupar determinadas funções-sujeito, tempo para pôr em crise o que acreditamos ser, a forma que atribuímos como a mais provável para se viver, aceita e reproduzida. É preciso saber-se sujeito efeito de discursos e práticas objetivantes e subjetivantes, reconhecer o seu próprio trabalho na confirmação de uma verdade como sua, situar-se dentro de um contexto histórico em seu conjunto de práticas. Assim, um outro desenho da relação entre sujeito e verdade pode apontar para maior criatividade e liberdade de posicionamento em meio ao que a cultura oferece, diante aos lugares que somos convidados a ocupar.

O sofrimento, a tristeza, a insatisfação e o desinteresse, tomados nos séculos XX e XXI como sinônimos de transtorno psiquiátrico, precisam ser desinvestidos de tal análise, para então retornarem ao plano das sensações aceitáveis, possíveis e necessárias de serem vivenciadas

pelos indivíduos e pela população. Sobre estas sensações não deveria pesar o poder de marcar, com o sim ou o não, a verdade do sujeito que, na atualidade se encontra predominantemente vinculada à verdade da sua saúde. Nem deveriam ser perpetuadas como características intrínsecas ao sujeito, uma vez que as experimente de maneira mais constante. Elas falam não apenas de um indivíduo adaptado ou não dentro das determinadas condições, mas, sobretudo, de uma sociedade que traça certa obrigatoriedade em se adaptar de acordo com a norma da saúde, com a necessidade de produção acelerada e com a sustentação de uma imagem de felicidade difícil de ser alcançada. Como Foucault alerta, o ser ou não ser doente em se tratando de diagnóstico psiquiátrico toma o lugar do estar doente e circunscreve o sujeito dentro uma realidade de escassez de outros caminhos. Estes se resumem muitas vezes em se medicar, analisar ou espiritualizar, permanecendo estagnado nos limites do saber médico-psiquiátrico.

Mas o que mais poderia ser apreendido deste conjunto de sensações que não o circunscrevesse como doença? Para que novos caminhos poderia apontar? Cabe lembrar que outrora foram os poetas, mergulhados em sofrimento, desinteresse e tristeza, que por meio da escrita de si inauguraram outra forma de se conduzir atravessados por tais sensações, produzindo uma relação consigo e com a verdade livre das determinações que hoje denomina como doente o indivíduo que delas experimentam. Já se denominou como característica artística o que hoje se apresenta como manifestação de uma doença. Cabe também refletir que a felicidade, o fazer viver e a receptividade e interesse em relação ao mundo e aos demais não foram sempre atributos bem quistos ou exigidos em sociedades anteriores a esta, orientada sob a racionalidade biopolítica. Sendo assim, vale lembrar que a história em seus desequilíbrios está em constante produção, e que o seu curso se altera a cada momento.

Portanto, reavaliar nossas funções como sujeitos, estar atentos às relações de poder que nos governam nossos dias e, sobretudo, observar as pequenas práticas, hábitos, pensamentos, gestos que adotamos a cada momento propiciaria a crítica do que somos nós na atualidade, e com isto a criação de outros modos de vida, outras maneiras de se posicionar no mundo. Acreditar que há diferentes formas de se reconhecer sujeito, diferentes processos de objetivação, não apenas orientados pelo conhecimento científico, reconhecer o próprio trabalho na produção de si como sujeito, é permitir desvincular-se de verdades que aprisionam o sujeito na atualidade a um modelo estagnado de vida é dar a chance à

história de contar de uma nova experiência de subjetividade, e para isto esta pesquisa espera de alguma forma ter contribuído.

10 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriano, Amaral. (2004). *Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará.

BARBOSA, Rommel, Luz, F. (2007). Foucault e a ética: algumas considerações. *Revista Aulas*, n.3, dez 2006 - mar 2007.

Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/numero3.htm>

Acesso em 25 de agosto de 2008.

BLECH, Jorg. (2005). *Los inventores de enfermedades: como nos convierten em pacientes*. Trad. Susana Tornero. Espana: Ediciones Destino.

CANDIOTTO, César. (2007). Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. In: *Kriterion*, Belo Horizonte, n.115, junho, pp. 203-217.

CONRAD, Peter. (2007). *The Medicalization of Society*. Published by The Johns Hopkins University Press, Baltimore MD.

DREYFUS, Hubert. L., & RABINOW, Paul. (1995). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Tradução: Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Medicas.

FOUCAULT, Michel. (1969/2009). *A arqueologia do saber*. 7 ed. Tradução: L. F. B. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (1979/2008a). A política da saúde do século XVIII. In: *Microfísica do poder*. 26ª ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1971/2007). *A ordem do discurso*. 15ª ed. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola.

_____. (1984a). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Manuel Barros da Mota (org.). Tradução: Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1981-1982/2004). *A hermenêutica do sujeito*. Ed. dirigida por François Ewald, Alessandro Fontana e Frédéric Gros. Tradução: Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1954/2000). *Doença mental e psicologia*. 6ªed. Tradução: Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda.

_____. (1984b). Foucault. In: Manuel Barros da Mota (org.). Tradução: Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1975-1976/1999). Em defesa da sociedade: curso no Collège de France. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1988/2009). *História da sexualidade 1: A vontade de saber*. 19ª ed. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. (1984/2007). *História da sexualidade 2: O uso dos prazeres*. 12ª.ed. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. (1985/2007). *História da sexualidade 3: O cuidado de si*. 9ªed. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. In: Educación Médica y Salud, v. 10, n.2, pp. 152-170.

_____. (1979/2008b). Nietzsche, a genealogia e a história. In: *Microfísica do poder*. 26ª ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1984c). O cuidado com a verdade. In: Manuel Barros da Mota (org.). Tradução: Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1974-1975/2001). *Os anormais*: curso no Collège de France. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1998). *O nascimento da clínica*. 5.ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (1973-1974/2006). *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1984d). O retorno da moral. In: Manuel Barros da Mota (org.). Tradução: Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1995a). O sujeito e o poder. In: Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. *Michel Foucault - uma trajetória filosófica*: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (1984e). Polêmica, Política e Problematização. In: Manuel Barros da Mota (org.). Tradução: Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1997). *Resumo dos Cursos do Collège de France*. Tradução: A. Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1983). Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. *Michel Foucault - uma trajetória filosófica*: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. (1979/2008b). Sobre a história da sexualidade. In: *Microfísica do poder*. 26ª ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1990). Tecnologías del yo. In: Morey, M. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: ICE/UAB.

_____. (1984f). Uma estética da existência. In: Manuel Barros da Mota (org.). Tradução: Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. (1993). Verdade e subjetividade. In: *Revista de Comunicação e Linguagem - Michel Foucault - uma analítica da experiência*. Lisboa: Editora Cosmos.

FONSECA, Márcio. Alves. (2003). *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC.

FISCHER, Rosa. Maria. Bueno. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, novembro, pp. 197-223.

_____. (2002). A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, M. V. (org.). *Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação*. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A.

MARTINS, André. (2004). Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4), julho, pp. 950-958.

OLIVEIRA, Gabriela Dias de. (2006). *Exercício de ontologia do presente: para um pensamento da ética e da política a partir de Michel Foucault*. Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de mestre. Curso de pós-graduação em Filosofia. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Santa Catarina.

OMS - 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.

ORKUT- rede social virtual de relacionamentos. Disponível em: www.orkut.com
Acesso entre os anos de 2008 e 2010.

ORTEGA, Francisco. (1999). *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro, Rj: Edições Graal Ltda.

PELBART, Peter P. (2003). *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo, SP: Iluminuras.

PIRES, Carlos Lopes. (2004). O *Homo Biologicus*: o equívoco psiquiátrico do reducionismo biológico. In: *O que é ser humano?* Cd-rom editado pela Faculdade de Filosofia da Universidade de Braga.

Disponível em: http://www.clinicapsicologica.com/reflectindo_sobre_o_homo_biologicus.pdf Acesso em: 17 de outubro de 2008.

PRADO FILHO, Kleber. (2006). *Considerações acerca do cuidado de si mesmo contemporâneo*. Texto referente à comunicação realizada pelo autor no evento “Ética e o cuidado no contemporâneo” no Departamento de pós-graduação (Mestrado) em Psicologia da Universidade Federal Fluminense em 2006.

_____. (1998). *Trajetórias para a leitura de uma história crítica das subjetividades na produção intelectual de Michel Foucault*. Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor. Curso de pós-graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. USP, São Paulo.

_____. (2005). Uma história crítica da subjetividade no pensamento de Michel Foucault. In: Falcão, L. e Souza, P. (orgs.). *Michel Foucault: perspectivas*. Florianópolis: Clicdata Multimídia/Achiamé.

_____. (2008). *Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas*. Texto no prelo.

RAJCHMAN, John. (1993). *Eros e a Verdade: Lacan, Foucault e a questão da ética*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1989). *Foucault: a ética e a obra*. Texto apresentado no Colóquio Rencontre Internationale – Michel Foucault Philosophe. Paris, 9, 10, 11, janvier. Paris, Seuil, 1989. Tradução: Wanderson Flor do Nascimento.

Disponível em: <http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art02.pdf>
Acesso em agosto de 2008.

REVEL, Judite. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Tradução: M. R. Gregolin; N. Milanez; C. Piovesani. São Carlos: Claraluz.

_____. (1987). *Foucault: a liberdade da filosofia*. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor.

ROUDINESCO, Elisabeth. (2000). *Por que a psicanálise?* Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.

VALENTINI, Willians; LEVAV, Itzhak; KOHN, Robert; MIRANDA, Cláudio T; MELLO, Andrea Abreu Feijó & MELLO, Marcelo Feijó. (2004). Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Pública*, 38(4), pp. 523-528.

