

O DISCURSO E AS NARRATIVAS NA VIVÊNCIA DA DEPRESSÃO

Modesto Leite Rolim Neto*

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, Brasil

RESUMO: O objetivo é relacionar o discurso do portador de depressão com as manifestações narrativas incluídas nas histórias alicerçadas na vivência com o transtorno.

Foram entrevistados 220 pacientes, com média de idade variando entre 20 a 59 anos, no Hospital Municipal da cidade de Santa Cruz, localizada no interior da Paraíba. Foram escolhidos, uma amostra de 120 pacientes com características clínicas de episódio depressivo, baseado em critérios diagnósticos do CID-10; estarem no acompanhamento psicológico e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista narrativa. A observação participante complementou a inclusão e o acompanhamento das pacientes. Através do Teste de Associação Livre de Palavras rastreou-se as variáveis clínicas, diagnósticas e psicológicas.

O fator de risco emocional determinante da depressão dos pacientes analisados foi à história de distúrbios psiquiátricos prévios (79,5%) interligados a idade dos pacientes. Os indicadores psico-sociais variam desde os fatores econômicos (89,9%) a eventos estressantes ligados a pobreza e a seca (65,78%).

A análise do discurso do depressivo é pautada em uma ordem enunciativa, por intermédio de uma prática social pré-estabelecida. Mesmo quando não reconhece ser depressivo, o paciente mostra traços da doença através da forma como discursiva acontecimentos, dando-lhe um significado próprio de que possui depressão.

Palavras chave: Análise do Discurso, Depressão, Narrativa.

THE DISCOURSE AND NARRATIVES IN THE DEPRESSION EXPERIENCE

ABSTRACT: The purpose is to relate the discourse of the depressive individual with the narrative manifestations included in the stories based on the experience with the disorder.

Two hundred and twenty patients were interviewed, with ages ranging from 20 to 59 years, the Municipal Hospital of Santa Cruz, located in the state of Paraíba, Brazil. A sample of 120 patients was selected with clinical characteristics of depression, based on CID-10 (International Disease Code) diagnostic criteria; undergoing psychological treatment and having signed an informed consent form. The narrative interview was used as the data collection instrument. Participatory observation completed the inclusion and patient follow-up. The clinical diagnostic and psychological variables were mapped through the Free Association of Words Test.

The determining emotional risk factor for depression in the patients analyzed was a history of psychiatric disorders (79,5%) related to the age of the patients. Psychosocial indicators vary from economic factors (89,9%) to stressful events linked to poverty and drought (65,78%).

* Contactar para E-mail: modestoleiterolim@bol.com.br

The analysis of the discourse of the depressive individual is classified into an enunciative order, through a preestablished social practice. Even when patients do not recognize being depressive, they show traces of the disease through the manner in which they report events, giving them a meaning indicating their depressive state.

Key words: Depression, Discourse analysis, Narrative.

A retórica do depressivo, inserta no contexto discursivo, carece de respostas ao traduzir as histórias de vida, considerando como relevante sua identificação aos aspectos da doença e do doente. Neste sentido, o discurso ganha o status de enunciação (Ricouer, 1995), tendo como pressuposto descrever, expressar ou representar as experiências do adoecimento (Cardoso, Carmargo Jr., & Llerena Jr., 2002).

Conseqüentemente, as narrativas emprestam-se em seus predicativos para dar ênfase a valores não audíveis, insípidos ou mesmos por dizer. Porque quando diz, o paciente tenta mostrar o dito e é assim que ocorre com a ordem incerta do seu discurso. O processo de interpretação de uma narrativa exige grande concentração e um mergulho profundo naquilo que está sendo dito. Para isso, é necessário captar não só o que é dito, mas também a referência que a pessoa usa. Essa referência é a apreensão da visão de mundo, ou seja, dos pressupostos que ela utiliza para definir e delimitar sua experiência. Pressupostos são premissas, que, na maioria das vezes, não são ditas, mas que são vivenciadas e que se mostram nas ações, orientando, também, as análises que a pessoa faz de suas experiências (Silva & Mercedes, 2002).

Muitas vezes, essas experiências partem da experiência concreta dentro dos espaços de expressão de dor e sofrimento psíquicos, demonstrando a *dramatis personae* do agente divulgador da história de vida abrindo os espaços fechados ou bloqueados pela frieza das palavras. Neste momento, a retórica funciona, o encantamento a qualifica e o discurso aparece em sua ordem para produzir efeitos no (re)contar a vivência do adoecimento. Então é possível utilizar-se destes mecanismos (Frid & Ohlen, 2000; Garro, 1994; Riessman, 1990), sobretudo, no contextualizar o fenômeno depressivo e, sobretudo, no traduzir e discutir as características dos discursos dos portadores de depressão.

MÉTODOS

Abordagem qualitativa que utilizou as narrativas orais com fins de pesquisa social, voltada para o estudo dos discursos leigos sobre depressão, a partir da perspectiva do informante.

O universo do estudo compreendeu 220 pacientes, de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos, atendidos no Hospital Municipal de Santa Cruz, localizado no interior da Paraíba, Brasil.

A amostra proposital (purposeful sampling) foi composta por 120 pacientes (70 do sexo feminino e 50 do sexo masculino), por apresentarem um perfil de inclusão, propício a recontextualização da narrativa a partir da compreensão do discurso dos portadores de depressão. Os pacientes elegíveis deviam ser encaminhados com características clínicas de episódio depressivo, baseado em critérios diagnósticos do CID-10; estarem no acompanhamento psicológico e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um diário de campo subsidiou os registros das informações pertinentes ao adoecimento, tanto nos seus aspectos vivenciais como sociais.

Utilizamos como instrumentos para a coleta de dados a entrevista narrativa (Jovchelovitch & Bauer, 2002), aplicada pelo pesquisador. A observação participante complementou a inclusão e o acompanhamento dos pacientes. Através do Teste de Associação Livre de Palavras, foram rastreadas as variáveis clínicas, diagnósticas e psicológicas.

Nossos procedimentos foram delineados através da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; entrevistas individuais; transcrição na íntegra das entrevistas e detalhamento das expressões verbais; divisão do texto em material indexado e não indexado; agrupamento e identificação das trajetórias individuais e estabelecimento de semelhanças e identificação das trajetórias coletivas.

A análise temática (Mayring, 1983; Minayo, 1994) e a cartografia social (Santos, 1988) nortearam gráfica e teoricamente as interpretações das narrativas.

RESULTADOS

Observou-se que o fator de risco emocional determinante da depressão dos pacientes analisados foi a história de distúrbios psiquiátricos prévios (79,5%) interligados à idade dos mesmos. Os indicadores psico-sociais evidenciaram associação aos fatores econômicos (89,9%), assim como aos eventos estressantes ligados a pobreza, carência de suporte social e seca (65,78%).

35 pacientes (29%) apresentaram um quadro sugestivo de características clínicas de episódio depressivo nas intensidades leve; 65 pacientes (54%) moderados e 20 (17%) grave, baseado em critérios diagnósticos do CID-10.

É importante, salientar que as narrativas dos pacientes depressivos, consubstanciam traços factuais vividos no adoecimento, bem como uma estrutura enunciativa inserta na prática particular e social de cada um deles. Vejamos o que nos ensina, acerca da depressão, uma paciente escutada, aos 54 anos de idade: É angústia, é frio, é peleja o ano inteiro, uma coisa ruim que mata a gente. Começa devagar, depois vai aumentando, tirando a vida. É coisa esquisita, não tem hora pra chegar. Parece fogo em tempo de broca.

A narradora depressiva faz um parâmetro metafórico entre atos da sua vida cotidiana, adstritos à agricultura, relacionando-a ao fenômeno depressivo de que está acometida. Seu discurso reconfigura os males da paciente naquilo que dá sentido aos seus padecimentos. A paciente reconhece a doença como algo cíclico, que vai e volta, ‘queima e apaga’, mas que nunca chega a um fim.

Como observarmos, torna-se aparente, no discurso da paciente, que, ao ser escutada, diz o que sente e quer sentir, reconhece ser depressiva e quer deixar de ser naquele momento, no qual aprende como a doença lhe transforma, mas não consegue dominá-la. A necessidade de se construir essas histórias sublinha os modos pelos quais as noções de saúde e doença são culturalmente produzidas (Cardoso, Carmago Jr., & Lleran Jr., 2002).

Outro depoimento, expressa a relação conflituosa do paciente escutado com o tempo: A vida é lenta e tudo passa devagar. Nada chama a atenção. Só o quarto presta, só a cama salva. Não tenho plano, pra que sonhar? Vivo o tempo todo desse passado. Ninguém entende você. Você mesmo não entende. O entendimento é complicado. É solidão, medo, angústia de morrer.

Nesse momento, o fenômeno depressivo trava um dissabor excessivo e incômodo com o tempo, no sentido de reconduzir o doente a situações passadas e então questionar uma diversidade de fatos e episódios que lhe foram satisfatórios para estabelecer um elo comparativo entre o que foi e o que é agora, e, também, o que não será mais. Por fim, há a incessante busca de uma verdade, de uma resposta por parte do paciente àquilo que é considerado inexplicável ao seu adoecimento. Nessa linhagem, o depressivo cria uma enunciação própria e peculiar a sua doença. Assim, o intérprete é a pessoa a quem é direcionado este enunciado, para ser traduzido a uma simbologia que proporcione compreensão e conforto, bem como para ser transformado numa conversação que enfatize à narrativa

Um paciente de sessenta e oito anos, amparado pela previdência por auxílio-doença, com histórico de suicídio, desabafa: A depressão é como um maracujá, tudo envelhece, criando rugas no coração e na emoção. O que salva é a fé, mas aí vem à confusão, a agitação, a ansiedade, as frustrações. Sou um baú velho cheio de recordações que não foram vividas.

Outro paciente, de 42 anos, que trabalha como ferreiro, igualmente acometido de depressão, revela: A depressão é como soda cáustica, corrói tudo por dentro. É tremura no corpo, as pernas ficam um mulambo. Tudo dói, tudo lateja, é suor frio.

Assim, o discurso dito denota a idéia criada em torno da depressão, conferindo-lhe um caráter de abandono e incertezas. Esse sentimento de dúvida, que causa temor e irresignação na vida do depressivo, encontra-se estampado em seu discurso, ora quando busca a verdade, a resposta, a saída do aprisionamento patológico, ora quando encena uma retórica arraigada de emoções, ficção e mítica.

Os termos utilizados pelos pacientes, todavia, denotam instituições culturais insertas no seu cotidiano. Quando se fala em ‘como um maracujá’,

‘é como soda cáustica’, na tentativa de definir a situação de incômodo causada pela depressão, temos a associação entre os dialetos e alegorias regionais com o discurso, funcionando como *mitopraxis*, algo que funde a história local numa multidão de símbolos – alegorias e metáforas –, através dos quais, a história adquire sentido para os que dela participam e, por sua vez, oferece, ao investigador, os sinais para realizar o exercício interpretativo (Lima, 2003).

Neste sentido, as narrativas dos pacientes não se resumem no singelo e único ato de dizer e compreender sua doença, mas também de percebermos que ela contém um sentido socialmente particularizado, face ao que é evidenciado nas vivências e interpretações com o outro. Daí a busca por intérpretes no restabelecer uma conexão discursiva que possa traduzir a intensidade do sofrimento (Laqueur, 1992; Kleinman, 1988).

Nessa direção, os pacientes que nos cedem seu discurso depressivo mostram como a retórica da doença e seus sentidos, acoplada a dor e ao sofrimento psíquico (re)contam histórias, capazes de determinar as formas de interpretação dos episódios vividos. Vejamos como uma senhora, de 52 anos, poetisa, traduz essa postura: A depressão é como uma flor que murchou, nem sequer vingou. É só ramo seco pedindo água O silêncio é nosso maior intérprete.

DISCUSSÃO

Percebemos que as narrativas, como parte integrante do discurso, possuem uma disposição axiológica demasiada, no processo de interpretação do fenômeno depressivo, no sentido de que a vida social, influenciada por elementos culturais e poéticos, confere ao discurso uma retórica de alegorias, metáforas e dialetos. Contudo, cabe ao saber clínico dar prioridade a estas narrativas, oferecendo-lhes uma ‘escuta’ diferenciada do convencional, presenteando-lhes com a compreensão do dito e do interdito em vozes que se interpretam. Essas vozes, nas quais falamos por vezes, comportam a relação entre o depressivo e o (re) contar a sua história, frente ao tempo e ao espaço do seu quadro clínico.

Ao intérprete, impreterivelmente, cabe filtrar e encontrar, nesse discurso, peculiar a cada paciente em quem a doença se manifesta, a poética e vida social, considerando-as, ao mesmo tempo, no diagnóstico, visto que a depressão possui seu diagnóstico pré-estabelecido, mas torna-se estranho, ao deixar de ouvir como a doença se apresenta no dizer do paciente.

Essa estranheza paira no campo das histórias não ecoadas, resguardadas no silêncio da dor, no império da emoção e, sobretudo, no caráter, eminentemente avassalador da doença. Ao determinar o diagnóstico, a interpretação clínica pode aproximar-se às histórias envolvidas ao percurso do adoecimento, isto facilitaria entender o sofrimento e a dor psíquica experimentada pela

depressão. Nesse sentido, o discurso demarcaria a existência de uma verdade que se busca traduzir numa possibilidade de escuta aos instantes em suspenso (Foucault, 1971) – circularizados pela doença.

A racionalidade do diagnóstico deve ser minada de humanidade, no intuito de resgatar a ‘escuta’, a compreensão, o conforto, a fim de analgesizar a dor de ser do depressivo. Nesta linhagem evolutiva, o saber racional não se confronta com o apelo retórico, mas dele tira proveito para enriquecer a definição do diagnóstico.

No contexto real das narrativas, a busca pela tradução de uma verdade, enquanto subsidiada por saberes clínicos e populares, é a tônica que substancia o discurso do depressivo, através de uma perspectiva pautada no dizer, expressado e estereotipado na conduta e na exposição articulada de atos e fatos da história de vida articulada ao tempo de ser e estar doente.

No campo da oralidade, é necessário marcar os elementos norteadores da ordem discursiva, no sentido de transferir, ao contexto, uma possibilidade de compreender verdades almeçadas, a partir de uma tendência real, efetiva, prática e emocional. Assim, o discurso contempla o que, efetivamente, é dito e por dizer, considerando, todavia, situações sentimentais imbuídas à sua ordem enunciativa.

O discurso é, na sua realidade material de coisa pronunciada ou escrita, uma inquietação em face desta existência transitória, destinada, sem dúvida, a apagar-se, mas com uma duração que não nos pertence; inquietação por sentir nessa atividade, quotidiana e banal, poderes e perigos que, sequer, adivinhamos; inquietação por suspeitarmos das lutas, das vitórias, das feridas, das dominações e das servidões que atravessam tantas palavras, em cujo uso há muito se reduziram as suas rugosidades (Foucault, 1971).

Assim sendo, o discurso do depressivo constitui-se como forma expressiva, material, palpável a tradução de determinadas verdades, a partir da persecução de critérios de análises norteadores do ato de dizer a palavra e nela estar contida a veracidade do que se sente, do que se vive e do que se busca enquanto possibilidade de cura.

Essa relação com o dizer estabelece ao discurso um paralelo entre o verdadeiro e o falso, conferindo um lugar interpretativo no modo como os saberes são apresentados à ordem da dor e do sofrimento do outro. Nesse sentido, chegou porém o dia em que a verdade se deslocou do ato ritualizado de enunciação, eficaz e justo, para o próprio enunciado: para o seu sentido, a sua forma, o seu objeto, a sua relação à referência (Foucault, 1971).

O discurso, portanto, paira na órbita do dizer, que não se consuma mecanicamente em expor uma retórica articulada e linear, mas na sim em manejar enunciados, onde o contexto real, verossímil e objetivo é predominante para determinar o ato de expor a palavra dolorosa e sofrida no possuir a dor de ser.

A análise discursiva, portanto, consiste em identificar, na palavra dita, aquilo que é valorizado nesse contar (Silva & Mercedes, 2002), tendo como

suporte a escuta da palavra (Foucault, 1971). Considerando, entretanto, que o ato de contar acontece como se o orador ou narrador estivesse mostrando a situação vivenciada, primorosa é a nivelção da veracidade imbuída nesta narrativa, visto ser possuidora de um ponto diferencial da linguagem escrita que é o sentimento, a retórica, a exposição particularizada de cenas, imagens, situações e crenças que sugerem ser a mais pura expressão da verdade histórica, já que história somente pode ser construída a partir de fatos que, efetivamente, aconteceram.

Quando o depressivo diz, surge o sentido, exteriorizando um sentimento adormecido ou explosivo para ser interpretado e compreendido, e então revela sua história na depressão. Ele gesticula, fala, chora, silencia tudo ao mesmo tempo, na tentativa de extravasar sua intimidade com a doença, através dos efeitos causados por ela no seu corpo e na sua mente. De fato, quando diz, o depressivo desabafa e quer ter, em contrapartida, uma perspectiva de cura, uma promessa de que a dor de ser (Peres, 2003) que tanto lhe incomoda, será analgesizada pela compreensão do respondedor, que ouve e proporciona, através da comunicação, o conforto pretendido.

O que desencadeia o episódio depressivo é justamente quando se dá, por uma contingência da vida, um abalo fantasmático, fazendo fracassar essa estratégia de sujeito. Não se trata da perda do objeto, que é perdido para o ser falante, mas da perda de uma pessoa, de um ideal, etc., que troca outra perda ignorada pelo sujeito, que é a sua posição de objeto para o desejo do Outro. O sujeito, então, se vê sem suporte identificatório de onde possa extrair o gozo fálico, o gozo de ser o objeto fálico que, supostamente, preencheria a falta do Outro, e a dor da castração irrompe, denunciando a impossibilidade, por estrutura, de ser esse objeto (Rodrigues, 2000).

A sua válvula de escape, todavia, é o dizer, é expressar a sua vontade de uma verdade que lhe proporcione um mínimo de satisfação e auto-estima, há tempos não experimentados. Ao contar e recontar sua história de vida, antes, durante e depois da depressão, o doente procura extravasar uma dor contida no seu íntimo, e então sentimentos, atos, condutas e comportamento se confundem para dar lugar a uma postura depressiva, peculiar a cada tipo de depressão, mas, ao mesmo tempo, única do ponto de vista da retórica. Assim, o encantamento do discurso do depressivo é o lamento de narrar episódios em que foi pessoa, em que foi feliz, no desejo (des) motivado de voltar a ser, um dia, talvez, alguém capaz de viver novamente; daí percebermos a ausência de futuro no universo do doente.

Nesse sentido, o diagnóstico da depressão, através do campo da narrativa do depressivo, após lida e polida, profissionalmente, pelo intérprete, é encarada como doença e então, naturalmente, assume uma postura estabelecida de critérios, parâmetros e diretrizes. Assim, o discurso do paciente perde-se no discurso do intérprete que, na objetividade do diagnóstico, é furtado, em sua subjetividade, encantamento e emocionalidade.

É interessante notar nesse momento que a análise do discurso do depressivo é pautada em uma ordem enunciativa, por intermédio de uma prática social pré-estabelecida e que desperta interesses, sonhos, desejos e repugnações. Mesmo quando não reconhece ser depressivo, o paciente mostra traços da doença através da forma como discursa acontecimentos, dando-lhe um significado próprio de que possui depressão. Desta forma, esses traços ocorrem como práticas que formam sistematicamente os objetos que falam (Foucault, 1986).

REFERÊNCIAS

- Cardoso, M.H.C.A., Carmago Jr., K.R., & Llerena Jr., J.C. (2002). A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 555-569.
- Foucault, M. (1971). *L'Ordre du discours*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1986). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense.
- Frid, I., & Öhlén, J. (2000). On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advance Nursing*, 32(3), 696-703.
- Garro, L. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: Cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint. *Social Science & Medicine*, 38(6), 775-788.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M.W. (2002). Entrevista narrativa. In M.W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 90-115). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books.
- Laqueur, T.(1992). Corpos, detalhes e narrativa humanitária. In L.A. Hunter (Ed.), *Nova história cultural* (pp. 239-277). São Paulo: Martins Fontes.
- Lima, N.C. (2003). *Narrativas orais: Uma poética da vida social*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Mayring, P.H. (1983). *Qualitative inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Basel: Beltz.
- Minayo, M.C.S. (1994). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Peres, U.T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.