



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

LIGIA ARAÚJO MACEDO MEDEIROS

**SOBRE-VIVENTES: ENTRE O MAL-ESTAR DA EXISTÊNCIA E A GESTÃO DO
CUIDADO DE SI**

**CAMPINAS – SP
2019**

LIGIA ARAÚJO MACEDO MEDEIROS

**SOBRE-VIVENTES: ENTRE O MAL-ESTAR DA EXISTÊNCIA E A GESTÃO DO
CUIDADO DE SI**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Antropologia Social.

Orientadora: SUSANA SOARES BRANCO DURÃO

Coorientador: PAULO DALGALARRONDO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LIGIA ARAÚJO MACEDO MEDEIROS, E ORIENTADA PELA PROF.^a DR.^a SUSANA SOARES BRANCO DURÃO.

CAMPINAS – SP

2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Paulo Roberto de Oliveira - CRB 8/6272

M467s Medeiros, Ligia Araújo M., 1989-
Sobre-viventes: entre o mal-estar da existência e a gestão do cuidado de si / Ligia Araújo Macedo Medeiros. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Susana Soares Branco Durão.
Coorientador: Paulo Dalgalarondo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Antropologia. 2. Saúde. 3. Doenças mentais. 4. Sofrimento. 5. Aflição. 6. Depressão. 7. Transtorno bipolar. I. Durão, Susana Soares Branco, 1969-. II. Dalgalarondo, Paulo, 1960-. III. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Sur-vivors: between the malaise of existence and self-care management

Palavras-chave em inglês:

Anthropology

Health

Mental illness

Suffering

Affliction

Depression

Bipolar disorder

Área de concentração: Antropologia Social

Titulação: Mestra em Antropologia Social

Banca examinadora:

Susana Soares Branco Durão

Taniele Cristina Rui

Rafael Afonso da Silva

Data de defesa: 30-09-2019

Programa de Pós-Graduação: Antropologia Social

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-3384-8174>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1292323798962241>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 30/09/2019, considerou a candidata Ligia Araújo Macedo Medeiros aprovada.

Prof.^a Dra. Susana Soares Branco Durão

Prof.^a Dra. Taniele Cristina Rui

Dr. Rafael Afonso da Silva

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Dedico aos meus pais, Márcia e Sérgio (em memória), à minha irmã Verônica, a meu companheiro de vida Gabriel, as tias Marta e Lúcia, à minha avó Natércia, a toda minha família, amigos e amigas, à Abrata e a todos aqueles que desta pesquisa participaram e a tornaram possível.

AGRADECIMENTOS

A realização desta pesquisa jamais teria sido possível sem que tivesse o amparo de pessoas e instituições às quais devo imensa gratidão.

Agradeço primeiramente à minha família (pais, irmã, tias, tios, avós e avôs) que me proporcionaram a existência e uma ótima formação enquanto pessoa. Agradeço ao meu companheiro de vida Gabriel Lima, que esteve comigo desde o início deste processo de mestrado e me apoiou nos momentos mais difíceis até o fim da escrita me fazendo as comidas mais gostosas e me cuidando. Sem ele teria sido muito mais difícil finalizar este trabalho ou nem seria possível.

Agradeço a esta Universidade (Unicamp), ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, bem como à UNESP – Universidade Estadual Paulista, campus Marília – SP (onde iniciei e fiz dois anos de graduação) que me deram as bases para uma excelente formação, sem a qual não haveria possibilidade de fazer uma boa pesquisa. Minha eterna gratidão à professora Dr.^a Lúcia Arraes Morales, primeira grande antropóloga inspiradora e orientadora, que botou fé desde meu primeiro ano na graduação na UNESP, no estudo desta temática. Agradeço muito a minha orientadora professora Dr.^a Susana Soares Branco Durão, que me apoiou e defendeu minha temática de pesquisa desde o processo seletivo do mestrado, muito antes de saber que seria minha orientadora; a ela minha gratidão pela parceria, confiança, paciência e excelente orientação. Admiro-a muito por sua ética, seriedade e competência no exercício de professora, pesquisadora e orientadora. Sem o acolhimento de Susana ou esta pesquisa não sairia do meu pensamento e insistência em fazê-la, ou teria partido para quem sabe outro programa de pós-graduação onde tivesse uma linha de pesquisa que me encaixasse. Agradeço também, ao coorientador professor Dr. Paulo Dalgalarondo, psiquiatra e antropólogo, pela abertura, confiança e gentileza. Enorme gratidão à Janaína Hallais pela sua prestatividade, confiança e amizade. Não posso deixar de agradecer a minha amiga Ana Cláudia Muniz que tanto me amparou e esteve presente neste processo, me ajudando com burocracias e com seu mais doce e meigo jeito de mostrar amizade, amor e carinho. Agradeço imensamente aos professores membros da banca, Taniele Rui e Rafael Afonso da Silva por aceitarem compor a banca de avaliação deste trabalho e contribuírem com seu conhecimento. Agradeço, mais uma vez, Taniele, e Carolina Branco Ferreira, que

compuseram a banca de qualificação de mestrado e muito contribuíram para o aperfeiçoamento desta pesquisa. Agradeço, também, à professora e antropóloga Ana Maria Canesqui que foi acolhedora e gentil quando da minha participação no grupo de estudos no departamento de Saúde Coletiva da FCM – Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp e me deu dicas de leitura, leu meu projeto de pesquisa, na época de minha iniciação científica; gratidão imensa também aos participantes do grupo de estudos que muito contribuíram na época (2013/2014) para a escrita da pesquisa e auxiliaram na ampliação de meu conhecimento na área de antropologia, sociologia e ciências sociais e saúde.

Meus agradecimentos ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo suporte financeiro através da bolsa de mestrado, categoria GM, Processo n.º 133358/2016-0, sem o qual não seria possível realizar esta pesquisa.

Imensa gratidão à ABRATA – Associação Brasileira de Amigos, Familiares e Portadores de Transtornos Afetivos que abriu suas portas e cedeu seu espaço para a realização deste estudo, ao seu Conselho Científico que aprovou a realização da Pesquisa, a todos os seus voluntários e voluntárias que mediarão, gentilmente, as relações entre mim e seus membros frequentadores e entre a equipe gestora da Associação.

Meus queridos interlocutores e parceiros que desta pesquisa são protagonistas, tenho imensa gratidão! Sem vocês nenhuma linha desta seria escrita e a pesquisa não sairia do âmbito das ideias. Muito agradecida por terem aberto as portas de suas vidas com tanta gentileza e dedicação para tornar este estudo tão rico e necessário. Não há palavras que possam expressar meus agradecimentos a vocês.

Agradeço ao psiquiatra Dr. Elie Leal Calfat que há muito tempo me acompanha e incentivou esta pesquisa. Obrigada pelo cuidado humano e gentil que sempre me ofereceu, que haja mais médicos como você! À psicanalista Alessandra Giroto, que com seu cuidado amoroso, gentil e humano também me ajudou a ser eu mesma e incentivou o término desta pesquisa, muita gratidão!

(texto de minha autoria)

A cura

Em suas ranhuras a terra seca habita o pó de vida e morte.

*Por aqueles veios já correu água que foi achar morada em outras paragens.
Na terra rachada deixou marcas que nem o tempo leva...*

O mormaço queima e seca, resseca o que ora já foi barro, lama e agora é pó batido, pisado e repisado por diferentes almas errantes.

*A palha resiste ao sol a pino, ardente...
Chega feito fogo ardente na face e habita o corpo inteiro.
Chama de amor que queima, mas não dói.
Aquece sem queimar.*

As mazelas, dores e chagas queima, leva embora e transforma em flor branca, perfumosa, forte-frágil que brota e nasce na terra seca que quando pisada levanta poeira de vida e morte, e se espalha por todo lugar...

Atototô Obaluaê!

RESUMO

Esta pesquisa é o resultado de um estudo feito com pessoas diagnosticadas, segundo a medicina psiquiátrica, com depressão e transtorno afetivo bipolar, com o objetivo de compreender (para além dos conhecimentos psiquiátricos) os significados que atribuem ao seu mal-estar, quais discursos e representações e sentidos que se utilizam para falar de suas experiências de sofrimento, bem como as formas de gestão do cuidado de si e itinerários terapêuticos que trilham. O foco empírico ocorreu a partir das atividades promovidas pela ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos em que se analisou a diversidade de narrativas construídas – por estas pessoas e seus familiares sobre seus mal-estares e formas de gestão de seus sofrimentos. Para a realização da pesquisa foi necessário pessoas voluntárias com as quais se realizou conversas individualmente e, também, coletivamente em uma espécie de grupo de apoio mútuo (similar ao que já é realizado pela ABRATA), uma roda de conversa na qual falaram livremente de suas concepções e experiências de sofrimento, aflição e as formas de lidar com tais experiências. Foi utilizado o método etnográfico, a partir das técnicas da observação participante, coleta de dados através da fala dos sujeitos que participaram dessas rodas de conversa e entrevistas/conversas individuais. Foram feitos estudos teóricos na área antropologia da saúde, saúde mental, processos de saúde/doença, a partir dos quais são analisados os dados coletados na pesquisa de campo. Os resultados esperados desta pesquisa são contribuir para a área da Antropologia que estuda fenômenos sociais ligados à saúde/doença de forma a enriquecer e complementar os estudos biomédicos já existentes, dar outra visão sobre diferentes concepções destes tipos de experiências relacionados a *sofrimento*, *aflição*, *doenças mentais*, mostrando maneiras distintas de compreendê-las e lidar com elas, além de colaborar para dar lugar e voz ao entendimento e visão daqueles que convivem diariamente com esses mal-estares.

Palavras-chave: antropologia; saúde; doenças mentais; sofrimento; aflição; depressão; transtorno bipolar; autocuidado.

ABSTRACT

This research is the result of a study of people diagnosed, according to psychiatric medicine, with depression and bipolar affective disorder, with the aim of understanding (beyond psychiatric knowledge) the meanings they attribute to their discomfort, which discourses and representations and meanings that are used to talk about their experiences of suffering, as well as the forms of self-care management and therapeutic itineraries that follow. The empirical focus came from the activities promoted by ABRATA - Brazilian Association of Family, Friends and People with Affective Disorders, which analyzed the diversity of narratives constructed - by these people and their families about their discomfort and management of them sufferings. To carry out the research it was necessary to volunteer people with whom conversations were held individually and also collectively in a kind of mutual support group (similar to what is already done by ABRATA), a conversation circle in which they spoke freely of their conceptions and experiences of suffering, distress and the ways of dealing with such experiences. The ethnographic method was used, based on participant observation techniques, data collection through the speech of the subjects who participated in these yarnning circles and interviews / individual conversations. Theoretical studies were made in the area of health anthropology, mental health, health / disease processes, from which the data collected in the field research, are analyzed. The expected results of this research are to contribute to the area of Anthropology that studies social phenomena linked to health / disease in order to enrich and complement existing biomedical studies, to give another insight into different conceptions of these types of related experiences of suffering, affliction, mental illness, showing different ways of understanding and dealing with them, as well as helping to give place and voice to the understanding and vision of those who live daily with these discomforts.

Keywords: anthropology; health; mental illness; suffering; affliction; depression; bipolar disorder; self-care.

LISTA DE SIGLAS

ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos;

APA – Associação Psiquiátrica Americana;

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;

CID – Classificação Internacional das Doenças;

CC – Conselho Científico;

DSMs – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders);

FCM – Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP;

GAM – Grupo de Apoio Mútuo;

IFCH – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas;

Incor – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Universidade de São Paulo;

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/IFCH – UNICAMP;

PUC – Pontifícia Universidade Católica;

UNESP – Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho;

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas;

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TB – Transtorno Bipolar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
<i>Considerações iniciais.....</i>	14
<i>Entre mal-estares, saúde mental, doenças, antropologia, sociologia e psicanálise</i>	17
CAPÍTULO I – A CONTEMPORANEIDADE E SEUS MAL-ESTARES, DOENÇAS E AFLIÇÕES: O QUE DIZ A ANTROPOLOGIA E A PSIQUIATRIA	25
<i>Saúde mental na antropologia, sociologia e psiquiatria.....</i>	25
<i>Saúde mental na antropologia.....</i>	29
CAPÍTULO II – A ABRATA: UMA DAS MUITAS FORMAS DO CUIDAR DE SI.....	35
<i>Campo: entre as incertezas e as tramas da negociação</i>	36
<i>ABRATA: entre psicólogos, psiquiatras e frequentadores</i>	39
<i>ABRATA e trabalho de campo: entre a negociação e sua efetivação</i>	43
CAPÍTULO III SOBRE(VIVENTES)	62
<i>Homens aflitos</i>	70
<i>Tomás – do sorriso para a morte à poeira das coisas.....</i>	74
<i>Joaquim – da depressão à mania: entre remédios, florais e espiritualidade</i>	79
<i>Estrela cadente – entre vivências em outras dimensões ao renascimento a partir de um coração</i>	86
<i>Júlio – do abandono da vida à esperança de acordar um dia e tudo ter melhorado</i>	95
<i>Aníbal – 25 anos sendo e entendendo a bipolaridade</i>	102
<i>Marcos Paulo – entre pensamentos negativos, delírios e sensações ruins</i>	112
<i>José – sobre o viver nela e dentro dela</i>	120
<i>Mulheres aflitas</i>	124
<i>Lorena – das perdas à resiliência.....</i>	125
<i>Valéria – 30 anos de altos e baixos, 30 anos para entender a doença</i>	133
<i>Ana – a vida nunca mais foi a mesma</i>	138
<i>Rafaela – entre altos e baixos.....</i>	144
<i>Roberta – sobre sua essência triste</i>	147
<i>Vitória – da menina que adorava o silêncio à mulher que escutava vozes.....</i>	152
<i>Rodas de conversa/bate-papos coletivos.....</i>	162

<i>Reflexões e análises: entre mal-estares e etnografia</i>	171
CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
POSFÁCIO	180
<i>Depressão: a poeira das coisas</i>	180
<i>A poeira que resiste e tem de ser dita</i>	185
REFERÊNCIAS	190

INTRODUÇÃO

Considerações iniciais

O objetivo desta dissertação é entender e dar voz às pessoas que convivem com os mal-estares, ou na linguagem médica, doenças psiquiátricas como a depressão e o transtorno afetivo bipolar. Busco aqui compreender como as pessoas que passam por estas experiências (denomino assim porque não cabe nomear como doenças *a priori*) gerenciam suas vidas e como enxergam e sentem tudo o que lhes acontece. Realizei trabalho de campo a partir das atividades promovidas pela ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos, em São Paulo – SP com um grupo de treze frequentadores (as) dessa associação que se voluntariaram à pesquisa. A partir do trabalho de campo e elaboração de material etnográfico demonstro a visão que as pessoas têm sobre suas experiências de mal-estar, adoecimento, ou seja lá qual for o nome que dão, e como efetuam a gestão do cuidado de si e quais itinerários terapêuticos trilham. A conjugação da literatura da área de antropologia e saúde, com os dados etnográficos procuram colocar em diálogo as diferentes visões sobre estas experiências de sofrimento, aflição, adoecimento e cuidado de si.

A escrita desta dissertação me deixou inquieta, pois no meu mais íntimo sentia vontade de fazer algo mais realista, tanto pelo lado de minha experiência pessoal com a *depressão*, quanto pelas experiências que vivi em campo. Senti vontade, desde muito antes de iniciar sua escrita, que uma etnografia nos moldes mais formais não me agradaria muito, mas não tinha ideia se o que pensava em fazer seria aceito no ambiente acadêmico. Para minha felicidade e surpresa, minha orientadora me incentivou a escrever algo diferente, com um tom realista, um pouco mais aberto, mas sem perder de vista, obviamente, os apoios teóricos antropológicos. A partir do apoio dela e de indicações bibliográficas sobre estilos de escrita etnográfica e inspirada pela minha experiência pessoal, a escrita desta dissertação tentou seguir um estilo confessional. Não tenho a inocência que faço um texto desprezioso e desafiando convenções acadêmicas, até porque a etnografia também segue regras e já foi alvo de muitas críticas com relação à pretensa objetividade. A etnografia é, também, uma forma de ciência e como tal passou por períodos em que foi questionada e colocada à prova, mas não deixou de ser uma prática de escrita e de ciência. Pelo contrário, resistiu às críticas, avançou e se espalhou por toda parte (Van Maanen, 2011). John Van Maanen foi o autor que utilizei como norteador para

compor o estilo confessional desta dissertação. A escrita confessional baseia-se em uma escrita mais realista, tratando o material etnográfico com mais detalhes e naturalidade e pode ou não conter uma voz pessoal, que é autorreflexiva em diversos aspectos, inclusive sobre o entendimento do fazer etnográfico. Segundo Van Maanen, os dados coletados em campo são produtos de conversas e ações e, por isso, são interpretações de outras interpretações e muitas vezes mediadas por seu grau de relevância e interesse do pesquisador. Os dados de campo sofrem o processo de “textualização”, termo cunhado por Ricouer (1973) e revisitado por Van Maanen (2011), processo no qual os dados subjetivos transformam-se em objeto de análise.

Não espero com meu texto, fazer uma obra antropológica inovadora, nem impressionar os leitores. Tento apenas achar um termo entre o campo, a escrita e a teoria antropológica, de forma a descrever os fatos que vivi em campo e que, portanto, passaram inevitavelmente pelo meu crivo de ponto de vista, mas tentei também, deixar que a voz de meus interlocutores pudesse ser protagonista deste trabalho, estando ciente que como em qualquer outro texto, haverá falhas. Admitindo as possíveis limitações de meu texto e tendo a opinião de que um texto está sempre por ser feito, e, portanto, a ser melhorado, segui confiante e firme de que o exercício da autocrítica é fundamental. Digo isso, também, me referindo às etnografias de etnografias, feitas com muita qualidade por etnógrafos a partir da década de 1980, como formas de se compreenderem e se criticarem com veemência, pois as realizaram enquanto faziam etnografias e por isso foi e é um exercício constante de criticar o que se está a fazer, é exercício reflexivo do que se escreve, o que é admirável em um meio acadêmico-científico que se inclina para um purismo e neutralidade (VAN MAANEN, 2011, p. X).

Ao leitor deixo esse trecho que para mim explica muito bem a função de uma etnografia e diz um pouco do que é esta dissertação:

It rests on the peculiar practice of representing the social reality of others through the analysis of one's own experience in the world of these others. Ethnography is therefore highly particular and hauntingly personal, yet it serves as the basis for grand comparison and understanding within and across a society.

How social reality is conveyed through writing involves, among other things, authorial voice. The author's perspective exhibited through voice marks particular ethnographic styles and genres. But, reader beware. Voice varies within and between eth-

nographic narratives, and the voices classified and displayed here are not exhaustive of the possibilities. (VAN MAANEN, John, 2011, p. xii).

Faz-se necessário alertar que adotei algumas convenções textuais para melhorar a organização e leitura do texto. Os nomes dos interlocutores (voluntários da pesquisa, bem como aqueles que ajudaram na realização da mesma) foram substituídos a título de preservar a identidade de cada um deles e toda a pesquisa está em conformidade às normas de ética em pesquisa com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (CEP Unicamp). Todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido). Gravei em *itálico* as palavras consideradas como categorias nativas. Estas, entendo como palavras e/ou expressões usadas pelos meus interlocutores para explicar sentimentos, acontecimentos de suas vidas e que, portanto, são imprescindíveis para a compreensão do contexto social em que vivem e são expressões criativas da fala que mobilizam a visão de mundo daqueles que as utilizam. Variações analíticas, bem como conceitos e expressões de outros autores serão grafadas “entre aspas” especialmente nas primeiras vezes que aparecerem no texto. Os trechos alinhados à direita, letra tamanho dez e espaçamento simples são citações bibliográficas e trechos das falas dos participantes. Importante dizer que defini a expressão “mal-estar da existência”, que faz parte do título desta dissertação, como termo que melhor definiu o que sentem e experienciam as pessoas que têm *depressão e/ou transtorno afetivo bipolar*. Enfatizo, também, que saúde, doença, depressão, transtorno afetivo bipolar e outras nomeações que aparecem, são categorias médicas e não devem ser consideradas como determinantes *a priori*, compõem, portanto, a gama de categorias juntamente às demais, como mal-estar, aperto no peito, falta de ar, sofrimento, aflição, sentimentos ruins, pensamento acelerado, entre outras, utilizadas pelos interlocutores de pesquisa como formas de narrar o que vivem, bem como os diversos itinerários terapêuticos que trilham. Por último, ressalto que as conversas individuais e coletivas, que tiveram uma média de duas horas e meia de duração cada, foram realizadas após a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp que foi em outubro de 2017. Portanto, as conversas individuais e coletivas se deram em 2017 e começo de 2018 e o valor do salário-mínimo, que utilizei para cálculo da renda dos interlocutores, é referente a este período em nosso país.

Entre mal-estares, saúde mental, doenças, antropologia, sociologia e psicanálise

Nas últimas décadas do século XX e início do XXI, houve um crescimento na abordagem da temática nos diferentes campos do conhecimento, produzindo diversos discursos sobre depressão (CÔRTEZ, 2012) e isso se deve ao aumento do número de pessoas acometidas por esse mal-estar social patologizado como depressão. Ainda que o discurso biomédico pareça se colocar como hegemônico, coexistem outras maneiras de explicar as enfermidades. Como a maioria das doenças, a doença mental é construída socialmente sob muitas vozes e são diversas as origens das explicações e conhecimentos dos quais as pessoas se utilizam para justificar o aparecimento das doenças e seus desdobramentos em suas vidas.

Ao longo da história a doença mental foi percebida e interpretada de diferentes formas, muitas vezes sua origem esteve ligada ao “sobrenatural”, como ao castigo dos deuses, possessões, magia e males espirituais (GONÇALVES, 2004). Apesar dos estudos sobre *transtornos mentais* terem aumentado, especialmente na área biomédica e psicológica, a antropologia necessita inserir-se ainda mais nessa temática. A produção teórica nacional em antropologia da saúde, ainda que não seja tão vasta como em outras áreas clássicas da antropologia, possui um número de trabalhos considerável. Entretanto, a área de *saúde mental* mostrou-se significativamente em menor quantidade, ainda mais quando a temática central é a *depressão* e *transtorno bipolar*. Todavia, a literatura acerca dos processos que envolvem *saúde* e *doença* mesmo quando não específicos sobre *depressão* e *transtorno bipolar*, foram de extrema valia para este estudo, já que tratam de questões de concepções socioculturais distintas acerca do corpo, da saúde, da doença e das formas de tratamento e cura. Dentre alguns artigos que falam sobre diferentes enfermidades mentais, há os que explanam sobre a *depressão*, por exemplo. Antes de falar destes artigos em especial, ouse falar um pouco sobre o contexto em que vivemos, sob meu ponto de vista, no momento atual em nosso país e, também, do mundo, contexto este no qual foi escrita esta dissertação.

Vivemos tempos sombrios, por onde se olha o negativo salta e dá o ar de sua graça, até mesmo aqui neste texto, nestas palavras. Dá medo falar sobre o cenário atual, especialmente o de nosso país, porque a lida tem sido enfrentar o mal-estar presente. É possível que alguns pensem que falar sobre os acontecimentos ruins seja uma maneira de reforçá-los e fazer emergir ainda mais o amargor que causam. Dependendo de como, quando e quanto se fala, a-

cho bem possível que possa reforçar o que já está tão desagradável. Portanto, é preciso falar ao mesmo tempo que refletir sobre o que vivemos. É necessário falarmos sobre os problemas, sobre os direitos retirados a cada dia, mas é preciso uma fala que não seja um lamurio sem fim, sem conteúdo e sem objetivo, porque se o for não fará nada mais que enfatizar o que está mal. O problema não é reclamar e sim o reclamar contínuo, sem reflexão daquilo que se fala, do que ocorre e de como se sai desse “buraco” no qual estamos mergulhados.

Necessitamos de uma reclamação que movimente e não que se encerre em si mesma. Certo, muitos podem perguntar: mas como? O como depende muito da postura daquele que fala e reflete; quem fala tem de se colocar como personagem ativa mesmo que não vislumbre solução imediata do problema. Colocando-se como personagem ativa, acredito que a fala pode impulsionar, instigar aquele que ouve a também movimentar-se, a refletir sobre o que ocorre e procurar, junto a quem fala, ou não, uma solução. Precisamos falar, mas também, necessitamos de bons ouvintes, bons falantes ouvintes, ouvintes falantes e falantes.

Estava quase para terminar de escrever esta dissertação quando me deparei com um texto/reportagem no jornal El País de Eliane Brum¹, que conseguiu descrever com muita acuracidade e lucidez o momento em que vivemos. Brum conseguiu traduzir o quase indizível momento de “perversão”, que vivemos no Brasil e se conecta à temática desta pesquisa. O ponto central de Brum é “como resistir ao adoecimento num país (des)controlado pelo perverso da autoverdade”, frase utilizada como subtítulo da reportagem. Logo no início aponta os embasamentos empíricos através dos quais escreveu seu texto:

“O Brasil está nas mãos deste perverso (*referindo-se ao atual presidente do Brasil, Jair Bolsonaro*), que reúne ao seu redor outros perversos e alguns oportunistas. Submetidos a um cotidiano dominado pela autoverdade, fenômeno que converte a verdade numa escolha pessoal, e, portanto destrói a possibilidade da verdade, os brasileiros têm adoecido. Adoecimento mental, que resulta também em queda de imunidade e sintomas físicos, já que o corpo é um só.

É desta ordem os relatos que tenho recolhido nos últimos meses junto a psicanalistas e psiquiatras, e também a médicos da clínica geral, medicina interna e cardiologia, onde as pessoas desembarcam queixando-se de taquicardia, tontura e falta de ar. Um destes médicos, cardiologista, confessou-se exausto, porque mais da metade da sua clínica, atualmente, corresponde a queixas sem relação com problemas do coração, o

¹Reportagem acessada em 02/08/19. Para ler a reportagem na íntegra acessar o link: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044_448590.html.

órgão, e, sim, com ansiedade extrema e/ou depressão. Está trabalhando mais, em consultas mais longas, e inseguro sobre como lidar com algo para o qual não se sente preparado”.

É relevante dizer que não estamos à parte, como expectadores apenas, assistindo ao “show de horrores” que vem acontecendo em nosso país. Somos todos parte disto e temos nossa responsabilidade para o que tem ocorrido no Brasil. Deixamos, enquanto cidadãos e cidadãs, que a perversidade, corrupção e hipocrisia tomassem conta dos rumos da nação. Eliane Brum segue seu texto demonstrando que este cenário, presente no trecho transcrito acima, aumentou muito nos últimos anos de “polarização política”, e eu arrisco dizer desde o golpe do impeachment da então presidenta Dilma Roussef, eleita democraticamente por nós brasileiros. Soma-se a cassação de direitos, perseguição de ideias e livre expressão, a crise econômica que só se agravou, o alto índice de desemprego e as condições dignas de trabalho sendo engolidas e massacradas. Vivemos períodos em que o ódio e a violência são defendidos pelo atual chefe de Estado e seus seguidores. E o que temos feito a respeito disso tudo? Estamos apenas reclamando ou calados, coniventes? Faz-se necessário refletir a respeito, pois o que vivenciamos é muito grave.

Todo este contexto nacional somado ao internacional tem adoecido nós brasileiros e brasileiras, como mostra Eliane Brum. Ela, inclusive, falou sobre ser o momento de darmos nomes às coisas que estão acontecendo, “não apenas porque é o mais correto a fazer, mas porque essa é uma forma de resistir ao adoecimento”, disse ela. Esta sua fala que vai exatamente de encontro com o que escrevi acima sobre ser necessário falar a respeito desta “onda negativa” de acontecimentos que estamos vivenciando, sem lamuriar tanto para não correr o risco de ficar banalizado e sem solução aparente. Brilhantemente, Brum, segue seu texto descrevendo a partir dos dados que colheu ao conversar com psicólogos, psicanalistas e psiquiatras, que cresceu muito o número de pessoas com depressão ocasionada “pelo contexto social e político” do nosso país. A situação é muito grave e atingimos um nível de negatividade e medo que nos paralisou, que ultrapassa até o estágio da reclamação pela reclamação que falei acima e nos fizemos “reféns” disto, como expressa Brum neste outro trecho da matéria:

“Uma psicanalista de São Paulo, que também prefere não se identificar, acredita que o adoecimento do Brasil de 2019 expressa a radicalização da impotência. As pessoas, hoje, não sabem como reagir à quebra do pacto civilizatório representada pela e-

leição de uma figura violenta como Bolsonaro, que não só prega a violência como violenta a população todos os dias, seja por atos, seja por aliar-se a grupos criminosos, como faz com desmatadores e grileiros na Amazônia, seja por mentir compulsivamente. Não sabem, também, como parar essa força que as atropela e esmaga. Sentem como se aquilo que as está atacando fosse ‘imparável’, porque percebem que já não podem contar com as instituições – constatação gravíssima para a vida em sociedade. E então passam a sentir-se como reféns – e, seguidamente, a atuar como reféns”.

Logo, a população brasileira “assiste” de camarote a sua própria ruína, a violação constante do Estado democrático de direito, e vê que as instituições públicas governamentais que deveriam lhe proteger não garantem mais este serviço e “não barram a violência do governo e do governante”. Estaríamos somente assistindo a nossa ruína se diante disso tudo, ainda, fizéssemos algo para impedir e não surtisse efeito, mas não estamos fazendo nada e, portanto, estamos contribuindo para a nossa ruína. Já colaboramos com ela a partir do momento em que permitimos que houvesse um golpe e retirassem uma presidenta eleita, majoritariamente e democraticamente, por nós e continuamos a ser permissivos, assistimos nossa derrocada. Logo, somos atores dela. O medo nos paralisou. Lendo este texto de Brum enxerguei a mim mesma e a todos os que desta pesquisa participaram, e mais outras tantas pessoas que conheço e convivo. Pensando neste contexto em que esta pesquisa foi feita e escrita, parto agora para a reflexão mais ampla.

*

Foi a partir de dados alarmantes (alta porcentagem de pessoas com *depressão*) que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou sua campanha em 2017, alertando para a necessidade da fala e por isso introduzi aqui a minha escrita ressaltando a importância da fala, que não pode encerrar em si mesma. De acordo com recentes pesquisas realizadas pela OMS, que em 2017 teve a *depressão* como temática de sua campanha, ela é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. As últimas estimativas da OMS indicam que mais de 300 milhões de pessoas vivem com *depressão*, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015. Na América, em 2015, cerca de 50 milhões de pessoas viviam com *depressão*, ou seja, 5% de sua população; destes 50 milhões, 11 milhões só no Brasil. A diretora-geral da OMS, Margaret Chan, afirmou: "Estes novos números são um sinal de alerta para que todos os países repensem suas abordagens à saúde mental e tratem-na com a urgência que me-

rece". A OMS lançou a campanha de 2017: “Depressão: vamos conversar” com o objetivo de que mais pessoas com *depressão* busquem e obtenham ajuda, especialmente porque o medo do preconceito e do estigma com relação às doenças mentais são os grandes impeditivos para que haja conversa sobre o tema dentro dos próprios círculos familiares e sociais aos quais a pessoa pertence.²

Nem sempre o que impulsiona a fala é um problema e, por conseguinte a procura da solução do mesmo. O silêncio também comunica tanto quanto a fala. Diversas vezes o que queremos é um ouvinte e somente ouvinte que escute o nosso silêncio e seja capaz de nos compreender apenas com um olhar e/ou um gesto. Acredito que, como antropóloga, procurei ser essa ouvinte atenta que captou o que meus interlocutores quiseram comunicar, ou mesmo os que não quiseram relação alguma e, portanto, demarcaram um limite que disse “não” a qualquer tentativa de comunicação. O meu trabalho foi o de escuta da fala, do silêncio e percepção dos gestos, olhares e hiatos que suspenderam por segundos a transmissão das histórias que cada pessoa me contou voluntariamente, dando-me a oportunidade de conhecer um “flash” de sua vida. Treze foram as pessoas que me concederam a honra de conhecê-las e escutá-las, pessoas que são frequentadoras da ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos, um dos meus *locus* de meu trabalho de campo, que pode ser melhor entendido no capítulo II. Apesar de meu objeto de pesquisa não ter sido a Abrata, enquanto instituição, fiz questão de dedicar um capítulo de meu texto para explicar sua história e funcionamento, até porque, primeiramente, sem ela não teria conseguido realizar a pesquisa, pois foi através dela que consegui contato com seus frequentadores e, segundo, porque foi nela que encontrei oportunidade e espaço físico para realizar as rodas de conversa com os protagonistas deste estudo. Além disso, entender as ideias e conceitos que fundamentam e circulam no espaço em que frequentam meus interlocutores de pesquisa é fundamental.

O texto está dividido em três capítulos e mais as considerações finais. No capítulo I tratei da contextualização da temática da saúde mental na atualidade e como é abordada na literatura de antropologia da saúde. O capítulo II, conforme mencionei, abordei mais alguns aspectos da negociação do campo e os primeiros contatos com meus futuros interlocutores que fiz durante o processo de divulgação da pesquisa e conquista de participantes. Nesse primeiro momento pontuo dados importantes do meu trabalho de campo e faço relação com a

2 Dados extraídos da publicação online consultada em 7/04/17 através do endereço eletrônico: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839.

teoria foucaultiana de biopoder e biopolítica para fundamentar, em parte, a patologização da vida e faço a conexão com as subjetividades experiências dos *portadores de depressão e transtorno bipolar*, que embaso com a literatura da antropologia da saúde, a partir dos dados etnográficos resultantes das conversas individuais e grupais, em tom mais geral. No capítulo III explano, de forma mais detida, a respeito das subjetividades de meus interlocutores partindo dos dados etnográficos construídos nas conversas individuais e coletivas de forma a demonstrar como as pessoas enxergam e vivenciam as suas experiências de sofrimentos, angústia, as suas subjetividades com relação ao que sentem, como se tratam, como lidam com as recomendações médicas, de quais estilos terapêuticos se valem para enfrentar seus mal-estares, a *doença*, como por exemplo, a psicoterapia, psiquiatria, pesquisa e leitura de materiais a respeito, terapias alternativas, religiosidade/espiritualidade e todo e qualquer estratégia de sobrevivência para resistir ao que experienciam. A partir do encantamento com a pesquisa que meus interlocutores demonstraram, especialmente nas conversas em grupo, falei também, sobre a necessidade da escuta e do afeto, inclusive por minha parte também, e da importância de haver locais como a Abrata, onde a fala e a escuta são primordiais. Em meio aos relatos dos interlocutores expus, também, a respeito das relações que eles estabelecem com seus familiares, como isso se dá: a questão de membros presentes ausentes, ausentes presentes, o não falar sobre a doença entre os familiares; a rede de relações que cada um possui e cria também na frequência da Associação; as relações de trabalho quando se é *depressivo* ou *bipolar*; perdas e ganhos; a noção de ser dispensável, sentir-se “inútil” perante a sociedade: foi a *doença* que levou a pessoa a essa questão de estar/sentir-se improdutivo para o mercado de trabalho?

Vivemos uma sociabilidade capitalista que nos exige cada vez mais: tudo ocorre em um ritmo extremamente acelerado e nos é cobrado acompanhar este imediatismo. O estilo de vida nos leva, portanto, à criação de sentimentos de constante insuficiência, falta, incapacidade que se transmitem em um movimento paradoxal que se constitui na abdicação de si e o constante refazer-se a si mesmo, sendo ele próprio sua responsabilidade bem como suas ações e decisões. Oliveira (2015), citando Ehrenberg (1998), explica que, no caso da *depressão*, por exemplo:

“(…) para além de um problema de saúde individual ou coletiva, representaria, na contemporaneidade, uma patologia da sociedade da autonomia. Esse julgamento se deve às observações de Ehrenberg que apontam problemas como desemprego, pre-

cariedade econômica, insegurança, etc. como o principal elemento articulador do sofrimento depressivo.

De acordo com a explicação de Ehrenberg, no mundo contemporâneo a norma é agir e, a partir da ação, conseguir demonstrar eficácia individual, reconhecimento social e ascensão econômica. Mas o sucesso privado e público exige cada vez mais as mesmas ferramentas: a capacidade de comunicar, negociar, motivar, gerir o tempo. Nesse contexto, o vencedor individual é também um fardo para si mesmo, dividido entre a satisfação da conquista e o sofrimento do individualismo. A conquista da autonomia passa a ser acompanhada do sofrimento psíquico.

Ehrenberg pondera que em uma sociedade com exigências constantes de performance, na busca de resultados cada vez mais inalcançáveis, o sujeito deprime como expressão radical de sua dificuldade de agir. Imerso em suas perseguições narcísicas, ele coloca-se a si mesmo em xeque. Entra em vigor como norma, aquela que impõe ao sujeito uma constante necessidade de construção de si mesmo. O sujeito, fatigado pela exigência de construção de si, muitas vezes deprime. Isso seria um reflexo da cultura atual que aguça o narcisismo e aponta para uma perseguição constante do eu ideal no lugar do ideal do eu”. (OLIVEIRA, p.53-54, 2015)

Experencia-se uma cultura que exige o domínio de si mesmo, afetiva e psicossocialmente, em uma realidade totalmente instável, que é a moderna capitalista, na qual muitos aspectos são flutuantes como a segurança financeira, onde o “consumo é termômetro de realização pessoal”, o individualismo é valorizado e vínculos sociais enfraquecidos, incumbem os indivíduos a adaptarem-se o tempo todo, mantendo a excelência e perfeição, que lhes é exigida. Diante destas condições desfavoráveis, da constante responsabilidade de (re)fazer sua trajetória, o indivíduo pode vir a *adoecer*, *deprimir-se*. Portanto, as *doenças*, como a *depressão*, são consideradas como resultantes da época atual que vivenciamos. (EHRENBURG 1998 e GAULEJAC, 2007 apud OLIVEIRA 2015).

Para a psicanalista Maria Rita Kehl (2009) o aumento de doenças como a *depressão*, é um indício social que evidencia estarmos vivendo uma época de extrema contradição. Para a autora, o *depressivo* é aquele que rejeita, que recusa a sociabilidade e formas de viver da con-

temporaneidade, em que os laços sociais estão afrouxados e se vive no tempo da urgência, do individualismo exacerbado. A *depressão*, para Kehl (2009), é exatamente a recusa a essa lógica. Ela também nos mostra que na *depressão* o sujeito abdica-se, e perde-se de si mesmo para então reencontrar-se, reconstruir-se. Assim sendo, ressalto que o deprimido é aquele que está inserido na lógica individualista, mas ao mesmo tempo em que a rejeita, continua a direcionar-se ao “eu”. Como disse Oliveira (2015):

“A contemporaneidade com suas contradições acaba colocando os sujeitos em uma posição cruel. Ela faz com que o sujeito se torne o alvo principal do próprio investimento, amor e interesse. Faz de sua meta tornar-se o sujeito realizado, consumidor de bens, serviços experiências valorizadas. Coloca-o como o único gerenciador de si mesmo, da sua realização pessoal, profissional e emocional. Oferece-lhe modelos, fantasias, desejos sempre renovados e renováveis. Nessa posição aparentemente confortável de ser o centro da própria vida, resta conviver consigo mesmo, contar consigo, ser o único responsável pelo seu sucesso, seja de que ordem for” (OLIVEIRA, 2015 p. 61,62).

Importante alertar que embasei a escrita em alguns teóricos para compor o estilo desta dissertação de mestrado, além do já citado estilo confessional de Van Maanen (2011), lancei mão do trabalho com narrativas e histórias de vida, inspirada por Oliveira (2015), Silva (2011), Maluf (1999; 2010), Argenta (2010) e Rabelo e Alves (1999) que se utilizaram desta metodologia ao realizarem seus estudos. Um dos motivos para me centrar nas narrativas e histórias de vida dos interlocutores e interlocutoras desta pesquisa, foi muito bem falado por Maluf (2010):

“Levar essas vivências em consideração, fazer um esforço, para compreender, ao menos ouvir, as explicações e interpretações dos sujeitos que são alvo dos programas governamentais, perceber os discursos e as experiências sociais como também produtores de verdade pode ser o começo de uma outra política pública, não apenas em saúde” (p. 52).

CAPÍTULO I – A CONTEMPORANEIDADE E SEUS MAL-ESTARES, DOENÇAS E AFLIÇÕES: O QUE DIZ A ANTROPOLOGIA E A PSIQUIATRIA

Saúde mental na antropologia, sociologia e psiquiatria

As questões relativas à saúde, doença e cura/tratamento são construídas socialmente e, portanto, não podem ser estudadas isoladamente do contexto cultural em que estão inseridas (GONÇALVES, 2004). Logo, a antropologia da saúde vem dialogar com o discurso biomédico vigente, e coloca questões para além do biológico e patológico, enfatizando o contexto social e cultural como pontos essenciais para se compreender as doenças. A biomedicina se diferencia das ciências humanas por ter herdado o olhar mecanicista das ciências naturais, com avaliações quantitativas, enfatizando a sofisticação tecnológica; já a antropologia sempre foi uma ciência ligada ao espírito e à cultura e deu ênfase à linguagem e ao significado. Pensar a doença é pensar a cultura e a sociedade de forma a estender a compreensão da enfermidade como uma experiência e, como afirmou a médica e antropóloga Maria Lúcia da Silveira, “(...) analisar seu significado para o próprio doente e para os que o cercam, buscando as implicações clínicas da relação entre doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura” (2000, p.19).

Faz-se necessário colocar a antropologia para discutir as questões relativas às *enfermidades*, pois as pessoas, como afirmou o antropólogo português Amadeu Gonçalves, pertencem a:

“(...) contextos tão heterogêneos, caracterizados por diferenças no estatuto social, gênero, etnicidade ou convicções religiosas, as quais influenciam a forma de encararem a doença e a cura. Desta forma, os técnicos de saúde não devem ignorar ou subestimar o papel dos factores psicossociais na gênese, persistência e resolução dos sintomas apresentados pelos doentes” (2004, p.164).

A literatura nacional que trata especificamente de saúde mental sobre a *depressão* e outros mal-estares é mais recente. O livro “Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas”, por exemplo, organizado por Sônia Maluf, publicado em 2010, possui artigos de excelente qualidade sobre a perspectiva antropológica desta *enfermidade* e outras *doenças mentais*. Um deles é o intitulado *Velhas histórias, novas esperanças*, que procura entender a disseminação e o impacto do diagnóstico da *depressão*, entre pessoas de um bairro popular de

Florianópolis/SC, bem como seu tratamento com medicação e como os sujeitos interpretam essas vivências e resolvem os problemas que a *doença* lhes traz. (TORNQUIST, In MALUF org., 2010, p. 69). Segundo Duarte (2003) Roberto da Matta diria que insistir no modelo de indivíduo e pessoa para explicar as doenças numa sociedade como a brasileira em que a racionalidade está em destaque é praticamente suprimir e limitar a experiência de individualização.

Amadeu Gonçalves, afirma que os profissionais da saúde, nas consultas psiquiátricas, não concedem espaço para dar voz aos pacientes, para que eles “(...) possam verbalizar os seus problemas, dúvidas, os seus medos e receios, em suma a sua história de vida” (GONÇALVES, 2004, p.162). Quartilho (2001), diria que não há espaço para que o “comportamento da doença”, portanto, a explicação do paciente, apareça.

Entre o modelo biomédico e o antropológico há grandes abismos e disparidades, entretanto estabelecer um diálogo entre ambos pode produzir resultados significativos para o maior entendimento dos sujeitos que *portam* as *doenças mentais* e suas narrativas de experiências com elas. Gonçalves reconhece que o:

“(...) o paradigma biomédico não é suficiente para abordar toda a problemática da doença mental (...) [o que] tem levado muitos profissionais de saúde a interessarem-se pelas dimensões sociais, culturais e até mesmo espirituais implicadas na saúde, na doença e nos próprios processos de cura” (2004, p.160).

Vanilda Oliveira (2015), nos mostra em sua tese, que a *depressão* tem atraído a atenção e muitos pesquisadores e, como afirmou, “é consensual que nas mais diversas pesquisas sobre a depressão, que ela tem um alto custo social, emocional e financeiro para os indivíduos”. A autora aponta variados estudos acerca da temática:

“Os artigos sobre depressão teriam passado de 703 em 1966 para 2.754 em 1980, o ano em que a American Psychiatric Association (APA) publicou a sua terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), com nova defini-

ção de transtorno depressivo. A quantidade de artigos beirou os 10000 logo depois da publicação da quarta versão do Manual” (OLIVEIRA, 2015, p. 13).

Oliveira (2015), também, traz como contribuição a pesquisa que fez acerca dos manuais de diagnósticos psiquiátricos (DSMs – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) que a APA – Associação Psiquiátrica Americana produziu, em alternativa à Classificação Internacional das Doenças – CID criada pela Organização Mundial da Saúde – OMS. A APA criou o primeiro DSM em 1952 e já está em sua quinta edição publicada em 2013. Em 1974, a APA indicou Robert Spitzer para chefiar a elaboração da terceira edição do DSM, que despontou como um novo sistema de classificação de diagnósticos na psiquiatria. Esta terceira versão do DSM ficou mais precisa que as anteriores, no intuito de ser mais legítima e dar mais confiabilidade. Para isto a alternativa:

“(…) foi abandonar definitivamente interpretações dos sintomas trazidas pelos indivíduos, ou seja, a forma psicanalítica, e usar a definição de transtorno. Os transtornos mentais são diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo. Cria-se, portanto um roteiro de diagnósticos identificáveis por sintomas e suas durações” (AGUIAR, 2004; HORWITZ e WAKEFIELD, 2010 apud OLIVEIRA, 2015 p. 33).

O crescente número de diagnósticos psiquiátricos pode ser observado através de cada edição dos DSMs, chegando ao quinto com mais de trezentos tipos de diagnósticos. A psiquiatria trata “os afetos de forma dicotômica, com dois polos considerados patológicos, a ‘depressão e a mania’. No caso de ocorrerem ambos, em diferentes períodos, o sujeito seria diagnosticado com transtorno bipolar” (Oliveira, 2015, p. 34). A autora, inclusive aborda as críticas que comumente são feitas a esses manuais. As críticas geralmente apontam para problemas de ordem epistemológica e ética³. A não consideração de subjetividades foi a crítica que mais chamou atenção, além da massiva patologização de sofrimentos e comportamentos. Por esses

3 Para ler a respeito destes problemas ver Caponi (2009), Quintella (2008), Pignarre (2001). Ehrenberg (1998), Spitzer e Wakefield (1999) apud Oliveira (2015).

motivos e alguns outros que são apresentados nesta dissertação, acredito que a antropologia, a sociologia, as ciências humanas têm muito a contribuir e dialogar com o conhecimento médico psiquiátrico.

Não pode esquecer-se da centralidade que, o cérebro humano, adquiriu no imaginário ocidental, como disse Oliveira (2015): “Ao cérebro se dedicam várias ciências, revistas, espaços na mídia e também nos discursos leigos. Tecnologias que visam ‘enxergar’ o cérebro estão sempre em desenvolvimento”. O “cerebralismo” de Azize (2011) é retomado por Oliveira (2015): “a subjetividade está diretamente relacionada à do funcionamento cerebral. O humano está localizado nesse órgão, por meio da inteligência, da consciência, da memória, das emoções. Entender o cérebro equivaleria a entender as pessoas”. Consequentemente, a neurociência e a psiquiatria enxergam o cérebro como o “déspota” que comanda a nossa subjetividade e humor (Oliveira, 2015, p. 66).

Mais importante ainda que estabelecer o diálogo entre os diferentes modelos teóricos é, como propõe Bruno Latour (2012), desfazer a clássica dicotomia cultura x natureza através do estudo das diferentes agências existentes nesta pesquisa. Segundo Latour, em sua obra “Reagregando o Social: uma introdução à teoria do ator-rede”, os atores não são peças de tabuleiro que já estão lá, esperando, prontos para agirem. Eles se constituem como tais apenas na ação. Quando o autor se utiliza da expressão ator-rede ele quer deslocar a origem da ação. Outro ponto muito importante em sua teoria é que o autor também considera os objetos como agentes, claro que não intencionais, mas são dotados de subjetividade. Pensar a rede é ver que ela é constituída de diversos eventos (ações) distribuídos e nela, não necessariamente, seres humanos agem e objetos sofrem a ação. O que se enxerga na rede são eventos que não possuem uma causa e um efeito, mas toda uma gama de agentes, atores, que estão conectados e, portanto, possuem uma interdependência. O diálogo com a teoria ator-rede proporciona enxergar que a ruptura com a dicotomia: natureza x cultura é necessária, pois é uma polaridade que limita a visão dos diferentes agentes, até porque as noções de cultura e natureza são produzidas socialmente, e, dessa forma, fazem parte dos discursos que também são atores-redes.

Saúde mental na antropologia

“Portanto para pensar as causas das doenças é preciso pensar, necessariamente, a cultura e a sociedade e, estendendo a compreensão da doença como experiência, analisar seu significado para o próprio doente e para os que o cercam, buscando as implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura” (SILVEIRA, 2000: 19).

Os estudos acerca dos processos de *saúde/doença*, *sofrimento* e *aflição*, bem como os caminhos que as pessoas percorrem em busca de *cura* para suas *enfermidades* têm sido temáticas cada vez mais estudadas pelas ciências sociais e mais particularmente pela antropologia. Diante da expansão do domínio da biomedicina e da crescente patologização da vida, dos sofrimentos cotidianos (cansaço, tristeza, luto, etc.), a antropologia contribui para a compreensão das subjetividades, que vêm sendo medicamentalizadas (MALUF, 2010).

Da interface de uma perspectiva médica e antropológica, Silveira analisa que, faz parte do cotidiano da clínica, que “anormalidade” ganhe *status* patológico, e, a partir disso, a vida passa a ser objeto de tratamento medicamentoso. A *depressão* é carro-chefe: surge uma tristeza, um desânimo ou simplesmente insatisfações e frustrações da vida, que rapidamente são diagnosticadas como depressão e, dessa forma, as pessoas vão recebendo prescrições, desnecessariamente, de antidepressivos em dosagens e tempo inapropriados. O que se vê, portanto, é que os verdadeiros problemas, tanto os de ordem interna, que são os existenciais, relacionais, afetivos, quanto os externos, os socioeconômicos são “ignorados” e camuflados pelo uso dos remédios (SILVEIRA, 2010).

No Brasil esse contexto foi acentuado a partir da Reforma Psiquiátrica, na década de 70, que teve como principal meta a desinstitucionalização da saúde mental, ou seja, a luta antimanicomial, o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos. Entretanto, mesmo a proposta sendo a de expandir o campo da saúde mental para além da psiquiatria, o atendimento público incorporou o caráter ambulatorial de maneira que os cuidados, as terapias medicamentosas nesse campo são exercidas, não somente pela psiquiatria, mas também, em grande escala por outras especialidades médicas. Além disso, como aponta Maluf (2010), houve um processo de remodelização ou biologização da psiquiatria, que reduziu sofrimentos e aflições a distúrbios de ordem orgânica ou físico-química, tornando-os tratáveis com medicamen-

tos e instaurando uma visão de acesso universal à saúde como sinônimo de distribuição massiva de psicotrópicos, especialmente antidepressivos, no sistema de saúde pública. Não surpreende que esse fenômeno de alto consumo de psicofármacos, antes mais restrito às camadas médias e altas, agora é parte do cotidiano de mulheres⁴ de classes populares rurais e mulheres indígenas:

“(...) somado ao uso de um vocabulário e de um quadro semântico para falar de sua perturbação (depressão, pânico, etc.), que até alguns anos atrás estaria identificado, de um lado, a uma cultura psicológica ou psicanalítica específica das classes médias e, de outro, a uma racionalização médica da experiência subjetiva (...)” (MALUF, 2010: 23).

A reforma psiquiátrica, ao fechar os leitos dos hospitais, pretendeu oferecer um tratamento médico mais humano e diminuir o estigma da loucura e das doenças mentais que os internos carregavam e, portanto, colocá-los como sujeitos aptos a conviver em sociedade. Após a reforma psiquiátrica o modelo biomédico e suas políticas públicas em saúde inseriram a medicação como forma de tratamento principal. Este modelo biomédico caracterizado por uma “racionalização médica da experiência subjetiva e do sofrimento” está amplamente enraizado no sistema de saúde público e privado de nosso país e, perpassa desde os profissionais de saúde e sua forma de atendimento, até os usuários do sistema de saúde. Consequentemente, houve uma grande medicalização da vida onde a “anormalidade” é tratável junto aos sofrimentos a ela associados, possibilitando que o sujeito mantenha-se na cadeia produtiva (no ambiente doméstico e no trabalho assalariado) e seja capaz, portanto, de produzir. A indústria farmacêutica utilizou-se disso como retórica de divulgação dos medicamentos que desenvolve. Mas não se trata apenas disso, esse discurso guarda uma definição bioquímica das doenças e os remédios são concebidos quase que como a única forma de tratamento. Este modelo perpassa desde os idealizadores das políticas públicas de saúde, profissionais de saúde e usuários de serviço de saúde que, também, se valem deste modelo como tratamento de seus males, mas o ressignificam de diferentes maneiras. Importante ressaltar que a aceitação dos diagnósticos, tratamentos e todas estas formas de medicalização da subjetividade não são fei-

4 A questão de gênero na saúde mental é bastante abordada na coletânea organizada por Maluf (2010), que aponta que as desigualdades de gênero relacionadas aos processos de saúde/doença estão ligadas ao contexto de dificuldades socioeconômicas, às condições de trabalho e, portanto, às desigualdades a que as mulheres são submetidas, o que propicia a criação de uma imagem de fragilidade e submissão.

tas sem a “adesão dos sujeitos envolvidos” e, como disse, ressignificação dos conhecimentos e valores procedentes do campo biomédico (Maluf, 2010).

Diferentemente dos modelos biomédico e psicológico ocidentais, que se fundamentam na teoria individualista/universalista para explicar as doenças e por vezes acabam por culpabilizar ora o indivíduo, ora a sociedade, a antropologia da saúde traz um aporte teórico que relativiza culturalmente a noção de “pessoa”, como bem explica Luís Fernando Dias Duarte (2003), que em seu artigo “*Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença*”, apresenta um histórico de como essa questão de *indivíduo x pessoa* vem sendo trabalhada na antropologia e, mais especificamente, na antropologia da saúde. O autor aponta para:

“(...) a diferença cultural fundamental que existe entre os modelos relacionais de 'pessoa' e o modelo do 'indivíduo' ocidental moderno (pensado como livre, autônomo e igual). Essa diferença cultural é de particular importância na caracterização das formas diferenciais de experiência da saúde e da doença entre as classes populares das sociedades nacionais modernas e os segmentos portadores dos saberes biomédicos eruditos, dominantes e oficiais. Estes últimos têm um compromisso originário com algumas características da ideologia do individualismo, tais como o universalismo/racionalismo e o cientificismo/fisicalismo. As representações, práticas e instituições dela dependentes ocupam um espaço de oposição à forma integrada, relacional, holista, como são pensadas e experimentadas as 'doenças' (ou, como prefiro, as 'perturbações físico-morais') mesmo nos segmentos 'individualizados', quanto mais nos segmentos regidos por representações hierárquicas, relacionais, de 'pessoa'. Apresentam-se os fundamentos antropológicos dessa perspectiva analítica e as diferentes dimensões da produção acadêmica a ela associada, em comparação com as de outras tendências do campo”. (2003, p. 173).

A indústria farmacêutica tem forte atuação ao disseminar a intervenção dos medicamentos na vida, “oferecendo a tão esperada solução na forma de comprimidos ou cápsulas” como afirma Diehl et. al.(2010). Nesse mesmo artigo, para demonstrar o peso da indústria farmacêutica na vida das pessoas, as autoras argumentam:

“Segundo Azize, para ilustrar a ideia de que a depressão é uma doença comum, da qual qualquer pessoa pode ser acometida, e que por isso não deveria ser causa de

nenhuma espécie de estigma, o texto do sítio eletrônico oficial do Prozac ® (cuja substância ativa é a fluoxetina) traz nomes de alguns personagens conhecidos que sofrem ou teriam sofrido de depressão. O subtexto parece dizer 'Se expoentes da cultura mundial podem desenvolver depressão, por que não eu ou você?' (DIEHL; MANZINI; BECKER, 2010: 332).

A lógica da Reforma Psiquiátrica brasileira de desinstitucionalização dos pacientes, que buscou romper com o modelo manicomial, marcou a criação de “programas governamentais” que propuseram “a criação de uma ampla e disseminada rede pública de atendimento ambulatorial e clínico, tanto nas unidades básicas de atenção à saúde já existentes, quanto na criação de outros espaços como os CAPs (Centros de Atendimento Psicossocial)”, estes últimos destinados aos casos, considerados pelos profissionais, como mais complexos (MALUF, p.30, 2010). A Reforma Psiquiátrica com seus desdobramentos práticos de um atendimento mais humanizado apesar de mais medicamentoso (Maluf, 2010), somado à ampliação do SUS - Sistema Único de Saúde e a conseqüente democratização do acesso à saúde que vivenciamos nas últimas décadas em nosso país (Viacava et. al, 2018), acabaram culminando em mudanças nos paradigmas de subjetividade. Maluf 2010 aponta que estudos antropológicos dos anos 70 e 80, que abrangeram as classes médias urbanas brasileiras, anunciavam a necessidade de um “modelo de subjetividade bastante influenciado pelos discursos psicológicos e/ou psicanalítico”, sendo este mais “psicologizado ou individualista”, mais adotado por segmentos das classes médias urbanas brasileiras. Entretanto, mais recentemente, esse “paradigma psi” das classes médias urbanas “deslocou-se para, ou deu lugar a, um paradigma biomédico (e fisicalista), num processo combinado de patologização da experiência e medicalização do cotidiano” (Maluf, p. 27, 2010). Nas classes populares o efeito, também, foi semelhante: do paradigma dos nervos, em que o físico e o moral e psicológico não são tidos como separados da experiência (Duarte, 1986; Silveira, 2004) para o paradigma psicologizante e biomédico fisicalista com alto consumo de psicofármacos e utilização do “dialeto médico”, o que levou a uma mudança na percepção e experiência dos sofrimentos. Não se trata aqui, conforme bem pontuou Maluf (2010), de fazer uma dicotomização, muitas vezes redutora, entre “cultura das classes médias e das classes populares”, mas sim de mostrar o deslocamento ou modificação no “idioma social da doença, do sofrimento e da aflição” que aderiu a uma linguagem e modelos médicos que têm uma concepção própria de adoecimento e cura. Houve em muitos casos uma

mudança ou deslocamento destes modelos de subjetividade, mas também, houve a combinação destes modelos, como apontou os estudos de campo da coletânea de artigos organizados por Maluf e Tornquist (2010), bem como a ressignificação dos seus sentidos e concepções de saúde, corpo, doença e medicamentos de acordo com o contexto cultural de cada indivíduo.

Esta “tendência contemporânea para a racionalização biomédica da vida subjetiva” se refletiu, primeiramente nos programas governamentais nas áreas de saúde mental e gênero, no contexto da Reforma Psiquiátrica e criação dos CAPs, e, portanto, nas políticas públicas de saúde (tanto no âmbito teórico, do documento público institucional, como no prático do dia a dia do atendimento básico à saúde feito pelos profissionais desses serviços). No que diz respeito ao gênero as políticas públicas em saúde e saúde mental, as mulheres são comumente mencionadas e tratadas a partir da noção de “ciclo de vida” biológico (gestantes, mães, adolescentes, geriátricos, etc.). Portanto, há a necessidade de uma política de saúde mental com reflexão de gênero que não seja, somente, esta pautada no ciclo reprodutivo e as possíveis vulnerabilidades dele decorrentes. Os movimentos sociais entorno da saúde da mulher, também, possuem uma agenda voltada à saúde sexual e reprodutiva (depressão pós-parto, por exemplo) e, também, para mais acesso ao atendimento e aos medicamentos. “Predomina nos grupos ativistas e movimentos sociais em geral uma visão que confunde universalização, democratização e acesso à saúde com distribuição de medicamentos” (Maluf, 2010).

Apesar de as práticas de atendimento à saúde mental terem se mostrados heterogêneas (grupos terapêuticos, grupos de idosos, acupuntura, ginástica, etc.), Maluf diz que:

“(…) não se pode negar o peso que a distribuição generalizada de medicamentos como benzodiazepínicos e antidepressivos tem hoje no atendimento público (não apenas nos CAPs, especializados em saúde mental ou psicossocial, mas também e, sobretudo nas unidades básicas de saúde). Temos muitos exemplos da pesquisa de campo realizada, relatados tanto por pacientes quanto por profissionais que atuam nessas unidades, além dos números relativos à distribuição e consumo desses medicamentos, em que salta aos olhos o fato de a maioria esmagadora de consumidores desses medicamentos na rede pública são mulheres. Esses dados nos fazem questionar: apesar de não haver uma política explícita e consolidada de gênero de saúde mental nos programas oficiais, percebe-se que na aplicação da política de saúde, no

cotidiano das unidades de saúde e dos Centros de Atendimento Psicossocial, uma política da diferença e a evidência de um discurso da diferença de gênero se faz presente; na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público” (MALUF, 2010, p.34-35).

Partindo dessa base teórica da antropologia da saúde é possível analisar com acuidade os detalhes etnográficos colhidos durante o campo. As diferenças de gênero em saúde, inclusive a produção das masculinidades e suas concepções de corpo, doença, sofrimento e aflição serão mais aprofundadas no capítulo III. A partir daqui trato, de maneira mais detida, a respeito das subjetividades de meus interlocutores partindo dos dados etnográficos construídos nas conversas individuais e coletivas de forma a demonstrar como as pessoas enxergam seu *mal-estar*, sua *doença*, como definem seus estados (se chamam mesmo de doença, de nervoso, de aflição, de depressão), como descrevem suas subjetividades com relação ao que sentem, como se tratam, como lidam com as recomendações médicas, de quais estilos terapêuticos se valem para enfrentar o mal-estar de suas existências (psicoterapia, psiquiatria, pesquisa e leitura de materiais a respeito, terapias alternativas, religiosidade/espiritualidade). Igualmente como descreveu Maluf (2010) parti das “experiências sociais” dos interlocutores com seus mal-estares da existência. Logo, nesta pesquisa, a compreensão teórica e reflexiva acerca de questões como as concepções de doença, aflição, sofrimento, mal-estar, “tem como ponto de partida a ideia de que a experiência e seus sentidos sociais são duas dimensões complementares em uma abordagem antropológica da saúde”. Os relatos, falas, histórias e narrativas sobre o que experienciam no sofrimento, aflição, bem como seus itinerários terapêuticos e cuidados de si, “articulam-se com outras dimensões da experiência e da existência” (MALUF, 2010, p. 41).

CAPÍTULO II – A ABRATA: UMA DAS MUITAS FORMAS DO CUIDAR DE SI

A ideia de fazer trabalho de campo em uma Associação que agregasse um público nomeado pela psiquiatria como depressivo e/ou bipolar surgiu quando frequentava (nos anos de 2013 e 2014) o grupo de estudos “Cultura, Saúde e Doença”, no departamento de Saúde Coletiva, na Faculdade de Ciências Médicas – FCM/ Unicamp. Este grupo de estudos era coordenado pela antropóloga Ana Maria Canesqui, grande referência em antropologia da saúde, que desde o primeiro contato que fiz com ela por email foi muito gentil e acolhedora. Neste grupo tive a oportunidade de ampliar meu conhecimento na área e aprender com a pesquisa dos colegas. Foi do debate e troca de conhecimento, a partir das pesquisas dos colegas do grupo que estudavam associações de pessoas “adoecidas” com diabetes, Alzheimer, etc., que me inspirei a procurar uma associação que tratasse de questões de saúde mental. Pesquisando na internet encontrei a Abrata e na época entrei em contato, conforme descrevi no posfácio.

Mesmo não sendo o principal *locus* de trabalho de campo a ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos, faz-se necessário contextualizá-la enquanto parte importantíssima da gestão dos cuidados de si que, seus frequentadores e interlocutores desta pesquisa, trilham para enfrentar seus diferentes mal-estares. A Abrata foi importante para a realização deste trabalho, pois foi através dela que consegui os contatos dos interlocutores que desta pesquisa participaram. Portanto, foi a intermediária que me possibilitou conquistar a confiança dos protagonistas deste estudo e, ainda, cedeu seu espaço para as rodas de conversas coletivas que fizemos.

Antes de falar especificamente da Abrata, descrevo como se deu a negociação para que o trabalho de campo fosse concretizado. A negociação se deu em meio a incertezas, aflições, mal-estares e angústias pessoais, as quais se combinam à teia de negociação entre idas e vindas. Faz-se necessário dizer que pontuo como se deu essa transação, mas em nenhum momento estou criticando esta Associação que tanto ajudou nesta pesquisa. Apenas aponto partes importantes desta negociação, pois acredito serem dados essenciais para que se compreenda as dificuldades que enfrentei para realizar o estudo, bem como os privilégios que me concederam ao permitir que o realizasse.

Campo: entre as incertezas e as tramas da negociação

Quase um semestre inteiro havia se passado e o trabalho de campo permanecia incerto. *A poeira das coisas* havia aumentado e eu pensava: ‘meu Deus, o que estou fazendo? Que dia é hoje? Tanto tempo se passou e nenhuma resposta definitiva foi dada por parte da Abrata. O sol que entrava pela janela do quarto e batia na mesa repleta de livros, papéis, pastas, estojo e computador formava um traçado de mormaço através do qual era possível ver as partículas de poeira que pairavam no ar sobre os objetos. Pensava, pensava e nenhuma solução me vinha à cabeça senão recontatar as responsáveis da Associação, que quase tinham me dado plena certeza, mas não definiram dia e hora para ir até lá divulgar a pesquisa e conseguir voluntários. Nos últimos e-mails as responsáveis praticamente disseram que estava “tudo certo”, exigiram que enviasse novamente o projeto, um cartaz de divulgação da pesquisa, o TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido e foi o que fiz e expliquei que não tinha enviado o projeto ao comitê de ética em pesquisa da minha universidade, pois precisava de uma resposta com mais certeza de que faria campo na Abrata, pois caso não autorizassem teria que reescrever e refazer todo o projeto e reenviar ao comitê que é extremamente burocrático e moroso para emitir um parecer. Ou seja: de um lado o comitê de ética exige diversos documentos e detalhes do campo e de outro os responsáveis da Abrata me pediram para mostrar que o projeto já havia sido aprovado pelo comitê de ética para que assim pudessem avaliar se de fato autorizariam a minha pesquisa na Associação. Como apresentar um campo ao comitê de ética em pesquisa, se esse campo estava tão incerto e distante de acontecer de fato? Isso me deixou em um embate quase insolúvel, uma das partes haveria de ceder.

Finalmente tomei coragem e enviei mais um e-mail afirmando que necessitava de uma resposta definitiva, pois caso contrário teria de partir para outro plano, pois os prazos estavam se fechando, afinal já havia tido trocas e mais trocas de e-mail desde o final de 2016 contendo explicações sobre a pesquisa e todos os documentos já citados, havia tido reunião com duas das responsáveis e membros do CC – Conselho Científico da Associação (uma psiquiatra e uma psicóloga) e, também, com a diretora-presidente e a diretora institucional. Logo, ao que tudo indicava todo esse corpo de pessoas estava de comum acordo em que a pesquisa fosse realizada, mas só faltavam me dar uma última resposta dizendo: venha tal dia e hora para iniciar e, parece, que entre toda essa negociação incluindo reuniões e apresentação de documentos havia em suspenso um medo e insegurança por parte da Associação em dar o aval definiti-

vo para minha pesquisa. Percebia o hiato de tempo entre o permitir na “teoria” e o consentimento para o início prático da pesquisa. Quando do envio desse e-mail recebi resposta de uma das psiquiatras retomando a questão do comitê de ética e a solicitação de documentos que já haviam sido enviados, o que me causara mais angústia, porque pensava: ‘não sei mais o que lhes dizer, explicar ou quais documentos apresentar. Só tenho medo de isso protelar mais e mais, e o tempo estava se esgotando. O que vou falar para minha orientadora?’ Uma agonia me invadia, um aperto no peito e falta de ar vinham me fazer companhia. Mil coisas me vinham à cabeça. Um turbilhão de pensamentos e angústia me tomava. Por vezes chorava e pensava em desistir, achando que tudo tinha sido em vão e no por que ainda insistia nessa pesquisa, desde a graduação nesta luta; cheguei a pensar que aquilo não era para mim e que estava fadada ao fracasso.

Faço um parêntesis para falar sobre a questão do verdadeiro obstáculo que o comitê de ética em pesquisa se tornou. A submissão das pesquisas, que envolvem seres humanos, à apreciação do comitê de ética tornou-se obrigatória para qualquer área do conhecimento, inclusive as ciências humanas e sociais, o que julgo ser imprescindível para qualquer pesquisa. Entretanto, os critérios de avaliação dos comitês de ética são baseados no conjunto de saberes das ciências biológicas e, portanto, vão muitas vezes à contramão da maneira de pensar e compreender próprias das ciências humanas, ou mesmo não alcançam o entendimento de nossas pesquisas. Encontrei inspiração teórica em Rose (2013) para enfrentar e problematizar o dilema de minha negociação para a conquista do trabalho de campo e para submeter o projeto ao CEP – Comitê de Ética em pesquisa desta universidade. Segundo o autor, é preciso que haja uma mudança na base dos critérios normativos de atuação da ciência, que atualmente ainda são estabelecidos somente por “experts” da bioética que estão cada vez mais protegidos por códigos e comissões de ética, para um novo tipo de funcionamento, com regulamentação e limites de atuação científica, em que seja debatido e definido politicamente de forma ampla através de procedimentos sociais democráticos de reflexão.

Em meio a idas e vindas desta negociação, misturavam-se sentimentos, experiências de mal-estar e angústia pessoais, afinal a antropóloga que vos fala também está entre o grupo de brasileiros que “adoeceu de Brasil”. Insônia, dores por todo corpo, um cansaço que não sabia de onde vinha, falta de interesse e concentração para fazer aquilo que sempre gostei: estudar, escrever, pensar. Meses se passaram e a briga comigo mesma era colossal, não entendia o que ocorria comigo e por vezes pensava que poderia estar depressiva novamente e só de

lembrar das depressões que tive me encolhia, recuava, queria sumir. Foram meses e meses assim entre *altos e baixos*, tinha semanas que conseguia estudar um pouco mais, me empolgava e logo vinha uma onda de insônias, um travamento que parecia mais bolas de ferro que me prendiam ao chão. Isso me entristecia e minava a minha vontade. Era um grande ciclo vicioso que me mantinha presa a mim mesma, por vezes saía dele e me animava, só que já havia se passado seis meses negociando por e-mail e reuniões presenciais, e nada desse trabalho de campo ter seu início autorizado. Despendi muita energia tentando estudar, ler as bibliografias da área e até conseguia, mas o avanço era pequeno e quando menos esperava ficava doente: uma gripe forte, ou infecção de garganta que me punha de molho por três, quatro dias. Meu emocional estava refletindo em meu físico. Não era de se estranhar que as inúmeras noites de insônia, tensão, preocupação me causassem no mínimo uma gripe. A luta foi diária: naveguei entre dias que aparentavam que tudo estava caminhando, leituras e fichamentos sendo feitos e entre dias que levantar da cama era uma luta, porque o corpo e mente estavam fatigados pelo não sono. A isso se somava o limbo da incerteza do meu campo da minha vida, da minha pesquisa ou vida-pesquisa? Estaria com *depressão* novamente? Essa possibilidade não podia nem cogitar ser pensada! Pensava: ‘Essa coisa não mais paralisará minha existência, não passa de meu objeto de pesquisa e somente objeto de pesquisa. Infelizmente em 2018 fiquei de fato *depressiva* mais uma vez tendo que interromper minha vida, minha pesquisa.

Foi nesse contexto de imensa fragilidade e angústia pessoais e externas (contexto social e político brasileiros) que, aos poucos, minha pesquisa foi tomando corpo e começou a sair do plano das ideias e se encaminhando para a prática (isso foi em 2017). Cerca de vinte dias havia se passado do último e-mail e finalmente a diretora institucional e, também, *facilitadora*, dos GAMs – Grupo de Apoio Mútuo, a qual chamarei, daqui em diante, de Íris⁵, foi figura importantíssima para concretização da pesquisa, disse que aparentemente estava tudo certo e que era preciso somente definir quando iria até lá conversar com os demais *facilitadores* para que eles pudessem divulgar a pesquisa, já que eu mesma não poderia participar dos GAMs. É necessário salientar que desde o início vetaram a minha participação nos GAMs, apesar de ser *portadora de depressão*, como eles mesmos definem, concluíram que estar ali como *depressiva* e pesquisadora seria infringir os princípios éticos estabelecidos pela Associação, especialmente o sigilo de tudo o que é falado nesses grupos. Houve somente um momento em que chegaram a pensar em permitir a minha frequência nos GAMs (mesmo já tendo sido vetada

5 Íris é considerada na mitologia grega como mensageira entre deuses e seres humanos.

pelo Conselho Científico quando da apresentação do meu projeto) que foi quando me reuni com a diretora-presidente e a diretora institucional e, como já mencionado, *facilitadora*. Nessa ocasião entenderam de fato, pela primeira vez, qual era a minha proposta inicial de pesquisa e como se trabalha na antropologia, o que as deixou encantadas e afirmaram que seria mesmo muito melhor manter a ideia de entrar com a dúbia identidade: *portadora de depressão* e pesquisadora, pois desta maneira interferiria o mínimo possível na coleta de dados. Me peguei na ilusão de uma antropologia mais neutra, sem interferências. Elas compreenderam que dessa maneira não descaracterizaria a pesquisa, pois a intenção era fazer observação participante dos GAMs que ocorrem três vezes na semana na Associação. Mas logo, repensaram e propuseram a ideia de angariar voluntários e fazer com eles reuniões grupais, similares aos GAMs, e foi o que de fato fizemos, além é claro, das importantes conversas individuais que fiz com cada interlocutor e interlocutora.

ABRATA: entre psicólogos, psiquiatras e frequentadores

A ideia de criar “uma associação, sem fins lucrativos, voltada à necessidade de atender pessoas *portadoras* de *transtornos do humor*: a *depressão* e o *transtorno bipolar* assim como seus familiares e amigos”⁶ surgiu há vinte anos, em 1999, na cidade de São Paulo “a partir da iniciativa dos próprios *portadores*, familiares e profissionais da área de saúde mental do Hospital das Clínicas da USP – Universidade de São Paulo, da Faculdade de Medicina através do GRUDA – Grupo de Doenças Afetivas do Instituto de Psiquiatria”. Sua sede localiza-se em um bairro privilegiado da zona sul de São Paulo, a Vila Clementino, situando-se próxima à estação de metrô Santa Cruz e de diversos prédios da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, que é referência renomada em seus cursos de medicina. Como bem é descrito em seu endereço eletrônico:

“a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos – ABRATA, uma associação civil, sem fins lucrativos, que engloba representantes de diversas universidades e mantém parcerias com os mais variados segmentos sociais e profissionais. Sua sede é na cidade de São Paulo onde desenvolve múltiplas

6 Trecho extraído do endereço eletrônico da ABRATA: <http://www.abrata.org.br/new/quemSomos.aspx>.

atividades, com recursos provenientes de contribuições dos associados, eventos de captação, parcerias e patrocínios de empresas.

Todas as ações da Associação são coordenadas e desenvolvidas pelo corpo de voluntários, por meio da estrutura: Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Científico. O voluntariado na ABRATA é de vital importância para a sua sustentabilidade e é a expressão do seu papel na sociedade brasileira. A sua atuação é conduzida por trabalhos expressivos em prol de levar o conhecimento e a informação à sociedade sobre a natureza dos transtornos do humor, além de apoiar psicossocialmente os portadores de depressão, transtorno bipolar, seus familiares e amigos”.

Acredito que a Abrata seja um ponto de convergência entre as experiências sociais de adoecimento e subjetividade, e o conhecimento médico/científico, pois é constituída de voluntários, parcerias com empresas e universidades e diferentes profissionais da saúde e seus frequentadores (*portadores e familiares*). Arrisco dizer que a Associação é um dos muitos resultados da reforma psiquiátrica brasileira, que desinstitucionalizou a saúde mental, na busca por romper com o modelo manicomial e delimitou outros paradigmas para o tratamento dos *pacientes* possibilitando-os uma vida fora da instituição psiquiátrica e, portanto, uma vida tida como “*normal*” perante o tratamento medicamentoso contínuo. A Abrata representa não só a convergência de saberes e conhecimentos, mas a combinação deles e, assim, dos diferentes modelos de entendimento e experiência do sofrimento, adoecimento, aflição e mal-estar psíquicos que seus frequentadores e frequentadoras experienciam. Ou seja, a Abrata é figura que representa a mudança e combinação dos diferentes paradigmas da subjetividade das classes médias urbanas brasileiras e baixas, também, porque, apesar de aparentar que a maioria de seus frequentadores é de classe média, a Associação agrega pessoas de diferentes classes sociais, e nos mostra que seus frequentadores e frequentadoras se utilizam dos diversos modelos de subjetividade, tanto o fisicalista e biomédico quanto o psicológico e tantos outros, para entendimento e explicação daquilo que vivenciam enquanto *portadores de transtornos afetivos*, como são designados na Abrata (Maluf, 2010).

Infelizmente, por falta de tempo, não pude me debruçar em uma pesquisa mais aprofundada que informasse o perfil sociológico da maioria dos frequentadores (as) da Associação. O público que circula por lá, como disse, aparenta pertencer, em sua maioria, a uma classe média, se assim puder classificar, com mais poder aquisitivo e acesso à informação. Há

também, os casos de algumas pessoas de renda baixa e que chegaram até lá através de indicação de seus médicos psiquiatras ou mesmo de amigos, ou por algum anúncio informativo em jornal e internet. Aponto tais dados a partir de minha percepção e da fala dos interlocutores que participaram desta pesquisa, não podendo afirmar, de fato, que perfil tem os demais frequentadores os quais não fizeram parte da pesquisa.

A Abrata possui como principal atividade os GAMs (Grupos de Apoio Mútuo) que funcionam semelhantemente a mesma lógica das reuniões de AA – Alcoólicos Anônimos, em que pessoas que partilham de “problemas” parecidos, no caso *depressão* ou *transtorno bipolar*, compartilham suas experiências individuais e em grupo se apoiam mutuamente. Como regra a associação determinou que somente “*portadores*” de algum transtorno poderiam participar dos grupos e mesmo o que eles denominam *facilitador(a)* tem de ser *portador(a)* e como a própria palavra diz, se destinam a facilitar e intermediar a conversa do grupo. Logo, a Associação tem como princípio que somente pessoas *portadoras* (quando o grupo for para *portadores*) ou *familiares de portadores* (quando o grupo for para familiares de *portadores*) podem frequentar os GAMs, porque defendem que todos os presentes devem estar entre “*iguais*”.

As ciências sociais e, mais especificamente, a sociologia e a antropologia, ainda que não tenham empreendido estudos em que os grupos de ajuda mútua ocupem sua centralidade enquanto temática, têm abordado o assunto com mais frequência. Um dos primeiros no Brasil, conforme apontou Loeck (2009), “na abordagem sócio-antropológica dos grupos de ajuda mútua” é João Trois (1998) que pesquisou um grupo de Neuróticos Anônimos na cidade de Porto Alegre/RS. Loeck (2009), que estudou um grupo de NA – Narcóticos Anônimos sob a ótica antropológica, afirma que esta temática a respeito dos grupos de ajuda mútua foi negligenciada, durante muito tempo, pelas Ciências Sociais e ele traz uma revisão bibliográfica de alguns autores da área (das Ciências Sociais ou Humanas), como o já mencionado Trois (1998), nos conta, também, sobre o trabalho do Jacques Godbout (1999) que “aponta rapidamente para alguns aspectos importantes neste tipo de organização, em sua obra que aborda a questão da dádiva” (Loeck, 2009 p. 13).

Trago aqui como referencial de análise outro autor, Eduardo Mota (2004) que tem sua obra “A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos”, resenhada por Martha Moreira (2004). Mota (2004 *apud* Moreira 2004) analisa dez grupos de Alcoólicos Anônimos na região metropolitana da cidade de Fortaleza/Ceará e, dentre outros pontos im-

portantes, destaco que retoma a “Teoria da Dádiva” (dar, receber, retribuir) de Marcell Mauss (1960), que fora discutida e proposta para análise de problemas atuais como o fez anteriormente Godbout (1999). Conforme nos mostra Martha Moreira (2004), falando sobre Mota (2004):

“(...) o autor discute o campo das novas formas de solidariedade na modernidade, cuja presença dos grupos de AA é uma das formas organizativas de expressão mais conhecidas no mundo. O autor desenvolve seu estudo com base nos argumentos sociológicos sobre a presença da dádiva na modernidade. Para tanto ultrapassa as cosmovisões individualista e holista em sociologia e suas explicações acerca das motivações que residem nas formas de associação entre as pessoas. Dessa maneira a discussão contemporânea acerca do tema da sociabilidade, da estrutura das redes sociais de ajuda mútua, bem como da solidariedade, insere-se nas discussões sobre os sistemas de reciprocidade, e vai ao encontro da Teoria da Dádiva como uma terceira via de análise, que não se rende nem ao individualismo metodológico, nem ao holismo” (MOREIRA, M. C. N. 2004, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.9, nº 4, Rio de Janeiro, 2004).

Assim como no AA, pude notar que os GAMs da Abrata instituem redes de sociabilidade a partir do “compartilhar, apoiar, produzir e fazer circular valores” possibilitando aos participantes a ressignificação das experiências de adoecimento, dos sofrimentos, afetos e relações que vivenciam e a “produção de vínculos sociais” entre aqueles que partilham de vivências semelhantes (Moreira, 2004). Conforme descrevo no capítulo III, as rodas de conversas coletivas, que fiz junto aos interlocutores desta pesquisa, semelhantes aos GAMs que a Abrata faz, possibilitaram a criação de um vínculo social e afetivo que é o de sentir-se pertencido e representado por um grupo de pessoas que compartilham experiências de sofrimento e aflição parecidas, e dividem, com os demais, suas formas de enfrentamento a estes males. Portanto, baseando-se na teoria maussiana da dádiva, os AAs para Mota (2004) e, aqui nesta pesquisa os GAMs, são capazes de criar além de pertencimento, relações de reciprocidade, em que a ajuda a si mesmo se efetiva quando se ajuda os outros, estes semelhantes a si mesmo (Loeck, 2009).

ABRATA e trabalho de campo: entre a negociação e sua efetivação

Como estratégia de pesquisa, desde o início fiz questão de deixar evidente que também sou *depressiva*, e que, portanto, meu interesse pela pesquisa parte especialmente, mas não só, disso e que sendo *depressiva* soube lidar, com mais facilidade, com meus interlocutores de forma respeitosa e sensível. Deixei isso claro desde o primeiro e-mail que enviei explicando a pesquisa à presidenta do CC da Associação e até mesmo na reunião com a psicóloga e a psiquiatra, também membros do CC, a qual fui convidada. Na ocasião questionaram meu interesse pela pesquisa e curiosamente me fizeram perguntas que não esperava, como por exemplo, se eu era contra a medicação, ao que respondi sorrindo que não, de maneira nenhuma sou contra o uso de medicação, “a começar porque faço tratamento psiquiátrico medicamentoso há dez anos e tenho muitos familiares que também o fazem” disse a elas, e expliquei que a pesquisa antropológica e, no caso esta, busca muito mais observar e ouvir o campo. Portanto, por questões metodológicas e, também, éticas afirmei que jamais exporia a minha opinião e muito menos tentaria convencer alguém dela. Expliquei que a minha intenção enquanto pesquisadora era justamente ouvir o que as pessoas com *depressão* e *transtorno bipolar* têm a dizer sobre elas mesmas, sobre sua “doença”, como a veem e lidam com ela e não explicitar a minha opinião a respeito. Deixei claro, também, que a etnografia é de certa forma uma maneira de explicar a realidade social do outro a partir das experiências relatadas pelo outro, e que, portanto, não cabia a mim ficar expondo o que acho ou não dos tratamentos a que meus interlocutores recorrem (VAN MAANEN, 2011, p. xiii). Afirmaram que estavam bastante preocupadas com isso, pois muitos frequentadores estão em tratamento psiquiátrico e uma maioria é resistente a ele, e elas queriam, de certa forma, uma garantia de que não inseririam alguém ali que pudesse influenciá-los a ser contra a medicação. Trata-se de um dado bastante importante da pesquisa, pois revela o posicionamento da Associação quanto aos tratamentos que defende, o que não é de se estranhar dado que a sua fundação e idealização foi efetuada basicamente por profissionais da saúde mental: psiquiatras e psicólogos.

Íris, voluntária da Abrata, *portadora de depressão* e *facilitadora* de GAMs, foi muito importante para que conseguisse iniciar o campo de fato, porque a partir da iniciativa dela em me responder e-mail – enviado há cerca de vinte dias em que solicitei uma resposta definitiva quanto à primeira ida a campo, já com permissão dos membros do CC da Associação, se não fosse por ela, eu teria que partir para um plano B. Prontamente, ao ver esse e-mail da Íris, a

psiquiatra que antes aparentemente havia me dado o aval para iniciar, mas volta e meia me pedia, mais uma vez, documentos e comprovação que tinha sido aprovado pelo CEP/Unicamp, mesmo eu explicando sobre as complicações do comitê como já anteriormente me disse que tinham dado o “sim” para iniciar a pesquisa desde o último e-mail e que, na verdade, só faltava eu começar. Apesar de saber das preocupações que a Associação possui com seus frequentadores, pois se trata de um tema muito delicado, respondi falando que elas, no último e-mail, disseram para começar e ao mesmo tempo me exigiram essas “pendências” que já haviam sido sanadas e afirmei que aguardava que marcassem uma data para minha ida até lá. Houve nesse ínterim mais trocas de e-mail e (apenas como dado interessante para a pesquisa e não queixa pessoal) essa mesma psiquiatra pediu mais comprovações numa tentativa, presumo eu, de adiar mais um pouco a minha ida à Associação, ao passo que os demais membros do CC envolvidas na aprovação do meu projeto, como a psicóloga, a presidenta do CC e a diretora-presidente, ambas psiquiatras, disseram que da parte delas estava liberada para pesquisar na Abrata. Ressalto que não possuo queixa nem problemas pessoais com quaisquer dos membros desta Associação que, desde os tempos da minha iniciação científica, sempre foram solícitos e abertos a estabelecer diálogo. Achei interessante notar a diferença no comportamento de todas as pessoas que se envolveram diretamente na aprovação da execução da minha pesquisa lá na Associação. Houve, de fato, por parte de alguns uma certa resistência (sempre lembrando que é compreensível que se preocupem e hesitem em permitir a pesquisa, pois é algo que lida diretamente com o bem-estar de pessoas que estão “doentes”), tanto que me deixaram muito tempo esperando por uma resposta, talvez até tenha sido uma estratégia deles para ver se persistia em minha pesquisa, mas no geral tive uma boa aceitação e recepção. Íris, como contei acima, foi imprescindível para minha primeira ida a campo.

Finalmente, consegui marcar dia e horário com Íris para fazer a divulgação da pesquisa antes do início dos GAMs. Estava frio na cidade de São Paulo, por sorte tinha levado roupas quentes, mas dentro de mim o clima também estava frio, pois gelava ao pensar que as pessoas não se interessariam pela pesquisa e todo o caminho percorrido até aqui teria sido em vão. Tinha em mente mais ou menos o que falar e também, havia imprimido o anúncio explicando a pesquisa e convidando pessoas a participarem. Sai ansiosa da casa da minha mãe, que por sorte mora perto da estação do metrô Jabaquara e mais sorte ainda é que até a Santa Cruz, onde fica a associação, são apenas cinco estações. Entrei no metrô e quando olhei havia filas para passar nas catracas. Aquele amontoado de gente se acotovelando, andando rápido como

se fosse literalmente perder o trem, caras fechadas, pessoas encerradas em si mesmas olhando para o nada, se apoiando onde fosse possível para não cair durante a viagem de metrô, outras olhando seus celulares imersas em conversas nas redes sociais, ou mesmo com fones escutando música. Cada uma consigo mesma, indo para casa, ou trabalho, ou qualquer outro lugar. Ninguém se olha, parece que não se percebem. Quando me dei conta estava no mesmo ritmo acelerado e ansioso como as pessoas a minha volta. Eram tantas cabeças, tantos pés, mãos e braços segurando nos canos do vagão; eram tantas vidas, pensamentos, preocupações, anseios e emoções. Pensava comigo mesma como as pessoas lidam com isso tudo diariamente? Como enfrentar tanta disputa por espaço para conseguir se deslocar até onde necessitam ir? Como aguentam essa corrida maluca que parece não ter sentido algum para alguém que não é da cidade? Como as pessoas não adoecem vivendo em ritmo tão acelerado? Ou melhor, adoecem, se deprimem, e como lidam com isso nessa imensidão de gente? Lembrei-me do trecho do livro de Maria Rita Kehl: “A depressão decorre de um excesso de presença do Outro que torna claudicante a simbolização da ausência” (p.223, 2009). São Paulo é uma verdadeira experiência viva da fala de Kehl.

Íris literalmente facilitou minha vida: colocou-me na sala onde ocorreria o GAM, antes de seu início, e disse para apresentar a pesquisa conforme as pessoas fossem chegando. A pronta aceitação das pessoas em participar da pesquisa me espantou. Estava esperando encontrar hesitação e desconfiança como foi no processo de negociação com os membros responsáveis pela Associação; achei que teria de ir diversos dias repetidamente, para que as pessoas me conhecessem e dessa maneira pudessem me dar credibilidade e assim se voluntariarem. Entretanto, me deparei com um público que se encantou com a proposta da pesquisa e no primeiro dia consegui sete pessoas voluntárias, número alto perante a minha expectativa. As pessoas estavam sedentas por conversar, apenas algumas ignoraram a minha presença, ou somente ouviam atentas o que dizia por estarem curiosas em saber quem era aquela moça com um caderno na mão que andava e sentava em lugares diferentes e conversava com cada um que chegava.

Pela primeira vez em muitos meses senti um imenso prazer e satisfação em fazer o mestrado. Finalmente estava caminhando. Na mesma semana marquei de ir mais duas vezes nesse momento pré-GAM para conversar com outros possíveis voluntários. Tinha que contar com desistências, hesitações, faltas... Como sempre o turbilhão de pensamentos me pegou e me arrastou para um lugar não muito confortável: o da ansiedade e angústia. Quando retornei

a casa de minha mãe fiquei pensando tanto, que não tinha concentração nem mesmo para escrever como tinha sido aqueles três dias de experiência de pré-campo. Imediatamente uma sensação de falta, insuficiência me tomou. Senti algo similar ao que é descrito nesse trecho:

“(...) when we have returned from the field and sit before the blank page that must eventually carry the story of what we have presumably learned. Aid, comfort, and confidence may be difficult to come by at this lonely and sometimes terrible stage. For instance, when returning to the university after a stay in the field that was to serve as the basis for my dissertation, I was told by my worthy academic advisors, whose interests and skills lay well outside ethnographic traditions, to simply ‘write up’ what I had ‘discovered’ in the field as if what was then in my head (and field notes) could be uncorked like a bottle and a message poured out”. (VAN MAANEN, John, 2011, p. xvi).

Pude notar outro detalhe que me surpreendeu dentre as pessoas que se dispuseram a participar da pesquisa: a maioria eram homens. Isso me intrigou, porque é comum que, a *depressão* e o *transtorno bipolar*, sejam *doenças* associadas mais as mulheres⁷ e de nove pessoas somente duas mulheres se dispuseram a participar no primeiro momento. Fiquei questionando se no primeiro dia havia coincidentemente mais homens que foram para aquele GAM, mas lembrei de que havia algumas mulheres que não chegaram nem a falar comigo. Algumas só olharam de longe, desconfiadas e nada disseram, ou perguntaram. Fato é que desde este instante despontava um dado etnográfico de gênero marcante, que não poderia passar despercebido e, portanto, trouxe alguns autores para a reflexão, aos quais falo mais adiante. A terceira vez que fui à Associação com o objetivo de divulgar a pesquisa, como sempre, os voluntários que lá trabalham, me receberam muito bem e antes que o GAM começasse expliquei a pesquisa e consegui mais três voluntárias e com elas a quantidade ficou em doze pessoas. Antes tinha estipulado que dez participantes já seria um bom número tendo em vista que o tempo no mestrado é curto e o meu estava ainda mais curto pelos motivos explicitados (demora em conseguir realizar o campo e aprovação do comitê de ética). Anotei todos os nomes e o contato de todos que se manifestaram interessados e pensei: doze pessoas é um bom número sabendo que

⁷ De acordo com estudos como, por exemplo, o de Maluf (2010) apontado no capítulo I desta dissertação.

possa haver desistências durante o processo da pesquisa. Após esta terceira divulgação decidi que a quantidade de voluntários estava suficiente e que começar logo as conversas individuais e as rodas de conversa em grupo deveria ser meu foco dali em diante. Pude perceber que material empírico não me faltaria. Meus interlocutores, em sua maioria, estavam ávidos por falar, perguntaram quando seria, se seria uma entrevista e se quisesse já poderia começar naquele dia mesmo ou no seguinte. Fui surpreendida com tamanha vontade que as pessoas demonstraram em querer compartilhar suas histórias. Depois, contatei uma a uma através da rede social WhatsApp, pois a maioria preferiu assim do que por e-mail ou ligação, e marquei as conversas individuais para a semana seguinte. Deixei a critério dos voluntários a escolha do local e horário em que me encontrariam para a conversa individual. Mesmo me dispondo a ir ao lugar que ficasse mais próximo de suas casas ou trabalho, a maioria demonstrou-se muito solícita e dizia que poderia ser nas proximidades da Associação. Esse momento de marcar o bate papo com as pessoas me deixou um tanto desconfortável, pois ao mesmo tempo em que não dispunha de um lugar físico para estar com elas (a Abrata ficara disponível somente para as rodas de conversa em grupo) fiquei constrangida em sugerir lugares como lanchonetes, cafés, padarias, afinal não tinha ideia da condição socioeconômica de cada um. Por esse motivo deixei que as pessoas escolhessem os locais, porque assim elas poderiam apontar locais que lhes fossem acessíveis financeiramente e onde se sentissem a vontade para falar de suas vidas, portanto, não necessariamente foram locais em que consumimos alguma coisa. Penso que o fato de tê-las deixado à vontade tanto quando divulguei a pesquisa, nas três idas, em que só expliquei o projeto e esperei que os interessados se manifestassem sem insistir para que ninguém participasse, quanto durante o processo de marcar datas, horário e local da conversa e propriamente durante a conversa individual, tenha colaborado para que as pessoas se interessassem em participar e se sentissem acolhidas e confortáveis comigo para falar das experiências de sofrimento, adoecimento e mal-estar. Outro fator foi que eu, mesmo sendo pesquisadora de antropologia, que é um campo bastante desconhecido pelas pessoas, sou na linguagem da Associação, *portadora da depressão* o que facilitou a minha entrada e pronta aceitação no trabalho de campo. Dessa forma as pessoas falariam com alguém que sabe e já vivenciou experiências semelhantes e não com alguém alheio às sensações, emoções e maneiras de lidar com esses mal-estares. Talvez se fosse alguém que não tivesse passado pela depressão as pessoas, já acostumadas a serem vistas com preconceito e desconfiança, não aceitariam conversar comigo

tão prontamente. Ter o diagnóstico de *depressão* me colocou como “igual” aos meus interlocutores, o que aumentou a confiança e legitimidade que viram em minha figura.

Realizei as conversas primeiramente com cada um, individualmente, e ao explicar que não tinha uma entrevista com perguntas fechadas, mas apenas um roteiro norteador, elas acharam estranho. Mas, grande parte delas, ao mesmo tempo, se sentiu mais livre para contar o que quisesse. Coloquei dessa maneira para que interferisse o menos possível no que elas me diziam e não direcionasse a suas falas. Somente poucas vezes interrompia com perguntas pontuais ou esclarecimentos. Todos esses bate-papos ocorreram de forma livre, em que a pessoa contava suas experiências enquanto *portador* de *depressão* ou *transtorno bipolar*, ao passo que também contei minhas experiências como depressiva e assim elas sentiam em mim alguém pertencente ao mundo delas e que compreendia o sofrimento que passam e passaram, por ter vivido coisas semelhantes. Houve pessoas que pensavam que a conversa teria um caráter mais médico ou psicológico e esperavam de mim perguntas que tangenciassem esses campos do conhecimento. Depois entenderam que a proposta era outra e me perguntavam o que é a antropologia, o que eu queria que falasse, entre outras questões e perceberam que a ideia era falar de si, de seus sofrimentos, de como lidavam com o *ser/estar doente*, como se dava as relações familiares, as relações conjugais, as relações no trabalho e, também, como cada um é enquanto indivíduo dentro de seu contexto sociocultural para além de ser *depressivo* ou *bipolar*. Falou-se muito, teve quem chorou, sorriu, se alterou, se cansou, se pensou e se transformou durante essas conversas cuja a duração de cada uma foi, em média, de duas a três horas. Tentei nas conversas individuais entender a maneira que as pessoas compreendem sua doença e me vi em uma situação parecida com a descrita abaixo:

“It asks how people understand their illnesses and finds that there are no firm epistemic understandings of why illness happens. People often put together a narrative of illness that borrows vocabularies from different medical systems (Ayurvedic, allopathic) as well as vocabularies of the occult. I conclude that there are no well-made ontologies that could explain the movement between disease as it inhabits human bodies versus when it exists as an abstraction in textbooks or other discursive forms” (DAS, Veena. p. 22, 2015).

Todas as conversas foram gravadas em gravador digital para que posteriormente as ouvisse e pudesse transcrevê-las, aos poucos constituindo o rico material etnográfico dessa dissertação. Todos autorizaram a gravação; uns mais tímidos ficaram resabiados no início, um pouco nervosos, mas depois falaram como se o gravador não estivesse ali. Foram treze bate-papos em que eu ouvi individualmente cada pessoa. A décima terceira voluntária foi um contato passado por um dos outros participantes que conversou com uma amiga, dizendo que eu precisava de mais mulheres na pesquisa porque havia comentado com ele, quando fizemos a conversa individual, que havia mais homens que mulheres participando da pesquisa. Essa décima terceira voluntária tinha frequentado a Associação por um tempo e depois havia parado, mas ainda mantinha o contato com amigos de lá, se interessou pela pesquisa e gentilmente aceitou participar. Tanto as conversas individuais, quanto as coletivas foram momentos em que “articulam-se com outras dimensões da experiência e da existência e enunciam mais do que interpretações” de suas vivências com o adoecimento, tratamentos e itinerários terapêuticos. Elas foram momentos em que “além de veicularem visões de mundo, valores e concepções de corpo, pessoa, família etc., também a situação da pesquisa e a oportunidade de contar, narrar suas experiências são apropriadas por elas como um momento de autorreflexão e de autoconstrução” (MALUF, 2010, p.41). Diversos dos que participaram deste estudo tiveram “insights” sobre si mesmos enquanto conversam comigo e/ou coletivamente, de forma similar ao que descreve Maluf neste trecho acima, arrisco dizer que similar, até mesmo, a uma terapia, consulta psicológica ou psicanalítica.

Posso notar que sigo a característica confessional, especialmente quando descrevo os prós e contras do meu envolvimento intenso com as experiências do campo, em que me foi possível assumir diferentes papéis, o que também me deixou um pouco perdida, porque era perceptível que alguns de meus interlocutores demandavam certa postura de mediadora de minha parte, especialmente nas rodas de conversa grupais. Estive em campo enquanto antropóloga com todas as características enigmáticas que essa posição levanta, como pesquisadora que supunham ser como as mais comuns que levantam dados estatísticos sobre determinada *doença* (depois perceberam que não); estive, também, no papel de ouvinte, amiga, pessoa que compreende as aflições e sofrimentos, como *portadora de depressão*, e alguém que demonstraram uma certa esperança em haver mudança na maneira como são vistos (com preconceito, estigma) e incompreendidos pela sociedade como um todo (Van Maanen, 2011, p. 78).

Conforme realizei as conversas individuais, marquei as primeiras conversas grupais na Abrata. O tempo curto do mestrado me deu somente oportunidade de realizar três encontros em grupo, com duração de duas horas e meia, cada uma. Se fosse por minha vontade e a deles faríamos muito mais encontros, entretanto o material que coletei já estava grande e precisei de tempo para analisá-lo. Fazer mais rodas de conversa significava mais material etnográfico colhido que demandaria mais tempo para ser analisado. Meus interlocutores, apesar das dificuldades da vida pelas suas experiências de sofrimento se demonstraram muito animados na maior parte do processo de pesquisa. Era claro a vontade e necessidade de falar e ser ouvido entre iguais, e mais, ficaram empolgados com a ideia de serem protagonistas, pois geralmente, segundo eles, são pouco ouvidos fora dos grupos da Abrata (na família, nas consultas psiquiátricas, no trabalho, entre tantos outros lugares da existência de cada um). A eles é vetada a fala, a reflexão ou mesmo podada, o que resulta em não acolhimento e grande isolamento. Não é a toa que o trabalho desenvolvido pela Associação é um diferencial dentro dessa grande onda de silenciamento que os *portadores de transtornos afetivos* sofrem. Estar na Associação é sentir pertencimento, é estar entre iguais e ter licença para falar coisas que não acham espaço para serem exteriorizadas em outras instâncias da vida. O trabalho deles é de fato muito importante, especialmente porque há pouca ou quase nenhuma iniciativa do poder público de investimento em saúde pública, o que desemboca na criação de ONGs (Organizações Não-governamentais) voluntárias, que são grande absorventes desse público, como é o caso da Abrata.

Estudos como o de Santos (2015) apontam para a escassez de serviços similares ao da Abrata no setor público de saúde, nas redes de atendimento do SUS. O autor nos mostra que houve avanços a partir da criação dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008, que passaram a ser constituídos de equipes de saúde da família compostas por uma maior diversidade de profissionais não médicos e, conforme afirmou: “permitindo recentemente a introdução de novos saberes nos espaços dos Postos de Saúde da Família (PSF) e a ampliação da atenção física e mental”. Entretanto, apesar dos avanços, para Santos (2015) o SUS “necessita de mudanças mais radicais”, como por exemplo, grupos de ajuda mútua em saúde mental como é o caso do grupo criado e implementado pelo próprio autor, que como ele mesmo afirma:

“possibilitou a abertura de espaços de socialização para pessoas com sofrimento mental grave e seus familiares (...)” e “tornou possível aos usuários a formação de unidade de grupo, a partir das identificações entre as situações de sofrimento e as estratégias desenvolvidas pelos participantes para lidar com tais situações. Sendo assim, a ajuda mútua demonstrou ser um dispositivo que possibilita a produção de autonomia”.

Logo, Santos (2015) nos traz reflexões muito importantes a respeito dos projetos de governo em saúde pública, através dos programas implementados pelos SUS e seus desdobramentos para a saúde mental. O autor nos diz que embora o SUS tenha o princípio da Integralidade em saúde, “multiplicidade de cuidados como ideal”, através da implantação do modelo de Atenção Básica (AB) nos na década de 1990 (o que proporcionou o aumento do contato dos profissionais de saúde com a população) tem acontecido de a maioria destes profissionais serem “formados dentro do paradigma biomédico” (BRASIL, 2010; GAUDENZI e ORTEGA, 2012; GOMES, 2004; MEIRA, 2012; TESSER, 2006; TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010 apud SANTOS, 2015) o que deixa, portanto, de abranger, os diversos saberes que a multiplicidade de cuidados se propõe. O NASF criado em 2008 pela portaria 154 do Ministério da Saúde do Brasil, foi o resultado da ação para incorporar a Atenção Integralizada e a Saúde Mental à AB – Atenção Básica. Santos (2015) afirma:

“A proposta para o corpo profissional do NASF é a implementação de atenção integral física e mental (BRASIL, 2008 apud Santos, 2015). Deste modo, com a criação dos NASFs, a equipe de Saúde da Família – antes estruturada na composição mínima de um médico generalista ou um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) - passa a contar com assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, entre outros profissionais, no espaço dos Postos Saúde da Família (PSFs) (FRANCO, MERHY, 2006; SILVA, 2012 apud SANTOS, 2015)”.

A proposta do NASF em abranger profissionais de outras áreas do conhecimento e ter como base a atenção integral da saúde física e mental, foi um avanço em relação a programas anteriores que sofreram críticas, conforme Santos (2015) nos mostra, de autores como Franco e Merhy (2006), que criticaram a Estratégia Saúde da Família (ESF), pois esta acabou por reproduzir o modelo de saúde baseado “na centralidade do médico, na produção da atenção fragmentada, na vocação curativa e no entendimento individualizado” (Santos 2015). Os NAFs “permitiu às equipes de Saúde da Família atuarem em situações de sofrimento mental grave utilizando métodos grupais pautados em princípios da Educação Popular”, como por exemplo, o grupo de saúde mental, em um município do semiárido baiano, implantado por Santos (2015), que se utilizou do método de ajuda mútua como forma de “restituir a autonomia do cuidado às e a valorização dos sabedores autóctones sobre o sofrimento mental”, bem como a “socialização das suas experiências e a ressocialização dos familiares e usuários na comunidade” e “reduzir o estigma no convívio entre pessoas com transtorno mental, familiares e pessoas da comunidade onde as famílias estejam inseridas” (Santos, 2015). O autor se utilizou do “Manual de ajuda e suporte mútuos em Saúde Mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental” (BRAZ, LORENZO, VASCONCELOS, REIS, 2013 apud SANTOS, 2015) para a implantação do grupo de ajuda mútua em saúde mental. Sobre o Manual ele diz:

“publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Fundo Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O referido Manual é resultado do “Projeto de pesquisa e extensão integrado Saúde Mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais”, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (conhecido como Projeto Transversões). Estes pesquisadores têm estudado grupos de ajuda e suporte mútuos, bem como estratégias de empoderamento dos usuários e familiares desde a década de 1990” (SANTOS 2015).

Guardadas as devidas particularidades de cada contexto, o exemplo do grupo inserido por Santos (2015), assemelha-se bastante aos GAMs - Grupos de Ajuda Mútua promovidos pela Abrata, como também, às rodas de conversa que fizemos como parte desta pesquisa, que

permitiram aos participantes a criação e/ou fortalecimento de vínculos, assim como a partilha e troca de suas experiências de mal-estar, sofrimento, aflição, e suas estratégias para mitigá-las. A Abrata possui os GAMs como principal atividade, mas também proporciona aos seus frequentadores palestras psicoeducacionais⁸, conforme descrição em seu sítio eletrônico:

“A ABRATA oferece palestras gratuitas para a população sobre os mais variados temas e assuntos relacionados aos transtornos afetivos ministradas por médicos psiquiatras e por psicólogos, para esclarecer acerca dos sintomas, diagnóstico e tratamentos do transtorno bipolar e depressão, entre outros temas relacionados. As palestras psicoeducacionais ocorrem mensalmente no último sábado do mês, à tarde, das 14h às 17h, no auditório do Hospital Sepaco, Rua Vergueiro, 4210 – Vila Mariana, entrada franca”.

Retomando a descrição da negociação e efetivação do trabalho de campo, aponto um dado interessante, fornecido inclusive pela Íris e pela diretora-presidente quando me reuni com elas: é que a Abrata possui mais frequentadores *portadores do transtorno bipolar* do que *portadores de depressão*. Inicialmente, como o enfoque era somente a *depressão*, isso me deixou preocupada, mas logo a diretora-presidente, psiquiatra, me explicou que o *transtorno bipolar* apresenta a *fase depressiva* e a *fase eufórica e maníaca*. Ela me perguntou como lidaria com isso, se eu só queria pessoas com diagnóstico de *depressão monopolar* e não as *bipolares*. Vi-me diante de um desconhecimento de minha parte, porque mesmo pesquisando a respeito de *depressão* há alguns anos, não sabia quase nada sobre o *transtorno afetivo bipolar*. A esse questionamento agi intuitivamente e disse que, como antropóloga, deixaria o campo falar por ele mesmo e não estava em posição de escolher somente pessoas diagnosticadas com *depressão* e que, portanto, estava aberta a quem quisesse participar do estudo. A meu ver limitar o leque de interlocutores poderia colocar a minha pesquisa mais uma vez em uma posição de incerteza, porque se há poucas pessoas na associação que são *depressivas monopolares*, não tinha razão de ficar selecionando e correndo o risco de conseguir poucos participantes para a

⁸ Tais palestras ocorrem segundo programação da sede situada na cidade de São Paulo – SP, a qual foi parte do trabalho de campo que realizei. A Associação abriu, recentemente, um polo que funciona na cidade de Santos – SP.

pesquisa. Tratou-se de conhecer um dado do meio que estava estudando, e que aprendi a observar e entender sua demanda. Um etnógrafo que ignora uma demanda do seu campo tende ao exílio e ao fracasso. O estilo confessional é um espaço que permite expor as experiências pessoais em campo que é repleto de normas comportamentais que o etnógrafo aprende enquanto realiza o trabalho de campo (Van Maanen, 2011, p. 78). Resolvi ler um pouco mais a respeito do *transtorno bipolar* e me abrir para o que meus interlocutores tinham a me dizer, pois nunca se sabe a riqueza que pode estar por trás da história de cada um e ninguém melhor do que a própria pessoa para me dizer o que viveu, o que sente e como lida com seus sentimentos e emoções. Em um primeiro momento senti medo de abrir muito o leque da pesquisa e de futuramente não dar conta de abordar temáticas que por si só são muito subjetivas e complexas. Deixar o campo fluir e falar por si foi uma das melhores estratégias de pesquisa que adotei. Restringir a pesquisa somente a *depressivos monopolares* seria como que colocar as pessoas em “caixinhas fechadas”, em “forminhas de bolo” como se houvesse uma única *depressão* a ser compreendida e um único mal-estar, um único diagnóstico, uma única experiência de sofrimento a ser estudada. Se assim o fizesse seria extremamente incoerente comigo mesma e com minha formação antropológica. Outro ponto que levei em consideração, mesmo conhecendo pouco a psiquiatria, foi o fato de saber, por experiência pessoal, que os diagnósticos em saúde mental são inexatos e possuem fronteiras tênues entre si, e por isso, não havia sentido excluir pessoas *bipolares* que quisessem participar, e como já é sabido, os *bipolares* também são *depressivos*. O fato da fluidez diagnóstica se mostrou ainda mais evidente durante a realização das conversas com meus interlocutores.

Essa discussão acerca dos diagnósticos serem fluidos leva a outro questionamento que surgiu enquanto conversava com meus interlocutores que perpassa a objetividade e subjetividade da *doença*. Quem é que tem legitimidade para dar o diagnóstico: o médico? É o paciente? Ambos? Quem pode falar objetivamente da *doença*? Quem pode dizer que isso ou aquilo é realmente uma *doença*? O que delimita subjetividade e objetividade? Evocar aqui conceitos de biopoder e biopolítica me pareceu adequado. Mesmo tendo passado bastante tempo, a teoria Foucaultiana ainda parece ser base para discutir as questões atuais, especialmente as que perpassam a gestão de corpos e desejos, de segregação e monitoramento de massas. Foucault possui vasta obra na qual discute sobre o poder, o que para ele sempre está relacionado a formas de saber e de conhecimento. O poder opera de forma disseminada em distintas instituições sociais como família, hospital, escola, clínicas, pastorais de igrejas, meios de comunica-

ção em massa e se irradia como um conjunto de forças que atua sem ter exatamente um centro de surgimento permanente (Foucault, 1999), por isso mesmo o termo microfísica do poder, é título de uma de suas obras mais conhecidas. Segundo Foucault, o sistema capitalista no qual vivemos, se utiliza de uma biopolítica que tende a colocar a medicina em todos os âmbitos da nossa vida pública, nos espaços públicos que coabitamos (Foucault, 1979). O que o autor quer nos fazer compreender é que “vivemos num regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, etc.” (Foucault, 2010, p. 171, apud 2016). De acordo com Foucault, desde o século XVII surgiu um tipo de poder estatal sobre a gestão da vida dos cidadãos, de forma a investir na vida, em melhorá-la e exaltá-la até as últimas consequências, diferente da maneira como agia o poder no regime de soberania que tinha mais poder sobre a morte dos cidadãos do que sobre a vida (Foucault, 1976). Essa mudança não significou extinção das formas de genocídio e extermínio de populações, pelo contrário, testemunhamos conflitos de crueldade sem precedentes que fomentam o que se conhece por racismo de Estado, pois o que embasa o biopoder é a ideia de aperfeiçoamento, melhoramento dos processos vitais (Foucault, 1999, apud, 2016), de forma que a morte de uns significa a garantia de existência de “todos” aqueles percebidos como formas de vida melhores, especialmente em regimes de políticas de limpeza étnica, sendo o caso fascista um dos maiores e mais conhecidos exemplos do tipo. Refiro-me a Foucault, pois nele encontrei uma base teórica que explica parcialmente a questão da legitimidade do diagnóstico médico das *doenças mentais*, especialmente no que diz respeito à institucionalização do cuidado de si, a busca por ajuda a partir do que é dado como fora da norma, fora do “normal”, do que está adoecido e precisa ser remediado, que foi uma cultura introduzida aos poucos por esse modelo de biopolítica que encontramos nos dizeres foucaultianos e no qual estamos inseridos. No artigo de Camilo e Furtado, há o trecho que transcrevo a seguir, que explicita de forma clara e muito bem argumentada a questão do biopoder na atualidade a partir da teoria de Foucault e que tem muito que ver com a visão que se refletiu nos relatos de meus interlocutores, a respeito da atuação do saber biomédico em nossas vidas:

“(…) desenvolvimentos no campo das ciências da vida conferiram à sociedade moderna conhecimento e capacidade técnica de manipulação dos fenômenos biológicos. Estratégias de governo de condutas valeram-se desse saber, submetendo os indivíduos a cálculos políticos diversos de controle. Diante desse cenário, Michel

Foucault desenvolveu, a partir de 1974, uma análise das relações entre vida e poder, lançando luz sobre os dispositivos de assujeitamento, engendrados pela civilização ocidental.

Por meio da temática do biopoder, Foucault percorre duas linhas de forças envolvidas na produção de subjetividades: De um lado, o poder totalizante, o qual cria aparatos estatais capazes de governar populações, levando a um processo crescente de massificação e burocratização da sociedade; de outro, complementar a esse poder, encontram-se as técnicas individualizantes, consistentes em saberes e práticas destinados a dirigirem os sujeitos de modo permanente e detalhado.

O conceito de biopoder mostra-se relevante para a compreensão da sociedade atual, pois permite evidenciar a ação das duas linhas de forças, tendo em vista a importância assumida pelas ciências biomédicas e pela biotecnologia nas últimas décadas. Paralelamente às tecnologias que intervêm sobre o DNA, as neurociências e a indústria farmacêutica tiveram igualmente seu apogeu na última metade de século. A chamada revolução cognitiva, ocorrida na década de 1950, estabeleceu, a partir da suposta analogia entre a cognição e os processos computacionais, as bases do estudo científico da mente humana (Álvaro & Garrido, 2007). Somado ao surgimento e aperfeiçoamento dos exames de imagem, tornou-se factível observar o funcionamento cerebral, atribuindo-se ao cérebro a origem dos fenômenos mentais, os quais não se tornaram apenas visíveis ao olhar médico, como também passíveis de manipulação, mediante a ação de psicofármacos.

A psiquiatria contemporânea, em estreita articulação com a indústria de medicamentos, reconhece o cérebro como sendo formado por compostos neuroquímicos sobre os quais se pode atuar através de drogas tricíclicas, estabilizadores do humor, inibidores da recaptção seletiva de serotonina, entre outros (Rose, 2013). Tais acontecimentos colocam novos desafios à sociedade. Tecnologias genéticas e as neurociências modificam a maneira com que o sujeito relaciona-se consigo mesmo e com seus pares, a partir de sua realidade biológica fundamental. Ainda que Foucault não tenha se ocupado diretamente com essas técnicas, seu conceito de biopoder mostra-se ade-

quado para compreendermos alguns de seus efeitos” (CAMILO, J. A. O. e FURTA-DO, R. N., p. 41 e 42, 2016).

Mesmo que Foucault não tenha lidado diretamente com as inovações da biomedicina, neurociência e da psiquiatria, até porque algumas são mais recentes, pode-se refletir a partir desse trecho que o conceito de biopoder é capaz de explicar ao menos alguns dos efeitos dessas novas biotecnologias, sendo que os principais que se pode afirmar são: um possível retorno à eugenia dado à facilidade de manipulação do DNA humano, a capitalização da psiquiatria, especialmente através da parceria com a indústria farmacêutica e, portanto, aumento da medicalização dos comportamentos tidos como fora da normalidade, além da falta de privacidade perante os testes genéticos. Aqui me interessa mais falar dos efeitos desses novos saberes e técnicas sobre a maneira de enxergar o comportamento humano e o excesso de enquadramentos em diagnósticos psiquiátricos. O número de pessoas diagnosticadas com os denominados *transtornos afetivos* só cresce e, juntamente, a medicalização e medicamentação das mesmas (Maluf, 2010 e Santos 2015). Dois questionamentos surgem: de fato há mais pessoas doentes e/ou há um excesso de diagnósticos, um excesso em querer enquadrar comportamentos vistos como fora do padrão e medicá-los? Acredito que com o trabalho de campo pude ver um pouco mais de perto a abrangência que o modelo biológico de pensar a vida e os comportamentos, atingira. Não se trata de colocar um juízo de valor acerca dessa maneira de pensar e sim de refletir a respeito de seus possíveis excessos, falhas e fechamento em relação a outras diretrizes para conduzir a vida. Trata-se de ponderar os benefícios de todo esse desenvolvimento de saberes e técnicas biológicos, mas sem perder de vista suas limitações, sabendo que possuem sim muitos efeitos benéficos para a vida humana, mas que atuam em apenas uma faceta do humano, que é o corpo biológico. Oliveira (2015) faz uma revisão das críticas perpetradas ao modelo biomédico psiquiátrico em seus manuais de diagnósticos, os famosos DSMs, conforme mencionados anteriormente no capítulo I. O que não se pode esquecer é que existem outras compreensões de funcionamento da vida e que, portanto, há outras formas e/ou “técnicas” para lidar com questões de saúde, que não só as pertencentes a esse tipo de visão biológica. Em campo foi possível perceber os diferentes itinerários terapêuticos e conhecimentos diversos dos quais as pessoas se valem para o cuidado de si, sobre as quais falei no capítulo II citando Maluf (2010) e falo, também, no capítulo III.

A psiquiatria desenvolveu novas práticas que têm como fio condutor o amplo uso de medicamentos reguladores das condições mentais, que em muito ajudam a estabilizar sentimentos e humores, mas além de possuírem seus efeitos colaterais, não podem ser vistos como única maneira de tratamento e/ou solução aos problemas desencadeados por estados mentais e emocionais tidos como *doenças*. Já houve muitos avanços e diálogos entre diferentes áreas do conhecimento, mas infelizmente há uma forte tendência que se nota que é a exacerbação do saber biológico como o crivo principal e, portanto, de maior legitimidade, para determinar que tais e tais comportamentos, estados de humor se enquadram no sintomático de uma determinada *doença mental, como a depressão e/ou transtorno bipolar*.⁹

Nikolas Rose, em sua mais recente obra de 2007, tardiamente traduzida para o português em 2013, *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*, nos traz uma forte reflexão acerca das inovações biomédicas e seus desdobramentos como constituintes de uma versão mais atualizada do que seria o biopoder descrito por Foucault. Tais inovações constituem uma nova maneira de exercício de poder nas atuais sociedades, incluindo as formas de subjetivação nelas contidas, ou seja, a maneira que compreendem os seres vivos. Portanto, segundo Rose, o desenvolvimento biomédico tem demonstrado um grande impacto na nossa concepção de vida e tem orientado a condução do poder político estatal sobre a vida das pessoas sob esse mesmo viés da biociência, em que corpo e mente são alvos de intervenções e mudanças, e as pessoas podem escolher sobre quais tratamentos sujeitarão seu corpo/mente, não sendo mais o ciclo natural biológico o definidor dos resultados e destinos da vida. Rose segue apostando que surge ou surgirá, a partir do desenvolvimento de técnicas e saberes biomédicos “uma forma particular de pensar, ver e agir” (p.26) que traz reflexos amplamente disseminados por toda a sociedade contemporânea. Ainda parafraseando Rose, haveria consequências dessa visão estritamente biológica da vida, pontuando aqui das ciências psiquiátricas, o que leva os indivíduos a uma autogestão de seus “selfs neuroquímicos” (p.262), constante vigilância de pensamentos, emoções, sentimentos e estados de humor para gerenciamento dos possíveis quadros psíquicos a que estão sujeitos e, portanto, a busca de maneiras para evitá-los e/ou mitigá-los especialmente através do uso de psicofármacos. Disso resulta, a meu ver, um excedente de diagnósticos, ou melhor, um excedente de “autodiagnósticos”, em que quase todo e qualquer sentimento e estado mental possam ser enquadrados enquanto sintomas de alguma *doença*, o que torna tênue a fronteira do considerado “*normal*” e

9 Para saber os enquadramentos sintomáticos da psiquiatria consulte DSM V, 2013.

“patológico”. Além do excesso de diagnósticos pude notar que a maioria dos meus interlocutores, se não todos, afirmaram que diversas vezes se viram no impasse de não saberem até que ponto determinadas características são próprias de sua personalidade ou se são da *doença*. Eles disseram que às vezes ficam confusos e não conseguem identificar o que é da *doença* e o que é deles mesmos, porque tem momentos em que tudo fica emaranhado, especialmente porque se transformam muito no processo de *adoecimento* e recuperação, e também, porque a tendência biomédica de pensar a vida tende a influenciar as pessoas a enxergarem patologia em muitos comportamentos e maneiras de agir, e aí tudo vira *doença*. Acredito que essa fronteira frágil entre comportamentos considerados normais e os patológicos confunde, tanto aquele que *adoece* como os que acompanham o decorrer da *doença* junto a ele (sejam pessoas próximas, como amigos e/ou família e companheiros (as) de relacionamento), havendo dificuldade em distinguir as características que são específicas da personalidade do *adoecido* e o que é somente da *doença*, ou o que é de ambos.

Apesar da questão do biopoder caber parcialmente como base analítica da atual situação das questões de *saúde/doença*, não podemos olhar a realidade somente sob esta ótica foucaultiana e nos esquecer das grandes conquistas em relação à democratização do acesso à saúde que aconteceu nas últimas décadas neste país. Portanto, há que se tomar cuidado quando se fala em excesso de diagnósticos, excesso de medicalização, porque é fato mesmo que houve um grande aumento e por um lado há estes excessos, mas por outro o acesso a consultas e medicamentos que o SUS proporciona, significa um grande ganho para a população que agora com acesso aos médicos e medicamentos, bem como à informação, fica mais empoderada para gerir aquilo que julga adequado para o cuidado de si, conforme muito bem apontado por Rose (2013). Maluf (2010), fala da grande medicalização da vida, mas coloca um contraponto, semelhante a Rose (2013), e afirma que apesar de haver um uso massivo “de psicofármacos”, na grande “aceitação e legitimação dos diagnósticos médicos”, “nenhum dispositivo disciplinador, de controle ou de vigilância atua sem a participação, adesão dos sujeitos envolvidos” A autora coloca, ainda, que a adesão e incorporação de valores científicos e conhecimentos médicos “não acontece sem a reinvenção dos usos desses dispositivos e dos sentidos dados a esses usos” (p. 51, 2010).

Outra questão relevante foi o pedido de alguns para que eu fizesse um grupo de WhatsApp com os participantes da pesquisa, pois estavam gostando bastante das reuniões grupais e acreditavam que um grupo virtual seria outra fonte de trocas e contatos. Vi-me diante de outro

impasse: será que todos queriam participar de um grupo do tipo? De fato funcionaria como canal de contato e seria produtivo para todos? Resolvi criar o grupo com todas as pessoas voluntárias da pesquisa, mas enviei mensagem avisando que a criação do grupo foi a pedido da maioria do pessoal das reuniões grupais, que se destinava à troca de informações, conversas e contato entre o grupo, até mesmo como meio de comunicação para marcar as rodas de conversa, mas que quem não gostasse não era para se sentir obrigado a ficar no grupo virtual e que a eventual saída do grupo estava a critério de cada um e não implicaria de forma alguma na participação da pesquisa. O meu medo foi o de as pessoas encherem o grupo com mensagens de ordem alheia ao objetivo do grupo e que isso de alguma forma pudesse espantar outros participantes. Mas, como já disse anteriormente, fiz o grupo obedecendo à vontade da maioria dos interlocutores, afinal rejeitar a proposta poderia significar certo exílio (Van Maanen, 2011, p. 78). De maneira geral o grupo funcionou bem, as pessoas se sentiram mais próximas, ocorreram alguns desabafos e trocas e, portanto, funcionou como outro ponto de apoio para cada um que quisesse falar de seus sentimentos e experiências. Acredito que o grupo no WhatsApp, apesar de ter sido canal de vazão de coisas que não eram pertinentes à pesquisa, e nem era mesmo esse o intuito, significou um elo a mais criado entre os participantes e a antropóloga e entre os próprios participantes. Através do que as pessoas manifestavam no grupo era possível conhecer um pouquinho mais de cada uma e ver o quanto a troca de mensagens marcava a necessidade de fala e escuta já percebida desde o início do campo. Interessante que até agora, mesmo o trabalho de campo tendo chegado ao fim, as pessoas continuam a se comunicar por lá e expressam a saudade que sentem das rodas de conversa, bem como perguntam como estão, se alguém que não estava tão bem teve alguma melhora e eu mesma converso. Inevitavelmente criamos um vínculo de amizade e carinho entre todos, acredito que foi esse carinho e cuidado que tenha desenvolvido os laços de confiança e acolhimento que são extremamente importantes para que o campo flua sem tantos obstáculos. O desafio para mim como antropóloga e *depressiva* era entender que o grupo virtual de certa forma ainda era meu trabalho de campo e me vi numa posição delicada, porque o espaço virtual pode passar a impressão de informalidade no sentido de não haver muitas regras. Não que a minha vontade fosse a de ter um ambiente formal, pelo contrário, quanto mais à vontade as pessoas se sentissem seria melhor a todos. Entretanto, eu como pesquisadora tinha de estar atenta ao que falava e como me colocava no grupo, afinal todo cuidado é pouco quando se trata de sentimentos e histórias de vida das pessoas. Fiquei numa corda bamba, mas me sai bem, tanto pessoalmente

quanto virtualmente. É sempre um desafio saber se ainda se está em campo e quando já se saiu dele, especialmente nessa situação que vivi e ainda vivo no grupo formado na rede social. Quando se trata de pesquisa com seres humanos, ainda mais as de ordem psicoemocional como é esta, a linha que delimita entre o pessoal e o profissional é tênue, podendo muitas vezes ser um problema ultrapassá-la e/ou mantê-la. Chegar a um termo é desafiante e requer sensibilidade e jogo de cintura. Acredito que a etnografia seja permeada por esses sentimentos e desafios (Van Maanen, 2011).

CAPÍTULO III – SOBRE (VIVENTES)

Trabalhar temáticas tidas como tabus, como as chamadas *doenças mentais*, não é uma tarefa fácil, porque as pessoas diagnosticadas ficam traumatizadas por comumente sofrerem preconceito e serem incompreendidas, o que acaba fazendo com que se isolem e não compartilhem suas vivências com qualquer pessoa. No início da pesquisa fiquei receosa de ter dificuldade em conseguir voluntários que abrissem espaço para falarem de suas experiências de sofrimento justamente por já estarem acostumados a não serem compreendidos e serem mal vistos. Foi aí então que o meu *diagnóstico de depressão* foi positivo e, como disse no capítulo anterior, deixei claro que sofria de *depressão* desde que me apresentei para as responsáveis da Abrata e percebi que isso significou um “sinal verde” e uma facilidade a mais que tive para a entrada no campo, afinal, não autorizaram a entrada de alguém que não tivesse a menor noção do que é estar em sofrimento psíquico e emocional. Quando já em contato direto com meus interlocutores, esse “passaporte” da *depressão* passou a valer ainda mais, porque as pessoas assim que souberam que sou *portadora de depressão*, como costumam chamar na Abrata, automaticamente, se colocaram mais abertas e dispostas a colaborar com a pesquisa.

Os treze participantes, que são meus interlocutores de pesquisa, são em sua maioria, pessoas advindas da classe média, se é que é possível delimitar; nove delas possuem ensino superior completo, duas têm o ensino médio completo e duas cursaram o ensino fundamental completo. Uma minoria está na ativa no mercado de trabalho, há uma parcela que já se aposentou, seja por idade, seja por “invalidez” perante o diagnóstico; duas pessoas estavam desempregadas à época da pesquisa, havia outra cursando mestrado e também há duas pessoas que trabalham autonomamente e há também aqueles que saíram do mercado de trabalho por *adoecerem* e não conseguem mais voltar, seja pela idade, seja por motivos ocasionados pela *doença*, como medo, insegurança, sentimento de derrota, entre outros. Nestes casos ou arranjam outra fonte de renda, como aluguel de propriedades ou vivem com o rendimento de seus familiares.

A pesquisa não se realizaria sem a participação voluntária destas pessoas, que, gentilmente, cederam um tanto de seu tempo para conversarem comigo e com os colegas. Quando divulguei a pesquisa, conforme falei anteriormente, os voluntários tinham tanta vontade em falar de si que estavam de prontidão, por eles já começaríamos neste dia mesmo. No fundo sabia que a temática era urgente e que as pessoas queriam ser ouvidas, pois afinal, no seu dia

a dia muitas vezes, não há espaço nem pessoas dispostas a escutá-las. Destas que se voluntariaram sete foram homens, o que me surpreendeu muito e, por isso, resolvi reservar uma sessão para falar deles. Depois fui mais duas vezes e achei que já estava suficiente, pois já havia 12 pessoas e uma possível décima terceira que não estava mais frequentando a Abrata regularmente, mas é amiga de alguns que falaram comigo e ficou sabendo da pesquisa e teve interesse em participar.

O que foi desafiante para mim foi o fato de a maioria deles ser portador de *transtorno afetivo bipolar* e assim se apresentarem. Isso me assustou num primeiro momento, como já disse, porque inicialmente faria uma pesquisa somente sobre a *depressão*, sobre a vivência daqueles que vivem com esse mal-estar e no final das contas o trabalho de campo me mostrou que essa restrição não seria rica e limitaria a qualidade do meu material etnográfico. Foi enriquecedor de todas as formas porque, como a maioria das pessoas, eu tinha pouco conhecimento a respeito do *transtorno afetivo bipolar* e pude conhecê-lo através da fala daqueles que se apresentaram enquanto *portadores* dele e convivem com ele diariamente. Outro ponto enriquecedor foi constatar a fluidez entre os diagnósticos psiquiátricos, pois vários deles me disseram que, anteriormente, eram tidos pela psiquiatria apenas como *depressivos*, outros tiveram o diagnóstico revelado somente depois de algum tempo de tratamento, pois muitos dos *sintomas* são bastante parecidos com os de esquizofrenia, por exemplo, além de ter a fase *depressiva* da *doença*.

Traçando um panorama sociológico geral, os participantes da pesquisa são em sua maioria pessoas de classe média de 25 a 60 anos de idade. Há os que à época do campo estavam desempregados seja por estarem passando por mais uma fase difícil, de *depressão* ou *mania*, ou mesmo por já estarem afastados a um tempo do mercado de trabalho por não se sentirem aptos para voltar a trabalhar diante de tudo o que já passaram e das oscilações emocionais que experienciam no dia a dia. Outros já são aposentados, ou autônomos, há um caso de licença médica também. Portanto, a questão da ocupação laboral é ponto chave para a reflexão das experiências por eles relatadas que de formas diferentes, mais ou menos intensas, giram em torno, do que chamo aqui de capacidade laborativa e de se sentirem capazes de algo. Necessário se faz ressaltar que, assim como apontam os estudos feministas como os de Butler (2001), os aspectos como etnia, sexualidade, origem familiar, classe social, religiosidade, são aspectos, também, considerados na análise de gênero. Portanto, este último não pode

ser estudado de forma isolada e sim inter-relacionado com os demais aspectos (Oliveira, 2015).

O material etnográfico colhido foi tão extenso e tão rico que acredito ser muito difícil de caber em apenas uma dissertação de mestrado, afinal são histórias de vida, de sobrevivência em seu sentido mais profundo, do lidar diário com dores invisíveis, bem como formas de mitigá-las e assim ir vencendo cada batalha que estas dores, aflições e sofrimentos trazem para suas vidas. Portanto, são relatos de pessoas extremamente resilientes, fortes e literalmente sobreviventes a dores invisíveis aos olhos e sentidos da maioria da população. Não pretendo fazer dessas subjetividades a mim confiadas um discurso de autoajuda e superação, mas sim, dentro do possível e, sabendo das limitações que a escrita traz, mostrar de forma fidedigna o que estas pessoas querem falar ao mundo e quanto gostariam de ser compreendidas, assim como trazer a público as diversas maneiras de vivenciar, enfrentar e ressignificar suas dores, mal-estares, aflições e sofrimentos. Ressalto que, foi a partir destes relatos, que consegui dar um bom título à pesquisa, porque de fato se tratam de **histórias de sobrevivência e mal-estar da existência**.

Talvez desafiante seja a melhor definição para esta tarefa de escrever sobre a vida destas pessoas tão fortes e resistentes e não à toa, tamanha foi a dúvida em relação a qual melhor maneira de fazê-lo: não sabia se separava em grupos etários e de gênero, ou por semelhança de relatos ou se faria uma sumarização e depois daria espaço para cada história individualmente. Optei por esta última por achar mais justo com cada pessoa que cedeu seu tempo e abriu espaço para falar de coisas tão íntimas e delicadas de suas vidas. Apenas decidi separar por gênero devido à notória participação dos homens o que de fato mereceu destaque, conforme sugerido por minha orientadora e membros da banca de qualificação Carolina Branco e Taniele Rui, as quais devo imenso agradecimento.

A começar por uma visão mais generalizada, pode-se dizer que em seus relatos sobre suas experiências de vida expressaram de diferentes maneiras tudo o que sentem e vivenciam, incluindo o linguajar e conhecimento de origem médica, psiquiátrica e psicológica, que os enquadrava em *depressivos* ou *bipolares*. Num primeiro momento, a maioria se apresentava como *portador de depressão ou transtorno bipolar* por acreditarem que se tratava de uma pesquisa nos moldes de funcionamento da Abrata baseados mais no conhecimento biofísico e químico do corpo humano; quando durante as conversas mostrava a eles que podiam a mim confiar as diferentes interpretações e visões do que experienciam em suas vidas, abriram um mundo de

possibilidades e se sentiram ainda mais à vontade para falar de acordo com o que eles mesmos entendiam de suas experiências de dor e sofrimento. Como fiz isso? A partir do momento em que me coloquei como igual mostrando a minha humanidade: meu sofrer semelhante ao deles, os tratamentos diversos aos quais recorri, minhas interpretações semelhantes ou não, ou seja, mostrando inclusive que o conhecimento científico para mim era um dos vieses pelo qual interpretava minhas vivências ao falar de espiritualidade. Dessa forma, vi na expressão facial de alguns um: “Ufa!” estampado expressando um alívio ao poderem expressar das versas formas pelas quais compreendem tudo aquilo que vivem. Obviamente que outros tinham mais a biomedicina como base essencial de autoentendimento e, portanto, as conversas foram moldadas de acordo com cada pessoa que falou de si. Nos seus relatos, semelhantemente ao paradigma dos “nervos” e perturbações físico-morais desenvolvidos por estudiosos como Duarte (1986) e Silveira (2004), eles disseram ter vivido experiências de muita dor emocional, que chegaram, muitas vezes, a ser dor física como dor no peito, dores no corpo todo e sentimentos de angústia, tristeza, vazio, falta de sentido em tudo, apatia (não vê mais graça em nada), cansaço, sono excessivo ou insônia, mal-estar em estar vivo, pensamento confuso, pensamentos negativos, sensação de inutilidade, desejo de morte e de que toda essa dor passe, vontade de sumir, aflição, sentir-se um fracasso ou fracassado, culpa, medo, falta de crença em si próprio e em sua capacidade de fazer qualquer coisa; relataram também, solidão e sensação de que ninguém entende o que sentem, desânimo, covardia, fraqueza, sentir-se humilhado, não conseguir fazer nada, não conseguir levantar da cama, não conseguir fazer coisas básicas como tomar banho, escovar os dentes, se alimentar, tudo é penoso, doloroso e pesado, sensação de que nada vai dar certo, sentir-se um peso para familiares e cônjuges. Outro sentimento recorrente entre todos os meus interlocutores era a falta de esperança, falta de vontade de ter outro emprego, de apostar em coisas novas, porque acreditam que sempre vão perder e fazem um esforço muito grande para ficarem bem, por que investir tempo, energia e expectativas se vão sempre perder e fracassar? Muitos relatam falta de concentração para ler e fazer atividades no geral, especialmente intelectuais, como estudar; falaram também, do abandono que têm sobre a própria vida, de falta de iniciativa para fazer coisas que precisam ser feitas, perda do prazer em fazer coisas que gostavam antes de *adoecerem*. Todos esses nomes, sentimentos e sensações geralmente sentidos por aqueles que se disseram depressivos ou, os que se declararam bipolares, pontuaram a fase depressiva e não maníaca.

Na contramão desses sentimentos e experiências mais características do que biomedicamente se chama de *depressão*, os que se apresentaram enquanto *portadores de transtorno bipolar* relatam que a fase da *mania* ou *euforia*, é muito perigosa, pois é muito difícil perceber que não estão bem, pois afinal de contas se sentem cheios de energia, se sentem bem, fazem mil e uma coisas ao mesmo tempo. Geralmente é tudo muito exagerado. Logo, é muito difícil olharem para si e dizerem que estão *doentes, fora de controle*, porque simplesmente se sentem plenos e felizes. Alguns falaram que *estar assim é como uma droga muito boa, porque é muito gostoso estar assim, se sentem bem*. A maioria afirma que, muito das vezes, só conseguem se dar conta de que estavam em *mania*, ou em *crise* como alguns chamam, quando já fizeram muitas coisas fora do considerado “normal” como estourar o cartão de crédito porque compraram demais ou compraram coisas muito caras que não comprariam em “*sã consciência*” e se endividam muito. Disseram bastante, também, que bipolar *em mania* tem o pensamento acelerado, abraça o mundo de coisas pra fazer, se sentem super poderosos, tudo podem fazer, tudo são capazes, portanto tendem ao exagero e mesmo à *compulsão* como falam, seja por comida, por gastar em roupas, restaurantes ou algo que se fixam, seja por sexo, que é bem comum no que descreveu a maioria deles, o apetite sexual fica exacerbado; contaram que geralmente quando se dão conta das coisas que fizeram durante a *crise, surto de mania*, vem a depressão, vergonha, uma espécie de “ressaca moral”. Outros relataram, além destas experiências, tantas outras que vão desde ouvir vozes, ver coisas e pessoas, ver o que alguns chamam de espíritos e outros se valem do vocabulário médico e chamam de alucinação, até a experiência em e com outras dimensões de existência. Falaram muito, também, em *autorreferenciamento* durante os períodos de *mania*, ou seja, quase tudo achavam que tinha a ver com eles, por exemplo, o que estava passando em um programa de televisão era exatamente para eles, ou falavam com eles de dentro da televisão, de dentro do computador. Enfim, são muitas as maneiras de falar sobre cada situação que viveram e vivem, e mais importante ainda, como sobreviveram e sobrevivem às adversidades que cada situação gerou.

Anteriormente, em meu leigo conhecimento, acreditava que esse tipo de experiência só ocorria com pessoas diagnosticadas, pela psiquiatria, como *esquizofrênicas*, inclusive alguns relataram que os psiquiatras geralmente apostaram em esquizofrenia num primeiro momento, mas depois fecharam o quadro como bipolaridade. Eles me disseram que é muito comum o diagnóstico de bipolaridade demorar a ser definido justamente por conta desta fluidez entre os *sintomas* e formas de se comportar que se enquadram nas diferentes *enfermidades*

estabelecidas pela psiquiatria. Outros deles disseram, também, que antes só tinham recebido diagnóstico de *depressão*, talvez por terem tido muito mais sintomas de depressão em suas experiências de vida ou porque realmente o diagnóstico de bipolaridade é realmente muito difícil de ser definido.

Importante falar que a maioria, ou melhor, dizendo, todos viram muita importância na pesquisa pela própria necessidade de falarem e serem ouvidos já que muitas vezes não encontram esse espaço dentro da família, e em suas consultas com psiquiatras, que disseram ser, infelizmente, na maioria das vezes apenas para receitar remédios, não encontrando nem sequer empatia para com seus problemas e alguns médicos sequer explicam exatamente o que a pessoa tem, qual o diagnóstico e o por quê dele. Percebi ser muito comum a pessoa passar por quatro ou mais psiquiatras até arranjar um que dê certo e tenha afinidade para dar continuidade ao tratamento. Os que são atendidos pelo SUS não conseguem nem ter essa frequência e regularidade, pois geralmente são médicos residentes que atendem e, portanto, são postos rotativos, sendo atendidos assim por diferentes médicos cada vez que retornam às consultas.

A prontidão dos homens e a quantidade deles que se mostraram abertos e dispostos a participar da pesquisa, querendo falar de si, como disse no início desta dissertação, foram surpreendentes. Sabe-se que, no geral, que as mulheres procuram mais os serviços de saúde e tem uma forma de gerir o cuidado de si, ao passo que os homens são mais resistentes e fechados, além do mais as pesquisas em saúde revelam que mulheres têm mais chances de desenvolver *estados depressivos e transtornos afetivos*. Além disso, acredito que por nossa cultura machista, os homens tendem a se fechar e não demonstrar “fragilidade” diante de problemas, especialmente os de ordem emocional, psicológica. Acredito ser esse um dado muito interessante e diferenciado para a pesquisa já que a maioria dos estudos em saúde aponta um recorte de gênero feminino. Por isso, decidi dedicar uma sessão que fale mais detidamente destes homens que aqui chamarei de “aflitos”, fazendo uma referência a categoria de Veena Das (2015). Importante ressaltar que não considere menos importantes as conversas e narrativas, que também foram analisadas, das mulheres que participaram desta pesquisa. Apenas ressalto que o recorte de gênero com relação aos homens se fez necessário, pois a quantidade deles que desta pesquisa fizeram parte, aponta para um dado diferencial perante a maioria das pesquisas que tratam de saúde e da procura aos serviços de saúde, que é de fato um “mundo” predominantemente, associado ao gênero feminino, e inclusive reproduzido pelo conhecimento médico e as instituições de saúde, que são constituídas da subjetividade de seus profissio-

nais que “reproduzem as representações de gênero tradicionais da sociedade, reproduzindo suas desigualdades de poder e valor, e reiterando na saúde as repartições de atribuições e expectativas para as identidades masculinas e femininas” (Schraiber, Gomes & Couto, 2005; Figueiredo, 2008 apud Schraiber e Figueiredo, 2011). Neste artigo, “Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero”, Schraiber e Figueiredo (2011), também, trazem esta perspectiva ao falarem do modelo de integralidade em saúde, citam um trecho, o qual transcrevi abaixo, do “relatório de pesquisa de estudo sobre as desigualdades de gênero no Programa de Saúde da Família em Recife (Tavares et al., 2004:49)”:

“Dizem que, em geral, quando chegam no posto, ‘eles ficam um pouco sem jeito’, que estão ‘trazendo [os homens] aos poucos’ mas que é um ‘trabalho lento’ porque ‘homem é cabecinha dura’. Relatam outros casos, sempre nomeadamente e a partir da mulher: o marido de fulana, por exemplo. A ACS resume: “não é todo homem que vem no posto, mas a gente vai trazendo na medida do possível. (...) Outra lembra a vergonha, homem tem vergonha de vir ao médico ou dentista. O trabalho é outro argumento bastante usado por profissionais e usuários como razão para a menor frequência de homens às unidades. Me ocorre que ir ao serviço é coisa para mulheres, velhos e desocupados, e os homens não querem este lugar de jeito nenhum. Homens usam o serviço mais para curativo, dentista e outras coisas consideradas “importantes”. A maioria dos profissionais acha que eles não gostam de falar de suas vidas, não colaboram nos cuidados relativos à prevenção de DST e planejamento familiar, não se cuidam e não previnem as doenças. (Tavares et al., 2004: 49 apud Schraiber e Figueiredo, 2011, p. 20/21)

Este trecho é uma mostra de como, geralmente, se comportam os homens quando o assunto é saúde e cuidado de si, bem como a postura dos serviços de saúde perante o gênero masculino, discussão extremamente importante para este estudo em que, os homens, contrariando, em parte, este padrão da masculinidade na saúde, mostraram-se sujeitos dispostos a falar de si, contaram sobre o cuidar de si e quais itinerários terapêuticos se lançam mão. Conforme disse, romperam com esse padrão parcialmente, pois todos são circunscritos pela ótica de nossa sociedade que cobra dos homens uma masculinidade que prevê que sempre devem

estar bem e fortes (física e emocionalmente) e serem os provedores do lar, trabalhando fora para o sustento financeiro do lar, masculinidade esta, como se verá por seus relatos de vida, que é por eles mesmos posta em dúvida e se sentem diminuídos ao estarem fragilizados por seus *mal-estares, sofrimentos e doença*, quando então não conseguem trabalhar fora, alguns fazem o serviço doméstico e, portanto, desviam do que lhes é imputado enquanto homens (Schraiber, Gomes & Couto, 2005 apud Schraiber e Figueiredo, 2011). Até mesmo o fato de terem experiências de *dor, sofrimento, aflição, tristeza, depressão e/ou transtorno bipolar*, condições esta, também, esperadas pela sociedade, como partes da conduta feminina, os colocam em situação na qual colocam sua masculinidade em xeque. Talvez, o fato de se mostrarem tão abertos a falar de si e se prontificarem a participar da pesquisa esteja relacionado a justamente passarem por estas vivências circunscritas, pela sociedade, ao gênero feminino, e de certa forma elas lhes são uma espécie de “licença” para se abrirem e demonstrarem seus anseios, angústias e fragilidades, questões que em situações do dia a dia, provavelmente, não “poderiam” demonstrar, visto que o cuidado de si, e estes sentimentos, são lugar-comum do papel feminino, naturalizadas por nossa sociedade.

A produção acadêmica acerca de masculinidades tem um acervo considerável e foi revisada cuidadosamente por Medrado, Lyra e Azevedo no artigo “Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!” Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero” (2011). Nele é possível ver que a temática das masculinidades passou a ser mais estudada no meio acadêmico brasileiro à partir da década de 1990. Como o próprio título do artigo diz, homens não são só corpos biológicos com funções reprodutoras e/ou força de trabalho, portanto há os autores falam da necessidade de um marco conceitual que:

“a necessidade de desnaturalizar as prescrições e práticas sociais atribuídas a (e incorporadas e naturalizadas por) homens e mulheres, consideradas marcações masculinas e femininas. Não se trata apenas de diferenciar sexo (como corpo) de gênero (como culturas). A leitura sobre o sistema sexo/gênero que adotamos não reifica essa dicotomia natureza-cultura, mas busca compreender os usos e efeitos que práticas sociais (econômicas, políticas, científicas etc.) produzem a partir do exercício constante de oposição ou de busca de similitude entre os dois sexos. Nosso objeto de preocupação é a complexa teia que define as relações de gênero, que nos aponta, de

forma subversiva e transformadora, mais para a diversidade do que para a diferença, como resposta à dicotomia e à desigualdade” (p. 46).

Trago esta bibliografia para complementar as outras anteriormente relacionadas, pois Medrado, Lyra e Azevedo (2011) trazem outras contribuições sobre masculinidades além da já expostas acima através de, a questão de ampliar as reflexões para além da vitimização, que comumente ocorre sobre as mulheres e culpabilização de homens, conforme trecho extraído abaixo:

“O segundo componente do marco conceitual é o reconhecimento da dimensão relacional que o conceito de gênero trouxe para nosso vocabulário analítico (Scott, 1995). Em síntese, gênero não pode ser pensado como entidade em si, mas como jogo entre construções interdependentes. Nessa perspectiva, Barbieri (1992: 114) defende que não podemos estudar ou intervir exclusivamente junto às mulheres, pois o conceito de gênero é mais amplo, e, sendo assim, ‘faz-se necessária uma análise em todos os níveis, âmbitos e tempos, das relações mulher-homem, mulher-mulher, homem-homem para se alcançarem maiores resultados’. Para isso, precisamos produzir reflexões sobre a construção de masculinidades e feminilidades que vão além da vitimização de alguns (mulheres) e da culpabilização de outros (homens)” (p. 47).

A partir desta base conceitual procurei construir as análises dos dados produzidos em campo através das conversas que tive com meus interlocutores de pesquisa.

Homens aflitos

No primeiro dia em que fui divulgar a pesquisa na Abrata, como disse anteriormente, antes do início de um Grupo de Apoio Mútuo - GAM (para *portadores*) a primeira pessoa que se candidatou foi uma mulher e pensei comigo mesma que provavelmente a maioria seria mulher pelos motivos acima descritos. Entretanto, logo em seguida vieram cinco homens falarem comigo e se dispuseram, muito empolgados, a participar do estudo. “Podemos conversar hoje mesmo se você quiser”, disse um deles. Jamais imaginei que eles viriam com tanta abertura e

empolgação para falar de suas vidas e diagnósticos. A maioria se apresentava pelo nome e já dizia: tenho *TB (transtorno bipolar)*, ou *sou portador de TB* ou dizia *sou portador de depressão*. Percebi que se tratava de um costume entre os frequentadores da Associação, esse de se apresentar e logo já falar se era *portador* ou *familiar de portador*. Notei também, que alguns estavam esperando a minha vinda porque a Íris já havia anunciado para eles uns dias antes; inclusive a informação de que eu também era *portadora* já estava na boca de alguns antes mesmo que eu falasse, e vinham me perguntando: *você é portadora do que?* Respondia que era *portadora de depressão* e depois já apresentava a ideia geral da pesquisa e que estava em busca de voluntários. Como neste primeiro dia de divulgação da pesquisa consegui 7 (sete) voluntários e voluntárias, fui somente mais uma vez para conseguir mais alguns, totalizando em 13 (treze) voluntários e deste total 7 (sete) são os homens.

Percebi de imediato que eles se sentiam muito à vontade ali no espaço da Abrata o que me fez supor que já eram frequentadores há mais tempo. De fato, a maioria já frequentava ali há um certo tempo, mas nem todos. Chamou-me atenção tantos homens dispostos a falar de si e o clima descontraído em que estavam e, logo pude notar, que viam na Abrata um ambiente de fato seguro para expressarem sentimentos e compartilhar vivências que, fora dali, nossa sociedade costuma não conceder espaço para serem expressas por considerar que sejam sentimentos e vivências reservadas e naturalizadas como, somente, do gênero feminino. Todos eles me disseram que ali podiam falar de suas fragilidades, sentimentos, angústias e sofrimentos sem serem julgados ou tachados de *afeminados*, *fracos*, *incapazes*, entretanto, eles mesmos, sem perceber, se julgavam desta forma, o que é esperado, já que sofrem esta pressão por exercerem a sua masculinidade dentro do padrão estabelecido socialmente. Outro ponto muito importante que, durante a pesquisa, percebi ser bastante significativo a todos os participantes, mas que aos homens apareceu como ponto crucial, é a questão do trabalho, do não conseguir trabalhar, sentir-se *inútil*. Novamente, esta é uma questão que vai de encontro com os valores socioculturais construídos por nossa sociedade e, portanto, está relacionada à naturalização que se faz dos papéis femininos e masculinos, que por sinal são muito desiguais, e que enxer-ga os corpos masculinos:

“como força de trabalho nas indústrias e força física dotada de agressividade de combate como instrumento dos exércitos. No caso masculino, valoriza-se a qualidade de vigor físico, surgindo, em decorrência, uma sexualidade imperativa, demons-

tração obrigatória de poder, e não como exercício da vontade do sujeito. Essa representação social do masculino contrasta com aquela do feminino, cujo imperativo é a reprodução biológica, o controle da sexualidade e a disciplina dos cuidados” (Schnaiber e Figueiredo, 2011, p. 33).

Somente um deles me disse que sempre conseguiu trabalhar apesar das *crises de mania* e se aposentou em sua profissão. Os demais homens relataram problemas com relação ao que chamei aqui de capacidade laborativa, e se sentem mal por dependerem da família e, destes, todos disseram sentir ao menos algum desconforto, afinal, como já dito, a sociedade espera do homem, mesmo que tenhamos avançado muito nas questões de desigualdade de gênero, que ele seja o provedor e que portanto, trabalhe fora de casa. Não por coincidência, todos estes (apenas com uma exceção), estão ligados a mulheres: seja mãe, esposa ou filhas que geralmente são as que trabalham fora e sustentam a casa, mesmo os que têm alguma renda extra (de aluguel de imóveis, por exemplo) se ligam à figura feminina por alguma necessidade, como por exemplo, morar na mesma casa por questões óbvias de não ter condições financeiras de morar sozinho. Além de estarem ligados às mulheres por esses aspectos há, também, o fator de estes homens serem cuidados por mulheres e, em sua maioria, a iniciativa de ir ao médico, psicólogos e até mesmo à Associação, ter partido destas mulheres que lhes cuidam. Este fator foi também, constatado por Oliveira (2015) referindo-se aos estudos de Berquó e Cunha (2000), que mencionam, além disso, o fato de abandono, por parte dos homens, quando são as mulheres que adoecem, sendo que predominantemente, estas ficam sob cuidados de outras mulheres. Portanto, não é coincidência que os homens que participaram de minha pesquisa estejam atrelados às mulheres (esposa, ex-esposas, filhas, mães) nestes aspectos financeiros e de cuidados.

Além destes pontos, enfatizo que há os estudos que falam das diferenças, nas masculinidades e feminilidades, que adotam diversas e diferentes formas de vivenciar as doenças e o cuidar de si, conforme nos aponta Oliveira 2015:

“Homens podem sofrer de depressão de forma diferente do que as mulheres e enfrentar sintomas de diferentes maneiras. Os homens são mais propensos a reconhecer o cansaço, irritabilidade, perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas e perturbação o sono, enquanto as mulheres são mais propensas a admitir sen-

timentos de inutilidade, tristeza ou culpa excessiva. Os homens são mais propensos que mulheres a recorrerem ao álcool ou drogas quando estão deprimidos, frustrados, desanimados ou irritados. Alguns homens tornam-se viciados em trabalho para evitar falar sobre sua depressão com a família ou amigos ou começam a mostrar comportamento imprudente ou arriscado. E mesmo que as mulheres sejam quem mais tenta o suicídio, os homens morrem mais de suicídio (Baptista, 1999; Justo, 2006 apud Oliveira, 2015, p. 106).

Apesar de haver diferenças e desigualdades, conforme nos mostra os estudos e a realidade vivida pelas pessoas nas vivências de suas masculinidades e feminilidades, os critérios para os diagnósticos presentes nos DSMs e CIDs, são os mesmos para homens e mulheres, de acordo com Oliveira (2015), outra crítica que se pode fazer a estes manuais diagnósticos.

Nas falas dos homens interlocutores desta pesquisa, é possível identificar que veem na Abrata um espaço no qual podem demonstrar fragilidade, sentimentos e dores ligadas às vivências de seus mal-estares emocionais, psíquicos e físicos, encontrando no grupo acolhimento e pertencimento.

Após esse panorama, parto para as histórias individuais, as quais foquei no que julguei mais importante já que são narrativas ricas, cheias de pormenores que não podem constar aqui em sua íntegra por, primeiramente, questões éticas e, também, porque não se trata de publicar as histórias de vida completas e sim de uma pesquisa que tem outros recortes e enfoques. Pensei inicialmente em seguir por ordem de idade, mas depois pensei ser mais interessante seguir pela ordem cronológica das conversas. Apenas para reforçar, lembro que os nomes dos interlocutores foram alterados e, portanto, são fictícios para preservação de suas identidades, sendo que foram eles mesmos que escolheram seus nomes fictícios com exceção de três pessoas: este primeiro que me pediu que lhe desse o nome que quisesse e outras duas pessoas que não me indicaram nenhum nome fictício e acabei por escolher, eu mesma. Importante falar, também, que escolhi como subtítulo de cada história, frases e/ou expressões ditas por eles mesmos em seus relatos e que servem como marcadores que mostram um pouquinho do que são e do que vivenciaram e vivenciam enquanto *depressivos* ou *bipolares*.

Tomás – do sorriso para a morte à poeira das coisas

Marcamos a entrada do shopping Santa Cruz (local próximo à Abrata) como nosso ponto de encontro. Ele chegou uns 15 minutos antes porque precisava ir ao banco. Avistei-o de longe e sinalizei com o braço. Saímos naquela muvuca da entrada do shopping e seguimos na avenida, atravessamos até a agência do banco para que pudesse utilizar. Tanta gente, que ali acaba formando trânsito de pedestres nas calçadas. Após o banco pedi para que ele escolhesse um local para conversarmos, um no qual ele se sentisse à vontade para falar. Fomos para uma mini-praça de alimentação do shopping que fica no subsolo, próxima à saída do metrô que dá para o shopping. Portanto, é possível imaginar o nosso entorno: trânsito de pessoas o tempo todo, barulho da praça de alimentação com pessoas falando alto, liquidificador, máquinas e toda sorte de ruídos. Apesar do barulho, que não nos deixou muito confortáveis, conversamos por bastante tempo. Algo muito relevante de ser dito é que como a maioria dos interlocutores e interlocutoras da pesquisa, Tomás tirava sarro e ria de si mesmo, de suas tristezas e desgraças. Acredito ser uma forma de tornar as coisas um pouco menos penosas, eu mesma me peguei fazendo a mesma coisa, quando contei minhas experiências, durante as conversas com eles.

Diagnosticado com o que a psiquiatria denomina de *depressão*, Tomás mestrando em filosofia na Unifesp – Universidade Federal de São Paulo campus Guarulhos – SP, branco, natural de Guarulhos, 29 anos de idade, solteiro, heterossexual, mora com a mãe nesta mesma cidade, pais divorciados, não tem filhos, não possui renda fixa mensal e sua mãe é quem sustenta as principais despesas e tem um irmão mais velho casado que mora em outra residência. Disse que faz trabalhos como músico (é tecladista), toca na noite para angariar um dinheiro, além de, também, fazer revisão de textos acadêmicos como outra fonte de renda após a sua bolsa de mestrado ter terminado. Declarou-se ateu, mas disse já ter passado por várias religiões. “Hoje a filosofia limpou todo o resto de religião que tinha na minha cabeça”, disse sorrindo. Atualmente só está fazendo tratamento psiquiátrico, parou com a terapia (consultas com psicológicos (as)) porque ficou sem dinheiro para pagar convênio.

Nos primeiros minutos de conversa ele pareceu um pouco envergonhado e nervoso, mas logo se soltou e foi contando que uma vez foi atropelado por uma moto e lembra-se de ter sorrido para o motoqueiro. Demorou a procurar um médico, procurou após esse atropelamento, porque afinal parece ter tido um fundo de prazer em ter sofrido um acidente, admitiu que

por alguns instantes *sorriu para a morte*. Procurou ajuda médica, mas disse que por muitos anos começava o tratamento, melhorava um pouco, passava um tempo se sentindo bem e logo largava a medicação e se dava *alta* do tratamento porque sempre carregou a crença de que lidaria com isso sozinho, sem nenhuma ajuda. Diz que atualmente tem tentado se desfazer dessa crença, tenta não pensar sobre a *depressão* e simplesmente seguir o que o médico fala e pronto, quer passar pela experiência de seguir o que lhe dizem para ser feito, cansou de tentar sozinho e dar errado. Ele, no início, acreditava não ser uma doença: “acho que como todo mundo um dia passa por aquela crença assim de que aquilo é uma indolência sua, uma indisposição, você é simplesmente uma pessoa que não vale nada e tá fazendo corpo mole”, disse ele rindo. E continuou:

“não sei se isso é um preconceito que a gente tem com a depressão ou se simplesmente como você é uma pessoa que repetidamente falha nas coisas que você tenta e vai largando as coisas e aí você começa a pensar isso naturalmente. É pô... porque todo mundo consegue e você nunca consegue? Você tem dificuldade de andar de ônibus... Mesmo se ele - (*se refere às pessoas com depressão e ele mesmo*) - não soubesse nada sobre o preconceito com as doenças mentais ainda assim ele se acharia um fracasso, um fracassado. Eu passei muito tempo achando isso e ainda acho né? (Risos). Não tem como lavar esse pensamento”. (grifos meus)

Acho interessante trazer trechos da fala exata dos interlocutores, para dar o tom real do que eles entendem de suas experiências de sofrimento e dor. Tomás disse que quando sofreu esse acidente que foi atropelado por um motoqueiro e um tempo depois decidiu procurar ajuda médica acha que tinha uns 19 anos de idade, mas acredita que a *doença* é bem mais antiga em sua vida. Na infância tinha algumas coisas estranhas, como tendência a se isolar, se trancava no armário e na adolescência tem certeza que já era depressivo, acredita que com 11 anos já era depressivo. Ele passou muito tempo achando que era algo dele, mas depois que passou a entender mais a respeito, viu que muitas pessoas têm sentimentos, sensações e passam por experiências semelhantes e, dessa forma, descobriu que não era só ele a ter esse tipo de sentimento: “ahh não valho nada, não faço nada, a vida é horrível, sempre uma visão de mundo péssima e tal, daí você vê outra pessoa igualzinha a você”, ele disse.

Afirmou que ainda hoje é complicado para ele ter uma visão de vida para além da doença, porque o *depressivo* tende a ter uma visão negativa do mundo e essa visão é a verdade que conhece, para ele é tudo péssimo e por mais que lhe digam que tem essa perspectiva negativa sobre a vida, olha e não consegue dar um passo de distância dela. Afirmou que isso é algo que incomoda, o fato de não saber até onde é você mesmo e onde começa o comportamento que é da *depressão*. Este é um ponto em que, todas as treze pessoas que conversei, tocaram e disseram que se questionam bastante a respeito disso. Outro ponto importante da fala de Tomás é que ele disse que nas consultas médicas os psiquiatras têm acesso a uma coisa muito limitada de você como bem expressou:

“ele te olha ali só na consulta, só através dos seus sintomas. Mas na verdade a coisa (a depressão) atravessa minha vida, é quando falo com meu chefe, minha namorada... e na consulta é como se tivesse que abstrair a minha vida e passar um quadro para o médico. A conversa vira uma outra coisa, é como se aquilo que você é na sua vida, você não pudesse passar para o médico”.

Achei muito interessante essa visão que ele tem das consultas psiquiátricas (também levantada pelos outros interlocutores) porque mostra como é necessário, ainda, que a medicina psiquiátrica avance no quesito de empatia e humanidade. Quanto a isso ele ainda afirmou que acabou por se adaptar aos psiquiatras, que acabou por entender com qual linguagem eles lidam e lhe entendem. Portanto, se trata de o paciente moldar-se aos parâmetros médicos e não o contrário, tendo que traduzir emoções e sentimentos que na maioria das vezes não são palpáveis no sentido de serem tão subjetivos que a linguagem não dá conta de elucidar. Um exemplo dado por Tomás é o que na ocasião de uma consulta com uma psiquiatra na qual ele tentou explicar que tinha a sensação que vivia uma mentira, que a realidade não parecia a própria realidade, como se ele não fosse ele mesmo. Na época não sabia, mas disse que na psiquiatria isso se chama *despersonalização*, fenômeno que pode acontecer com quem tem *depressão*. Logo, o que quero mostrar com esse exemplo, é que tem de haver uma troca entre as partes (médico e paciente) e essa troca necessita de tempo e sensibilidade, pois se trata de questões muito subjetivas que levarão o médico ou a médica a te diagnosticarem com essa ou aquela *doença*. Sendo assim, dificilmente o tratamento será efetivo caso essa troca seja muito

desequilibrada, ou seja, caso uma das partes, ou ambas, se omitam em detalhes, não sejam transparentes o suficiente para que se enxergue quais problemas necessitam de solução e quais os caminhos mais adequados, de acordo com cada caso, a serem trilhados, pois os medicamentos não se encerram em si mesmos, não são pílulas mágicas da felicidade e precisam de fatores não somente bioquímicos para fazerem seu papel, como também, fatores externos como a própria crença, do seu usuário, de que fará o efeito desejado. O efeito desejado para a maioria das pessoas é o alívio das dores, no caso aqui as emocionais, dos sentimentos e experiências que lhes trazem diversos sofrimentos. No decorrer de nosso bate-papo ele demonstrou bastante desesperança para consigo mesmo, para com a vida no geral, mas afirmou que a *pessoa depressiva* que procura alguma ajuda, por mais que seja um dos momentos mais difíceis (em sua opinião), tem alguma chance, uma esperança de melhorar. Portanto, no fundo, tem uma certa crença de que possa se livrar desse mal-estar que é causado pela *depressão*, ou mesmo mitigá-lo. Entretanto, sempre retoma, ao longo de sua fala que não há muito a ser feito porque, ela (*a depressão*) sempre estará ali, como se fosse uma condição permanente.

Outra questão muito significativa que observei nas falas da maioria das pessoas e que Tomás fala, é que acontece uma cobrança e julgamento muito grandes, com relação ao que sentem e vivenciam enquanto *deprimidos* ou *bipolares*, tanto internamente, delas consigo mesmas, quanto externamente, das pessoas do meio em que convivem seja família, trabalho e sociedade no geral (valores e significados). Além de cobrança e julgamento, existe um preconceito que é muito presente também, e por isso Tomás ressaltou que não é possível conversar com qualquer pessoa sobre o que sente e vive enquanto *deprimido*, é preciso de pessoas que entendam e acolham o que está falando (e a Abrata é um espaço que propicia isso), porque julgar e cobrar já faz pesadamente consigo próprio e a *depressão*, como ele mesmo disse: “acho que não é tanto assim como uma doença normal, que se sente dor e tal em determinada hora do dia, você só percebe que não fez algumas coisas durante o seu dia e tal... É algo constante, permanente... é como se fosse uma poeira em cima das coisas, risos. Não é algo tão visível, perceptível”.

Quase finalizando nossa conversa, Tomás tocou, mais uma vez, em um ponto delicado e, também, recorrente nas falas dos *deprimidos/bipolares* que é o desejo de morte sempre latente. Afirmou que o atropelamento foi: “um pouco de... vou me descuidar e quem sabe alguém me mata”, ou seja, é algo como abrir mão de estar vivo, porque estar vivo significa que dói, que sofre e se a morte significa cessar a dor, então que alguém faça essa gentileza por ele.

Após falar sobre isso houve um silêncio, um hiato o qual foi preenchido com lágrimas nos olhos e o lamento:

“não consigo ir pra frente... Começo a fazer as coisas e... posso até terminar, mas é numa condição muito ruim, é ruim não poder dar o seu melhor. A gente pensa que tem talento, as pessoas pensam... (a namorada dele chegou, a beija e continua a falar), que você tem capacidade de fazer as coisas, mas se nada nunca se efetiva... então você não tem talento nenhum... Ah, por exemplo, você gosta de escrever, mas daí vai largando os textos, vai concluindo eles de forma menos inteligente, então não escrevo nada, só porcaria mesmo... É uma tendência, porque tem motivos reais, não é só pensar mal de si mesmo, porque se você não consegue você é pouco mesmo, você não vale nada, o cotidiano te mostra isso, você tenta e não consegue... pode ser até que tenha uma baixa autoestima ali, mas você fracassou em todas as vezes, então você é um fracassado mesmo... Tem um lado de pensar pra baixo mesmo da depressão, mas ela invalida a vida então... a vida é pior mesmo... um pouco isso... E penso: ‘ah não, amanhã vou conseguir, outro dia vou conseguir...(risos) é... é como fazer a promessa de um novo regime você vê que é algo que vai se repetindo, mesmo sem perceber se for num prazo mais longo e quando você vê, puta passou um ano... passou dois anos e eu tô aqui. Engraçado é que a gente sempre tem a esperança... não sei o que é isso... deve ser uma burrice de nascença...(risos)”.

Joaquim – da depressão à mania: entre remédios, florais e espiritualidade

Joaquim foi o segundo homem com o qual conversei. Desde o início, quando fui apresentar a pesquisa na Abrata, demonstrou muito entusiasmo em participar e falar de si.

Nascido em São Paulo, branco, 49 anos de idade, heterossexual, administrador de empresas formado na PUC – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, divorciado, tem uma filha de 21 anos, mora com a mãe, próximo à Abrata, bairro Vila Mariana, zona sul de São Paulo. Está fora do mercado de trabalho e tem uma renda de aluguel de salas comerciais que aluga, o que lhe rende uma renda de aproximadamente cinco salários-mínimos. Por ser morador ali da região marcou nossa conversa em um café muito aconchegante, nas imediações do Shopping Santa Cruz.

Iniciou sua fala dizendo que cada um de nós tem uma percepção de vida, dizendo que tem uma, o Aníbal tem outra e o Júlio outra. Estes são seus amigos de Abrata (a qual frequenta desde 2014 por indicação de uma terapeuta) e que também se voluntariaram a participar da pesquisa. Falarei deles mais adiante porque conversei com eles depois. Falou bastante destes dois amigos, disse que acabamos ficando amigos destas pessoas, pois elas sofrem as mesmas dores, passam por experiências muito parecidas com as nossas.

Pela psiquiatria Joaquim foi diagnosticado primeiramente com *depressão* e há menos tempo, em 2013, aos 46 anos de idade, como *bipolar*. Na Abrata quando fui falar da pesquisa ele se apresentou como *portador de TB (transtorno bipolar)* e me disse que desde esse dia ele ficou muito empolgado porque faltam pessoas para ouvi-los, oportunidades para falar do ponto de vista de quem é *portador* e acha que a pesquisa vem completar, o que ele chamou de *tríade dos conhecimentos das doenças*, porque temos a literatura psiquiátrica e psicológica, só falta a terceira que é a de “quem tem a experiência da doença” e, dessa forma, levar esse conhecimento para a população. Em suas:

“Por isso acho importante o seu trabalho, porque eu era o cara que achava que transtorno bipolar era a pessoa ter vários humores durante o dia e eu brincava com isso, as pessoas brincam com isso que é uma coisa muito séria. Eu brincava com isso, eu que não sou uma pessoa burra, que tem estudo e tal cai nessa, imagina o resto? As pessoas só pensam no umbigo delas, e falando nisso, a minha família sabe o que eu tenho. Quando fui diagnosticado tirei foto daquele material escrito da Abrata e envi-

ei para toda minha família. A gente se sente sozinho, acho que você vai sentir a mesma coisa dos outros que você conversar... a gente se sente sozinho. A família entende? Ah...entende, mas parece que você não tem o direito de se comportar daquela maneira, parece que é frescura, você não tem o direito de estar doente como se estar doente fosse escolha sua. Poxa, a depressão é horrível, você já passou...é um momento de apatia, desânimo, de você se sentir um fraco, um covarde, culpado, humilhado. Pensamentos mil de coisas ruins e tem gente que diz que você precisa fazer um esforço para sair disso. Parece psicanalista né? Parece que psicanalista que tem essa abordagem...” (grifos meus)

Nesta fala acima, a qual fiz questão de transcrever aqui justamente porque ela traz uma série de reflexões: a começar pela importância deste trabalho, conforme falado no parágrafo anterior, que perpassa um eixo central na fala da maioria deles que é a vontade em serem ouvidos e compreendidos pela sociedade, pela família, e pelos grupos sociais com os quais se relacionam; isto nos leva a outro ponto que é o seguinte: não basta serem ouvidos sobre seus sentimentos e experiências de vida, querem pessoas que compreendam o que passam e que sejam ouvintes que não carregam preconceito em relação aquilo que vivenciam, que não achem que é frescura, vadiagem estar daquele jeito apático, desanimado, que não escolhem estar assim porque estar assim é sinônimo de muita dor e quem gosta de sofrer? O leitor já deve ter percebido que Joaquim tem um linguajar que bebe em fonte biomédica para explicar suas experiências de sofrimento e aflição enquanto *portador de transtorno bipolar*. Estas questões, por ele trazidas atravessam as histórias de todas as pessoas que desta pesquisa participaram, sendo que no caso dos homens há sempre, por mais que seja muito sutil, a questão de se sentirem envergonhados e culpados porque afinal em nosso modelo machista de sociedade espera-se que os homens sejam provedores, ou seja, sempre produtivos, trabalhando e inseridos no mercado de trabalho.

Joaquim traz outra reflexão, também, importante e falada por outras pessoas nesta pesquisa, que é a questão das perdas, que segundo ele, também são apontadas na literatura psiquiátrica, como são *fatores desencadeantes* de uma *depressão*, como no caso dele que no ano anterior perdeu mais um emprego e uma ex-mulher voltou, se declarou, mas depois sumiu novamente. Afirmou que foi por isso que *caiu em depressão* mais uma vez. Disse, também,

que foram muitas entradas e saídas de empregos diferentes enquanto estava trabalhando em sua área, nunca conseguiu fazer uma carreira longa em um lugar só, mas não atribui isso ao *transtorno bipolar*, pois não se lembra de ter discutido com nenhum chefe, não teve que ser internado, nem nada do tipo.

Falando um pouco sobre seu itinerário terapêutico para além do tratamento médico psiquiátrico, disse que é espírita kardecista desde os 19 anos e frequenta um centro no bairro Tatuapé, inclusive uma das psicólogas que se trata é de lá. A outra é a do seu convênio médico, ambas com abordagem cognitivo comportamental, com a qual disse se dar bem. E acrescentou:

“Essa do convênio ela trata como uma *doença* e traça metas para sair do lugar-comum, e é positivo isso, é difícil? É difícil, porque quando você está em *depressão* você não quer fazer nada né? Você não quer fazer nada e não tem Cristo que baixe na terra e te pegue pelo braço. Esse tipo de conversa que estou tendo com você era o tipo de conversa que gostaria de ter com meus familiares, amigos e as pessoas de forma geral...e que eles entendessem. Por isso que esse seu trabalho é tão importante, porque precisa trazer de dentro para fora, de dentro quem? É Lígia, o Joaquim (referindo-se a si mesmo), o Aníbal, o Júlio... Ou seja, todas essas pessoas que você vai conversar, cada uma vai ter uma experiência para te mostrar que vão criar uma intercessão lá na frente porque não tem como, a doença é uníssona todo mundo sente a mesma coisa. O Aníbal me disse que está em *deprê*, você vai conversar com ele, ele me disse que tá assim mas que não sente que a vida dele foi um fracasso, porque ele foi um profissional bem sucedido, mas ele não consegue trazer esse bem sucedido para agora. Eu também tive experiências bem sucedidas de trabalho, mas não tô tendo agora. Se você perguntar para todos eles se gostariam de voltar a trabalhar, todos eles vão te responder em coro que sim, gostariam”.

(grifos meus)

Destaquei esta fala de Joaquim porque achei interessante ele dizer (falando de seus amigos e pessoas com *depressão* e *bipolaridade* no geral) que a *doença é uníssona, todos sentem a mesma coisa*. Vi aqui, o olhar cientificista dele com uma tendência a homogeneizar o que sentem, talvez numa tentativa, também, de pertencimento a esse grupo de pessoas que

sentem as mesmas coisas. Outro ponto que achei interessante é que ele retoma a vontade de falar à família, ao mundo e ser compreendido, ser ouvido sem preconceito. Além disso, destaco a questão do trabalho, tão latente em todas as conversas que tive com todos os interlocutores, especialmente os homens. Inclusive, na continuidade da conversa Joaquim disse que gostaria de voltar ao mercado de trabalho, mas teme que o mercado não vá lhe absorver porque já tem quase 50 anos de idade e caso absorva, diz: “será que estarei com energia, disposição para me estressar, me frustrar e tudo mais? Estarei com cabeça?”. Ele questiona a capacidade de aguentar as pressões que o mercado de trabalho exige, porque o “mercado suga”, como ele falou com muita veemência. Complementou também dizendo que outra opção seria concurso público, que esta seria uma carreira ideal para quem sofre de problemas emocionais como o dele, pois há estabilidade, você consegue tirar licenças médicas sem preocupação em ser demitido, entretanto diz que tem estar com a “cabeça boa, tranquila” para estudar para o concurso, porque atualmente pega um livro para ler e logo se desconcentra e esquece o que leu na página anterior. A falta de atenção, de concentração para atividades intelectuais como ler, estudar, escrever, como relatada por Joaquim, é muito presente também nas falas dos demais participantes da pesquisa.

Outro fator que me chamou a atenção na fala de Joaquim foi o incômodo em ter que morar com a mãe, o que está diretamente atrelado à questão do trabalho, independência financeira, que como já afirmei, é um ponto delicado para os homens, como ele mesmo diz:

“Outro detalhe que me incomoda muito hoje é que moro com minha mãe. Minha mãe é uma pessoa maravilhosa, mas é um apartamento pequeno de um dormitório só e eu durmo no sofá cama, então essa situação acaba me atrapalhando, mexendo com a minha cabeça. Então para nós que temos *transtorno* a questão do conforto é muito importante. Aquela questão do *cuidador* que a gente tem que ter é importante, mas o cuidado com a gente mesmo é importante. Acima do *cuidador* o cuidado com a gente mesmo é muito importante, e eu fico muito preocupado comigo nesse sentido. Sinto falta de um espaço meu, mas ao mesmo tempo não sobra dinheiro, porque São Paulo é muito caro. Essa questão da qualidade de vida tá me pegando muito, porque isso me chateia, me entristece, queria ter o meu canto sabe? Outra coisa que me en-

tristece muito é que essas locações me dão uma receita e é disso que estou vivendo e não está sobrando dinheiro para repassar para o meu irmão, nem para minha irmã”.

Vivemos, ainda, apesar de alguns avanços, em uma sociedade extremamente machista, patriarcal que exige dos homens que ocupem uma posição de provedor da família, que sejam fortalezas inabaláveis e, portanto, não tenham sentimentos e estados de ânimo, comumente associados ao feminino como as tristezas, dores emocionais que são, inclusive (como falei mais acima), tidas como fragilidades. Outro ponto importante relacionado ao financeiro é levantado na narrativa de Joaquim, que é a tendência ao exagero e *extravagâncias* que os *bipolares* têm especialmente quando estão em *mania*, muitas vezes gastando demais e se endividando. Quando se dão conta do que fizeram acabam se *deprimindo*, mas também disse que não dá para culpar o transtorno bipolar em tudo, porque quem faz isso, ele disse, está equivocado. Neste aspecto Joaquim lembrou o fato, também levantado por Tomás, que é o incômodo de não saber até onde é sua personalidade e até onde é a *doença* ou ambas.

Quanto ao tratamento psiquiátrico ele me disse que não teve resistência em tomar a medicação, que entendeu ser para o bem dele e disse, mais uma vez se utilizando do linguajar biomédico, que é muito mais fácil para *bipolares* rejeitarem a medicação quando estão em *eutimia*, ou seja, em equilíbrio: nem em *mania*, nem em *depressão* e portanto, quando se está bem. Toma remédio para *TB* desde 2013, direto, sem pausas. Antes disso tomava antidepressivo, porque só tinha o diagnóstico de *depressão*. Disse que tem a impressão de que a *depressão* que tem agora parece ser mais forte que a que tinha antes, não sabe se é por estar mais velho, por não ter perspectiva de vida. Afirmou que olha a vizinha, que é jovem, doutoranda, já dá aula, está ativa e produtiva, está indo pra frente e isso mexe com ele, porque afinal ele não está indo adiante, se sente parado, estagnado e está ficando velho.

É incrível como a questão da capacidade laborativa e, o não conseguir realizar tarefas que necessitam ser feitas e/ou que comumente (quando se sentem bem) gostariam de realizar, aparecem na maioria das narrativas destas pessoas que conversaram comigo, inclusive em minha própria experiência de vida¹⁰. Esse não realizar tarefas é mesclado com a *autocobrança* e *sensação de fracasso* constante que geram um ciclo vicioso como descreveu Joaquim. Há bastantes pontos em comum nas diferentes experiências que escutei e esse talvez seja um dos mais recorrentes, além do desejo de morte, também, mencionado por Joaquim que quando

10 Conforme se pode ver no posfácio.

disse estar *deprimido* tem muitos *pensamentos de morte*, que na verdade admitiu ser uma *vontade de sumir*, pois sendo kardecista acredita que seria uma péssima ação a de se matar porque “aí tá frito lá do outro lado, burrice plena!”, disse dando risada. Também disse sobre a questão de não estar com ninguém nem namorando, nem casado, enfim, uma companheira acredita que ajudaria especialmente a se sentir menos sozinho.

Continuou falando sobre morte, dizendo também sobre o que ele chama de *gatilhos* (termo também presente na literatura psiquiátrica e psicológica). Joaquim disse inconformado que tudo vira um gatilho para ficar mal, para acionar as tristezas, como por exemplo, ver seu carro detonado, não ter uma namorada, estar morando com a mãe e não ter dinheiro para morar sozinho e “a vida parece que não tem sentido de nada”. Disto geralmente vem a vontade de morrer, de sumir, ou seja, é o mal-estar da existência latente que causa dor e pessoa quer acabar com o sofrimento de alguma maneira. Disse que não é bem vontade de morrer, “porque se você vai se matar você planeja se matar. Você vai escutar isso nos depoimentos. A questão do querer morrer é você ficar torcendo para um carro te atropelar, para tomar um tiro de uma bala perdida, aquelas coisas malucas, que só um cérebro doente, porque nosso cérebro fica doente, pensa!”. Quando se está em *eutimia*, disse ele, referindo-se ao período que se está bem e equilibrado, é preciso tomar muito cuidado com os gatilhos que para ele são “aquelas formas de pressão interna e cobranças (de mim comigo mesmo) ou externas (de situações ou pessoas/família)”.

Apesar de Joaquim se basear muito nas explicações biomédicas para explicar o que sente é uma pessoa bastante heterogênea em seu itinerário terapêutico porque, além do tratamento psiquiátrico, recorre a vários outros: faz terapia com psicólogas cognitivo comportamentais, se trata com florais de Bach, hemoterapia, frequenta o centro espírita onde *toma passes*, assiste as palestras e está fazendo o curso de formação mediúnica, também, há três anos e meio e irá se formar e se tornar um trabalhador da casa espírita. Quanto à espiritualidade afirmou que para ele é muito positiva, mas é complicado falar disso em qualquer lugar, como por exemplo, na Abrata que possui uma visão mais cientificista e possui frequentadores das mais diversas crenças e religiões. Falou um pouco sobre a visão espiritual sobre a doença:

“Aos domingos tomo passe e frequento a palestra. A espiritualidade explica o porquê da doença. Nós espíritas acreditamos que estamos pagando dívidas passadas. Isso por si só não significa que tenhamos o resto da vida, apesar de que o transtorno

bipolar não tem cura, a depressão tem. Eu procuro estar nessa composição: um pouquinho de tudo. Se você me perguntar o que mais ou o que menos te traz melhorias, não sei te dizer, porque busco justamente um pouco de tudo. Acredito que boa parte seja químico cerebral porque é o que estou sentindo aqui agora, mas lá no espiritual também tem seus motivos. A energia espiritual nada mais é do que ondas eletromagnéticas. Os espíritos do mal, os obsessores podem te derrubar, te deixar em depressão, por isso que tomo passe, assisto palestra para me proteger. A dirigente da casa disse uma vez: se você não toma passe, não assiste palestra, não faz orações...você está vibrando em baixa frequência, é claro que os caras vão te atacar aqui embaixo mesmo. Para muitos isso é um absurdo, mas a ciência tem desvendado os fenômenos psíquicos". (grifos meus)

Estrela cadente – entre vivências em outras dimensões ao renascimento a partir de um coração

Após conversar com Joaquim, fui encontrar aquele que chamei de Estrela cadente, pois ele não me disse de qual nome gostaria ser chamado, mas disse que seu nome é igual ao de uma estrela de alguma constelação da qual não se lembrava; disse isso porque acredita ter alguma relação com essas coisas de estrelas, astrologia, pois mesmo antes de saber que seu nome era o de uma estrela sempre fez sua assinatura colocando esse símbolo.

Estrela cadente foi um dos que mais me surpreendeu, pois parecia ser um homem muito tradicional quando o conheci lá na Abrata, na qual é um dos *facilitadores* (mediadores) de GAMs – Grupos de Apoio Mútuo, situação em que tive a impressão de ser muito sério e fechado. Engano meu! Estrela é uma pessoa com uma história de vida muito impressionante: um homem simples, natural de São Paulo capital, de 57 anos de idade, possui o ensino médio completo (com muito custo, disse ele) mecânico de carros, paixão em preparar carros de competição, heterossexual, divorciado, branco, duas filhas, morador de uma região mais periférica de São Paulo, bairro Jardim Popular, zona leste, não tem uma renda fixa por mês, pois é mecânico autônomo e depende dos serviços que entram para serem feitos, e como está reestruturando a oficina, está vivendo com a ajuda das filhas e ex-esposa. Afirmou-se como quiropraxista e massoterapeuta também, embora nunca tenha aplicado esses conhecimentos profissionalmente, ganhando dinheiro e sim apenas como voluntário em algumas instituições.

Optou por marcar nossa conversa no Habib's que tem ali próximo da Abrata, pois sairia de um GAM e iria direto para lá falar comigo. Estrela me surpreendeu desde o primeiro instante, a começar por sua linguagem corporal ao adentrar o restaurante: cumprimentou-me e quis ir para as mesas do fundo olhando para trás como se quisesse garantir que ninguém nos seguisse, nos notasse: disse que era para que ninguém ficasse ouvindo e quis falar algumas coisas antes que começasse a gravar, quis saber se antropologia tratava da antropogênese porque ele tinha feito alguns estudos a respeito e ficou bastante interessado. Estrela cadente disse que perguntou sobre a antropogênese porque sempre buscou respostas para o que lhe acontecia nas *linhas espiritualista e esotérica*, e fez e faz estudos nestas áreas, mas atualmente não mais em busca de respostas para o que lhe acontece e sim a título de conhecimento mesmo e complementação ao que já vem estudando ao longo da vida.

Antes de adentrarmos na conversa sempre perguntava aos meus interlocutores a idade, etnia, escolaridade, naturalidade, enfim, características para compor um perfil sociológico mínimo, mas que são dados muito importantes para análise da pesquisa. Pontuei isso, porque a cada resposta de Estrela ficava cada vez mais curiosa em saber mais sobre sua história. Quando perguntei sua idade disse que há sete anos fora devolvido à vida após passar por um transplante cardíaco e, por isso, comemora duas vidas: uma que foi até os 51 anos de idade e essa outra nova, de sete anos, depois do transplante após o qual mudou muito, “não tenho consciência de que mudei de coração, mas minha cabeça foi mudada, então literalmente eu estou em um novo aprendizado”, disse sorrindo. A cada fala sua ia ficando cada vez mais intrigada porque tinha ali, a minha frente, uma pessoa fantástica que, assim como os demais, muito contribuiu para a pesquisa. Não se trata aqui de valorizar mais este ou aquele participante, mas creio que o que foi encantador foi a surpresa que tive ao ver se descortinar o que, um ser humano tão heterogêneo e rico de conhecimentos não muito comuns. Tive logo a sensação de estar diante de um bruxo, de um mago, o que mais adiante se revelou não somente como impressão.

O bate papo continuou fluindo a partir do que ele falara de seu transplante de coração, que afinal, como ele disse, é como se tivesse feito um transplante de cabeça, por não ter consciência de que trocou de coração, porque sabe a história de seu antigo coração, mas para o atual não foi apresentado e completou: “mas a minha cabeça, com certeza, do transplante para cá, quando abri os olhos já era outra pessoa”. Por suas palavras é possível observar o quão marcante e importante foi esse transplante de coração, não só porque lhe deu novas chances de vida, mas porque tem toda uma explicação mística que lhe dá sentido a nova vida, inclusive, disse que seu diagnóstico psiquiátrico de *transtorno bipolar* só veio aceitar após o transplante, quando daí foi buscar conhecimento na ciência para explicar os fenômenos que lhe aconteciam, pois até então para ele eram somente *fenômenos, dons*.

Diferentemente dos outros homens com os quais já havia conversado, Estrela falou que primeiramente buscou explicações para o que vivenciava na *espiritualidade e esoterismo*. Atualmente, já com a bagagem científica afirmou que vê que não se trata somente de *dons*. Ele mesmo não falava em *dons*, “eram as pessoas que me diziam que eu tinha dons, na religião e na cabeça da minha mãe eu estava possuído pelo diabo! (risos)”. Já na crença de sua ex-esposa, que vinha de uma família espírita, “eu era obsediado por espíritos obsessores” e que por isso foi buscar conhecimento nessas áreas, foi estudar espiritismo para entender seus *dons* (que também passou a achar que eram *dons*): *dom da visão, dom da audição, dom da cura e*

disse que tudo o que a ciência explica como *surto psicótico*, para ele eram dons. Da mesma forma que Joaquim demonstrou recorrer a um diversificado itinerário terapêutico, Estrela cadente também o fez e, revelou algo, também, parecido com o Joaquim dissera sobre quais tratamentos acredita que ajudam mais ou qual linha de conhecimento de fato explica o que se passava com ele:

“Cheguei a um ponto de que não me interessa quem tem razão, aceitei tudo e do transplante para cá fui buscar *cientificamente* o que era um *transtorno mental*. Hoje sigo essa linha de estudar, de ter conhecimento do que é, participo como voluntário aí na Abrata mais por essa questão de querer entender as pessoas, de ver... Até hoje não vi nenhum testemunho que chegue perto do meu, ninguém que tenha tido as vivências que eu tive, mas eu vejo que não tem uma única resposta. Hoje tento mensurar o quanto realmente tive de *mediunidade*, quanto realmente tive de *dons* ou tenho, quanto que é realmente a questão do *transtorno* né, então hoje tento mensurar tudo, mas não tenho uma quantidade assim olha: *isso é dom*, *isso é mediunidade*, *isso é do transtorno...*” (grifos meus).

O que me chama atenção na fala de Estrela é que mesmo tendo passado por diversas linhas de conhecimento, como relatou ainda mais adiante de nossa conversa, ele acredita em todas estas possibilidades de explicações (*dons*, *surtos*, *obsessores*, etc.) para o que viveu, mostrando que não existe somente uma, mas várias explicações e nomeações para o que vivenciou e afirmou que não é possível duvidar, porque viveu estas experiências, se trata de sua vida, do que “sentiu na pele” e, portanto, que no seu caso, não tem como duvidar e completou:

“É muito pequeno dizer: ‘ah isso foi um *surto*, não, não foi um *surto*. Se querem chamar de *surtos*, tudo bem. Eu passei por 12 anos de *surtos*, por 9 camisas de força e nesse período de ouvir vozes, tinha uma margem de acerto de coisas e de uma intuição...Eu mesmo não acreditava, mas nesse período foi 100% de acerto. Não é que eu adivinhava, eu percebia as coisas, sentia as coisas, alertava as coisas e a pessoa que me ouvia, que prestava atenção no que eu falava conseguia se livrar de muita coisa e pessoas que não... Muita gente se ferrou e tem muita gente que não tá mais aqui para contar a história! Então assim, é por isso que falo que é muito simplista *surto psicótico* e também assim questionar se era *espiritualidade*, se era *dom*, se era

paranormalidade...Não tenho essa linha de estudos profunda, mas são coisas inquestionáveis, não tem assim ninguém que explique, ninguém que me convença do contrário e é a história da minha vida, eu não tenho como negar o que eu vivi". (grifos meus)

Logo, a explicação científica tem seu sentido, mas é, a seu ver, "simplista", ou seja, não dá conta de explicar o que vivenciou. A riqueza na história de Estrela é muito grande, destaco o fato de que ele não só acredita nas demais explicações "*não científicas*" para o que vivenciou, até porque como disse: "não tem como duvidar de algo que vivi", como também acredita na explicação científica e não tem problema algum em admitir que acredita em diferentes visões sobre tudo o que experienciou durante, como ele mesmo chamou, "seus 12 anos de *surtos*". Estrela já fez parte do espiritismo kardecista, fez parte, também, de um grupo que se chama Círculo Esotérico da comunhão do Pensamento, depois fez parte da Fundação Harmonia (de São Tomé das Letras – MG) em que se embrenhou na alquimia, depois foi pra Wicca que teve certo contato e afirmou: "tenho toda uma vivência nessa linha, quando buscava respostas onde adentrava o conhecimento... Então assim, não tenho como negar as experiências, o aprendizado vivido, entendeu?".

O interessante de conversar com ele é que tudo o que contava tinha um caráter místico, diferentemente, e não melhor nem pior por isso, de outros interlocutores que tinham uma maneira regada ao "dialeto biomédico científico" de contar sua história. A aceitação do diagnóstico de *TB* me disse que foi só após o transplante de coração, e também que veio para Terra desenganado: primeiro quando nasceu, porque veio prematuro, depois quando criança ficou doente e foi novamente desenganado e curado por uma *benzedeira* e a terceira vez foi quando o Incor - Instituto do Coração da Universidade de São Paulo (USP) descobriu a sua insuficiência cardíaca gravíssima, em 1998 e passou a ser estudado por eles, como bem afirmou: "Segundo eles não tem nada na ciência que me explique, que explique o meu caso, o meu grau de insuficiência e como era meu comportamento, as coisas que eu fazia". Estrela disse isso porque chegava a andar de bicicleta quilômetros e mais quilômetros, e não tinha sintoma algum de insuficiência; disse que não tinha diagnóstico e era assintomático e quanto mais os aparelhos mostravam que seu coração estava cada vez mais debilitado, dizia que se sentia cada vez melhor para os médicos. Pedalou durante 10 anos após ter sido desenganado pelos médicos do Incor, e contou que uma vez pedalou quase que 24 horas seguidas, sem descer da bicicleta. Portanto, seu relato é cheio de misticismo, misturado com linguagem biomédica e espiritualis-

ta e apesar dessa mistura, com o conhecimento biomédico, diz que os acontecimentos não são explicáveis pela ciência. Afinal a ciência afirma que o que ele experimentou são “coisas da sua cabeça”, como no exemplo do relato abaixo (situação que a ciência não consegue explicar):

“Eu tinha muito *delírio*, eu chegava ao *surto* mesmo, né, diz que é o *grau um* que chega a *delírios* e *surtos*. Então tive esse período de *delírios* e era fichinha, eram *surtos* e literalmente tenho histórias, muitas histórias para contar de vivências em outras dimensões... Então é o que falo: como é coisa da minha cabeça? Da onde vi-nha? Eu cheguei a questionar se estava sugestionado por algum filme. Será que estou sugestionado por alguma coisa que vi ou que li? Tô sugestionado por alguma coisa que falei? Eu me questioneei e muito, sempre! Não tinha explicação”. (grifos meus)

Um ano após ter sido transplantado do coração Estrela estava *desgostoso com a vida, deprimido* e pede para os médicos arrancarem tudo porque ele queria morrer. A partir daí o encaminham para o Instituto de Psiquiatria da USP e ele é diagnosticado com *transtorno bipolar* e passou a aceitar este diagnóstico. Atualmente ele não nega totalmente as explicações médicas, mas como se pode ver por sua fala, também, não desacredita nas experiências que teve com/em outras dimensões as quais diz que chamar de *surtos* é uma explicação muito pequena, é pouco para explicar o que teve. Falando de seu diagnóstico, Estrela traz outro fato muito incômodo e infeliz, que todos os outros com os quais conversei também trouxeram, como por exemplo, Tomás, primeiro que retratei aqui na sessão dos homens, que é a falta de humanidade e empatia dos/das médicos/médicas psiquiatras para com seus pacientes. Tomás não foi o único e Estrela não foi o último a falar sobre isso, tema que perpassa todas as narrativas. Estrela cadente disse que teve surtos durante 12 anos, passou por nove camisas de força, mas não houve um psiquiatra que de fato tenha conversado com ele, sendo que “as internações eram de 2, 3 dias amarrado e depois eu era solto, mas nunca um psiquiatra me indicou, conversou comigo. Meu primeiro surto foi em 1995, meu último surto foi em 2007. Foram 12 anos de surto, em 1995 foi o primeiro quando tinha 35 anos de idade”. É espantoso ver o des-caso com que foi tratado, a falta de proximidade e sensibilidade ao não explicarem para a pró-

pria pessoa que passa por tudo isso, o que ela tem e apenas o diagnosticaram e passaram vários remédios sem conversarem com ele.

Antes de ser diagnosticado, Estrela, pai de duas filhas, disse que levava uma vida de “porra louca total”: era preparador de carros, tinha uma equipe de competição e “vivia acima dos 200 km por hora” e afirma que se todas as loucuras que fez atrás de um volante foi por conta da *bipolaridade*, então “gostaria de voltar *bipolar* numa próxima *encarnação*”, porque foi “um período de glória, onde brilhei realmente e me sentia muito feliz”, disse sorrindo. Estrela fala que se sentia pleno, vivo quando era preparador de carros e se isso se deve à *bipolaridade*, julga que esta é uma maravilha! Estrela me faz pensar naquela questão que mencionei anteriormente sobre a valorização que nossa sociedade dá para o estar ativo, produtivo e que, portanto, pode vir daí superestimar a *mania* como um estado bom de vivenciar. A *depressão profunda* só veio conhecer após o transplante, quando estava sem sentido na vida e pediu que os médicos arrancassem o coração transplantado, ocasião que começou a usar todo o conhecimento *esotérico*, de *alquimia*, de *transmutação*, de espiritualidade a seu favor e o utiliza até hoje através da meditação, exercícios físicos (desenvolveu um circuito de exercícios que faz ao menos três vezes na semana). Inclusive, esses conhecimentos alquímicos tenta colocar em contraposição com o científico, conforme relata abaixo:

“A minha medicação, por exemplo, são cinco gotinhas de haldol a cada 24 horas, que eu não vejo necessidade nenhuma e quando nas consultas falo para eles: ‘olha doutor precisa aumentar a dose’, eles dizem: ‘ah, precisa?’ Eu falo: ‘precisa aumentar para 3 gotas e eles não entendem’. E eles: ‘como aumentar para 3 gotas? É simples, você quer diminuir...Eu retruco: ‘Não, é aumentar para 3 e depois a gente aumenta para 1’. Então é todo um conhecimento *esotérico* que eu tenho onde eles não entendem essa questão da potencialização, como é que vou falar isso para um psiquiatra? Ele vai mandar eu ir para uma camisa de força, então nem entro nesses assuntos, né? Então só fica na brincadeira né, ah vamos aumentar para 3 gotas. Não, não, então deixa do jeito que tá. Porque eles já fizeram várias experiências com várias medicações e eles mesmos chegaram a conclusão de que quanto maior é a dose pior eu fico”.

Vê-se por seu relato que os médicos não o escutaram quando disse para aumentar a dose para três gotas, tiveram que provar na prática que lhe dando uma dosagem maior, Estrela fica pior, até porque sente muito os efeitos colaterais dos medicamentos. Ele disse que está estável há dois anos e considera que o remédio é importante para que fique bem, mas ressaltou que pratica esporte, faz meditação e que tudo isso mais o conhecimento que teve ao longo de todos esses anos o ajudam a ficar bem. Disse que recomenda na Abrata a prática de exercícios físicos para as pessoas, porque acha que é essencial para se manter em equilíbrio. Disse que atualmente não frequenta mais nenhum lugar de *desenvolvimento espiritual*, mas que acredita nas explicações espirituais para o que lhe acontecia, afinal não consegue negar aquilo que viveu. As últimas *visões* que teve foram pós-transplante, enquanto ainda estava no hospital. Após o transplante teve alta e tinha que ficar em repouso, então sua ex-mulher e filhas revezaram para cuidar dele, mas no final das contas ele não parava.

Quanto aos rendimentos financeiros ele disse que estava tentando retomar os serviços da oficina, então quando entra serviço de carro entra um dinheiro, mas a renda é incerta e quem lhe ajuda com as despesas fixas são as filhas e a ex-esposa. Disse que quando entra serviço consegue se bancar sozinho, mas quando não recorre à ajuda delas. E completou: “hoje eu me considero recuperado fisicamente e me considero recuperado mentalmente. Então, daqui para frente vou me dedicar a me restaurar financeiramente”. Contou que sempre gastou muito dinheiro, mas quem cuidava das finanças, quando solteiro, era a mãe e, quando casado, era a esposa. Acho interessante reparar o quanto os homens estariam de certa forma sempre sendo amparados pelas mulheres, talvez valha uma reflexão a respeito disso. Lamenta que quando começaram os *surtos* ele acabou com tudo, vendia ferramentas da oficina que para conquistá-las foram anos de trabalho, e atualmente está se sacrificando tentando recuperar parte da oficina. Já conseguiu recuperar algumas coisas, mas não tem nem um quarto do que tinha antes, tem hoje o suficiente para atender revisões e serviços mais leves. Ou seja, ele relata o que é comum entre os bipolares: o gasto excessivo, compulsão por compras. No contraponto ao período de *surtos*, após o transplante que veio a conhecer a depressão profunda (que durou um ano), período em que *não conseguia sair da cama, não queria sair de casa, corpo dolorido, não tinha vontade de nada, não dormia a noite, muita tristeza*, período tão *desanimador* que chegou nos médicos e pediu para que arrancassem seu novo coração transplantado, ou seja, havia desistido desistindo da vida, o tal *desejo de morte*, comum a todos os demais parceiros de pesquisa que aqui aparecem. No geral a família dele nem sabe o que é *transtorno*

bipolar, não trocam muita ideia, são muito desunidos, ninguém fala nada, apenas comentam que no final das contas achavam que era espiritual, mas então é mental e falou sorrindo: “Macumbeiro não deu jeito, bíblia na minha cabeça não deu jeito, então é... ninguém comenta, né?”

Depois Estrela ficou receoso de me contar as histórias dos surtos, porque ele disse que só conta para quem acredita, e eu disse que acredito e que ele poderia me contar caso quisesse. Ele me contou detalhe por detalhe e resumidamente e, também não quero aqui expô-lo, ele ficava *possuído por uma força brutal* e por isso que psiquiatricamente tinham que interná-lo compulsoriamente e o colocavam na camisa de força. Contou que foi muito espancado por todos que tentavam detê-lo, mas ninguém conseguia segurá-lo, só que o que ninguém entendia é que ele não ia para cima das pessoas e sim para cima dessa força que o dominava, ele lutava com ela. Socava porta, parede para não bater em ninguém e essa força, disse que entrava e saía dele, literalmente. Durante esses *surtos* contou que ouvia vozes, via pessoas e fazia previsões, inclusive teve uma visão da morte do Ayrton Senna, quando este morreu, ele já sabia que isso aconteceria. Enfim, disse que no dia de seu transplante muita coisa lhe foi revelada e conseguiu compreender a história desse espírito, dono desta força que o dominava e atualmente enxerga seu transplante como uma oportunidade, um prêmio extra de vida, pois conseguiu ver sua filha se casar, viu a outra filha ir para os Estados Unidos e, ambas, se formarem e, também, viu sua neta nascer e já está com três anos de idade. Portanto, as dificuldades financeiras que tem vivido são ínfimas perto de tudo que já superou e das glórias que já viveu.

Estrela disse, também, algo importante que é o quanto a família aguenta, que atualmente percebe o quanto sua ex-esposa aguentou mesmo sem entender o que ele tinha, até porque nem ele mesmo entendia muito bem o que vivenciava.

Quase finalizando seu relato, Estrela falou algo que me chamou muita atenção e transcrevo para poder refletir a respeito:

“Todo aquele ódio que eu tinha, toda aquela bronca, toda aquela raiva, toda aquela negatividade foi embora com o outro coração. Por isso que falo quando voltei do transplante... Do transplante para cá eu sou outra pessoa. Eu sou essa pessoa que está te relatando uma história, antes eu era o cara que vivia, que vivi essas histórias. (...) Eu não vejo a mínima possibilidade de passar por um surto, mas que eu tenho medo, eu tenho”. (grifos meus)

Muitos pontos são interessantes, mas destaquei o fato dele ter fé que não passaria por mais *surtos*, pois se sentia muito bem e já estava estável há anos e cerca de um mês após nossa conversa, no grupo que temos (com os demais participantes da pesquisa) de WhatsApp, Estrela postou dois áudios sobre velocidade, totalmente desconexos com a conversa do grupo e percebi que estava em *surto*. Logo após os áudios ele saiu do grupo e meses depois retornou pedindo desculpas e explicando o que tinha acontecido. Não tive a oportunidade de conversar sobre esse novo *surto* com ele, mas ele foi em dois encontros com o restante do grupo e já estava bem. Isso me fez refletir e perceber que as pessoas diagnosticadas com *transtorno bipolar* têm certa reincidência de *surtos* mesmo medicadas, assim como os *depressivos*, também têm períodos de queda. Inclusive, como no caso de Estrela, mesmo praticando exercícios físicos, fazendo meditação, ainda assim teve um novo período de *surto*.

Após o longo bate papo Estrela quis saber também sobre mim e contei um pouco das minhas experiências. No final reiterou que seu *período depressivo* foi marcado por *dores no corpo, vontade de não fazer nada, muito desânimo e pensamentos negativos*. Estes ele disse que a meditação ajuda bastante a não tê-los.

Júlio – do abandono da vida à esperança de acordar um dia e tudo ter melhorado

Júlio, um homem muito educado e gentil quis marcar nossa conversa em um café no Shopping Santa Cruz próximo à Abrata. Branco, 53 anos de idade, heterossexual, casado, natural de São Paulo – SP, formado em artes plásticas, tem um filho de 18 anos de idade, mora ele, o filho e a esposa no bairro Tatuapé, zona leste de São Paulo. Atualmente não está trabalhando e a renda mensal que tem de um aluguel de um apartamento é de aproximadamente dois salários-mínimos, mas quem mantém os gastos, e como ele mesmo disse, um bom padrão de vida, é a esposa que trabalha em um bom emprego.

Ele chegou para conversar e aparentou estar nervoso, com o olhar triste e marejado, a voz um pouco trêmula, embargada. Senti-me um pouco mal de incomodar, mas tentei fazer com que ele se sentisse bastante à vontade e passar confiança para que ele pudesse falar o que quisesse. Não muito tempo depois Júlio já estava mais solto e falando mais livremente, mas pude perceber que para ele chegar até ali deva ter feito um grande esforço dentro de si, talvez não estivesse no melhor dos dias.

Começou me contando que se formou em artes plásticas, mas acabou trabalhando mais tempo no ramo de propaganda. Aos 30 e poucos anos “chutou o pau da barraca”, como ele mesmo disse, e saiu desse ramo e foi abrir uma metalúrgica pequena e depois uma oficina mecânica. Atualmente disse que não está trabalhando em nenhuma destas coisas por conta da *depressão* e quem mantém a casa e o padrão de vida, que é muito bom, é a esposa. Percebi que ao dizer isso ficou um pouco envergonhado e com os olhos cheios de lágrima. Mais adiante admitiu se incomodar com o fato de somente a esposa trabalhar e manter o nível de vida, o que me fez mais uma vez pensar sobre a cobrança que nossa sociedade tem sobre os homens (de terem que prover a família, de não terem o direito de se abater, etc.) por conta dos valores machistas que ainda carrega. Pela psiquiatria Júlio é *bipolar* e fez um relato de como se sente nos últimos tempos: de uns dez anos para cá começou a ter *altos e baixos* muito fortes por conta da *bipolaridade*; há uns quatro anos teve um *episódio de mania*, mesmo estando medicado, que durou cerca de oito meses e foi muito difícil de controlar. Quando foi controlada a *mania* entrou em uma *crise de depressão* muito forte e desta tenta sair até o momento. Contou que não estava no pior dos momentos, na ocasião de nossa conversa, mas que ainda não se sentia bem e como disse:

“Já conheci o fundo do poço, mas para te falar a verdade tem sido bem difícil, bem difícil! Hoje o que posso dizer para você: consigo manter uma aparência melhor um pouquinho, amor-próprio também já está mais renovado, consigo levantar da cama e tomar banho todos os dias, me barbear, manter uma atitude social, mas tem sido extremamente difícil ter iniciativa para fazer as coisas que preciso para levar meu dia a dia. A minha vida está completamente largada e abandonada, absolutamente abandonada... Nos últimos anos vinha trabalhando com compra e venda de máquinas para madeira, para marcenaria, tenho um galpão na minha casa mesmo e trabalhava de lá. Pra você ter uma ideia, as máquinas todas estão praticamente apodrecendo, elas estão todas largadas e isso mexe comigo, porque fico em casa e elas estão ali expostas a mim o dia inteiro e eu não consigo mexer, não consigo nem retomar mais os anúncios que eu fazia pra vender essas máquinas, pra poder girar esse material e...Então a minha vida está abandonada. Eu parei de praticar esportes, já por volta de 3 anos, quando começou a depressão a ficar mais forte. Então com a falta de esporte mais a medicação, engordei 20kg e isso pra quem já tem baixa estima só piora...”

(grifos meus)

Desta sua fala me chama a atenção o paralelo que é possível ser feito entre o que Júlio descreve sentir estando *depressivo*, o que vivencia e experiencia de sofrimento e dor, com o que chamou de “abandono da própria vida” que é ao mesmo tempo sentir-se destruído por dentro e olhar a sua volta e o externo também estar abandonado, “as máquinas todas estão praticamente apodrecendo”, disse. Ou seja, o externo é reflexo do seu interno e vice-versa, pois olhar suas máquinas naquele estado o *deprimem* ainda mais, logo, é um ciclo que se re-alimenta e, que também, está ligado ao sentir-se capaz de fazer coisas, fazer algo, ser útil, estar vivo e produtivo. Este ciclo me fez lembrar o *ciclo vicioso* descrito por Joaquim, que também, diz tentar fazer coisas que necessitam serem feitas, mas não consegue e se cobra por não fazê-las e assim vai ficando mal. Outro ponto que destaco é que Júlio comentou que o lítio, medicamento comumente receitado aos *bipolares* costuma engordar, expressando, portan-

to, preocupação com a aparência. Ele não foi o primeiro a relatar sobre isso, Joaquim e Estrela também já tinham me falado a respeito.

Júlio, contando um pouco seu histórico, disse que há uns oito anos recebeu o diagnóstico de *bipolaridade* e a *depressão* acredita que sempre teve desde a adolescência; com uns 19 anos de idade mais ou menos começou a apresentar características mais fortes como *melancolia* e tendência a se *retrair* e *se isolar*, *tristeza*, ficava *sem vontade de fazer coisas*. Entretanto, como 19 anos foi a idade de estar na faculdade e ter festas, bebedeira, drogas, enfim, é uma fase que você ainda consegue levar, ou melhor, os amigos ajudam a te levar, ele disse. Afirmou que sempre teve uma boa relação com drogas, pois nunca ficou viciado e álcool ainda bebe, mas não por ser *depressivo* e sim porque gosta e bebe de forma comedida. Sua psiquiatra lhe diz que deveria parar com tudo, porque ela acha que altera seu humor. Ele insiste e diz que não vai parar de beber, porque já paga um preço alto demais por tudo o que vivencia de sofrimentos diários e que não será o álcool que vai piorar aquilo que já é bem ruim por si só (tudo o que sente quando *está mal*). Continuando, falou da esposa, com lágrimas nos olhos: “Estamos casados há 24 anos e mais 11 de namoro, então estamos juntos há 35 anos. Sempre em entrevista com médico, psicólogo ela vai junto, ela sabe muito bem da minha vida, me acompanha e consegue enxergar bem do lado de fora”.

Júlio falou de si mesmo com muito saudosismo e disse que sente falta de muitas coisas em sua vida, por exemplo, há três anos tinha uma vida de atleta porque nadava seis vezes na semana, andava de bicicleta com todos os grupos de São Paulo (os “nightbikers”), andou com eles praticamente dez anos direto, fez parte dos primeiros grupos que começaram a andar de bike na cidade de São Paulo. Além disso, gostava muito de marcenaria artística, de fotografar, de música e tocar instrumentos, que inclusive tem um violão e uma guitarra na sala que atualmente não consegue nem chegar perto deles. Da mesma forma que falava do abandono das máquinas em seu galpão, relata o abandono de tantas outras coisas que gostava de fazer como tocar, fotografar, nadar, andar de bicicleta; tem tentando muito voltar a nadar, mas tem sido muito difícil porque afinal seu corpo sentiu demais os vinte quilos que engordou. Ele foi me contando um panorama de como foi se encaminhando para a área de propaganda. Na adolescência começou a se envolver com grupos de teatro, música e já fazia desenhos e começou a trabalhar com eles em serigrafias e, então, foi se encaminhando para o ramo da publicidade e propaganda desenhando para pequenas agências. Foi mais ou menos nesse período, por volta de uns 20 anos de idade, que entrou na faculdade e, como estava bem financei-

ramente, conseguiu pagar seu curso sem precisar de ajuda de seus pais. Trabalhou bastante na área de propaganda e por volta dos 27, 30 anos a carreira começou a estagnar, ele disse que se sentia muito cansado e estava mais devagar mesmo. Foi nesse momento, por volta dos 30 anos de idade que teve um novo *episódio de depressão* muito *forte* que demorou um ano para passar e foi bem quando decidiu sair do ramo da propaganda e foi para a área de metalurgia, oficina mecânica e depois foi para as máquinas de madeira. Fez tratamento completo que não foi por sua iniciativa e sim de sua esposa, terapia e psiquiatra, lhe diagnosticaram com *depressão*. Afirmou que procurar tratamento sempre foi iniciativa de sua esposa, inclusive quem encontrou a Abrata foi ela e começou a ir às reuniões de lá e conseguiu “me arrastar para lá depois”, disse sorrindo. Nesses períodos críticos de *depressão* relatou que passou muitas vezes pela sua cabeça a ideia de suicídio, mas que se manteve firme por conta da *sólida relação* que tem com sua família (esposa e filho), sua esposa lhe apoia muito. Júlio descreveu como foi sua vida nos últimos anos e como ele e sua esposa acabaram definindo os papéis de cada um de acordo com o que era possível para ambos: como ela sempre trabalhou fora de casa e ele, já estava há certo tempo com seu trabalho em casa, lidou mais diretamente na criação do filho. Sabe-se que atualmente, ainda, é muito comum tais tarefas do âmbito doméstico serem consideradas somente como obrigação da mulher, mas Júlio assumiu esse papel sem o menor problema. Alguns papéis vê-se que a mulher, ainda, é a mais atuante, como ele mesmo disse que quem teve a iniciativa de levá-lo ao médico foi ela e não ele.

Comentou também, sobre uma *crise de mania* que teve há uns quatro anos atrás em que ficou fissurado por voar de helicóptero e resolveu fazer o curso. Disse que as *crises de depressão* sempre contam mais, no sentido que marcam mais, porque como afirmou, “as de *mania* a gente não conta muito, porque a gente praticamente não entende que a gente está na *mania* né? Porque você está bem! A mania é ótima!”. Falando desse período disse que quando se deu conta de que estava em *mania* e de tudo o que estava fazendo, automaticamente veio a *depressão*. No caso dele se manifesta bastante através da *falta de vontade de fazer coisas* que comumente gostava como andar de bicicleta, nadar e as coisas foram ficando por fazer, como sua moto que desmontou inteira para pintar e reformar e após fazer isso acabou deixando-a desmontada e “assim está até hoje, assim como a minha vida”, disse com o olhar triste. Mais uma vez é possível fazer o paralelo entre o seu interior e seu exterior: descreveu a situação de suas coisas como se estivesse encarando a si mesmo, toda a dor que sente, a tristeza, o mal-estar da vida expresso nas coisas que não consegue fazer.

Júlio fez outro apontamento muito importante que ao falar de si, da autocobrança que tem consigo mesmo, falou de mais pessoas: “A depressão dizem ser a doença do século e tal, mas eu também me cobro pesadamente e penso: na verdade você (falando para si mesmo) está assim porque você tem uma esposa numa posição financeira muito boa e pode se dar ao direito de não fazer nada, porque se você tivesse que acordar todo dia de manhã e ir lá e pegar no batente, as coisas iam ser diferentes. Então queria saber como é a realidade disso com o pessoal que é peão mesmo, que não tem dinheiro...”. Expliquei a ele que os casos que conheço geralmente recebem ajuda da família e já soube de casos mais extremos que acabaram em suicídio. E ele complementou o que dizia antes, falando que só não se considera um vagabundo e aproveitador, porque quando pondera sua situação, vê que nem as coisas que gostava de fazer consegue mais, porque não lhes dão mais prazer.

Sobre tratamento disse que faz o psiquiátrico e largou a psicóloga há pouco tempo porque acabaram virando amigos e procuraria outra terapeuta porque acredita que ajuda bastante no processo de melhora e, além disso, acha que tentar resolver esses problemas todos sozinho é muito difícil e fazendo terapia poupa um pouco a esposa, seu casamento, porque ficar repartindo tudo somente com ela fica muito *pesado*, ela “já carrega um fardo muito pesado, disse com um riso sem graça.

Como já disse, a maioria de meus interlocutores relatou problemas com relação à capacidade de fazer desde coisas simples, básicas do dia a dia como comer, levantar da cama, dormir, até realizar tarefas do âmbito profissional e isso é expresso por eles de forma que funcione quase como um termômetro, como medida de como estão naquele momento da vida, como se pode ver pela fala de Júlio abaixo:

“Meu padrão de vida foi caindo cada vez mais... cada vez mais... de uma empresa para uma firminha, de uma firminha para autônomo e de autônomo para eu e uma dúzia de máquinas ali debaixo do balcão e eu sem conseguir fazer praticamente nada, praticamente não, porque é sem fazer nada mesmo... É um eufemismo, porque isso dói muito!”. (grifos meus)

Quando perguntei como a família lidava com as vivências dele, com a *bipolaridade*, ele me disse que sua mãe sabe o que tem, mas não toca no assunto; sua irmã praticamente não tem contato, portanto, também, não fala. A única pessoa que conversa abertamente sobre tudo

e o apoia muito é sua esposa. Com seu filho fica “por conta daquelas meias verdades”, ele disse. Afirmou ainda que tem muito vergonha de seu filho e o imagina tendo pensamentos como: ‘poxa, meu pai fica o dia inteiro em casa sem fazer nada! Enquanto os pais dos meus amigos fazem isso e aquilo outro’, portanto, julgamentos ou, o que disse ser pior, que o imagina tendo pena. Esses pensamentos o consomem muito! No início sentia vergonha até mesmo da moça que trabalha em sua casa fazendo faxina e arrumação, mas percebeu que até mesmo ela o vê com condescendência e sabe que aquilo está acima de sua condição, até porque, segundo disse, o acompanhou antes quando ainda estava bem, acordava cedo, “no pique, sempre ligado, fazendo várias coisas, trabalhando e tudo mais”, disse de forma saudosista. Na verdade, chega a conclusão de que tudo isso não passa de sua própria autocobrança e como bem falou: “A gente fica se açoitando, supondo o que o outro está pensando sobre a gente, e via de regra, é o pior. É muito doído a gente admitir aquilo que não fazemos”.

Outro ponto importante da fala de Júlio é a constante mudança de psiquiatras e remédios, o que afeta e muito no tratamento e no tempo de melhora. Nos dois últimos anos teve que passar pelas mãos de diferentes médicos até encontrar um a que mais se adequasse, e como ele mesmo disse: “Em 2015 eu tive uma roda viva de psiquiatras que cheguei a trocar três, quatro vezes seguidas”; chegou a passar em um psiquiatra que literalmente só trabalha por dinheiro, pois quando começou a descrever seu quadro, o médico o interrompeu: ‘não, não quero saber do seu caso, só quero saber se já está diagnosticado e qual remédio está tomando, aqui é só para te dar a receita e você ir atrás do remédio’. O descaso é muito grande. Um profissional que teoricamente foi preparado para lhe ouvir de forma *profissional, acessível e sensível*, como Júlio disse, lhe trata de maneira mesquinha, sem a menor empatia e humanidade. Júlio acredita que não basta ser um bom profissional, há que ter uma relação horizontal boa, pois o/a médico/médica é um *catedrático*, com uma formação específica, mas para discutir seu caso ninguém melhor que você mesmo, portanto, há que ter uma troca boa entre as partes para que se trilhe o melhor caminho possível de tratamento.

Sobre a Abrata Júlio disse que frequenta há três anos e acha que ajuda bastante, pois é como estar ali comigo conversando, falando abertamente sobre tudo sem se sentir julgado e para ele equivale a quase uma sessão de terapia. Ele também falou que a o apoio da família é essencial porque quando a família não entende, como vê muitos casos na Abrata, a dor e as dificuldades são ainda maiores. Ele falou algo, também, que apareceu bastante na fala dos outros que é saber o que é dele mesmo e o que é da *doença* e afirmou que a esposa, depois de

estudar um pouco mais sobre a *bipolaridade*, consegue identificar os períodos da vida em que eram *comportamentos da doença*, que estavam se sobressaindo, e o que era ele de fato, mas disse que ele mesmo não consegue identificar e isso o incomoda muito.

No final de nossa conversa Júlio ainda quis descrever com mais detalhes como foi quando *estava muito mal de depressão* e disse que *não conseguia sair da cama*, “era um estado de *absoluta prostração, muita tristeza, melancolia, total inatividade*”, disse e continuou: “se você conseguir morrer por falência própria, ótimo! Você fica desejando... Ah não vou fazer nada, quem sabe assim eu...”. No momento de nossa conversa, que disse estar vivendo tempos um pouco melhores, falou que é muito complicado e difícil não se culpar, pois teve uma vida muito boa, muitas oportunidades lhe foram dadas, mas as aproveitou muito mal e concluiu: “Impossível a gente não ver como culpa nossa. Não dá para atribuir tudo à doença, então parte disso tudo é culpa minha sim, de ter feito más escolhas, de ter gerido mal minha vida e assim por diante”. Disse, inclusive, que de uns tempos para cá tem conseguido aos poucos organizar sua oficina, limpar, mas tudo vai muito passo a passo, bem devagar, conforme a sua melhora também e cada pequena coisinha que consegue fazer já se sente muito melhor. Relatou, ainda, que prefere acordar tarde, porque quanto menos horas acordado melhor, assim não vê o dia passar; a dificuldade em ler, se concentrar é igualmente como descreveram os demais.

Por último, disse que tem a *esperança de acordar qualquer dia* desses e comece a fazer suas coisas, volte a trabalhar e assim *tudo volte ao normal* como ocorreu recentemente em que resolveu a mexer na oficina. Relata mais uma vez que tem tentado voltar a se exercitar, mas que tem sido muito difícil *ter essa atitude* mesmo sabendo que gosta muito de esporte ou ao menos gostava.

Aníbal – 25 anos sendo e entendendo a bipolaridade

Aníbal, como escolheu ser chamado, é branco, tem 60 anos de idade, natural de São Paulo – SP, não tem filhos, heterossexual, divorciado, aposentado (formado em direito) com uma renda mensal de aproximadamente sete salários mínimos e morador da zona sul de São Paulo, Vila Guarani. Um senhor que demonstrou seu pendor científico desde o início de nosso bate papo. Marcou comigo para conversarmos no Centro Cultural Vergueiro, local de sua preferência, pois gosta de ir lá e acha um local calmo e agradável. Sentamos em um café que tem lá dentro, pedimos algo para beber, o local estava na verdade um pouco cheio e barulhento como a maioria dos locais em São Paulo.

Ele se sentou e logo tirou um papel do bolso, o qual chamou de *circular da pesquisa*, aquela que eu havia distribuído na Abrata quando fora divulgar o trabalho, e nela ele havia anotado algumas coisas mais ou menos em ordem cronológica do que falaria para mim sobre sua vida e admitiu ter feito uma breve pesquisa na internet a respeito de saúde mental e números de suicídio no Japão. Perguntou-me se eu seguiria um roteiro, se havia perguntas e eu disse apenas que se sentisse livre para falar de si e de suas experiências, assim como fiz com os demais parceiros de pesquisa. Logo de início já pude notar que Aníbal tinha muito conhecimento científico sobre sua condição de *bipolar*, a qual já havia mencionado que era *portador* quando fui divulgar a pesquisa e entreguei a tal circular. Percebi que era dessa maneira mais científica e, embasada teoricamente, que ele gosta de falar do que vivencia e, apesar, de se apresentar como *portador de transtorno bipolar*, num primeiro momento, deu mais ênfase em falar sobre suas características *depressivas* acredito que por ter divulgado, no início, minha pesquisa como uma investigação sobre a *depressão*.

Começou falando seu nome completo e dizendo suas origens maternas e paternas, uma mistura de portugueses e alemães e logo foi descrevendo uma das principais características desta última, que é *alcoólica* e *depressiva*, desde seu bisavô, passando por seu avô, pai, ele mesmo e seus irmãos. Fez questão de enfatizar que se trata de uma *doença*, uma *dependência química* e junto a esse alcoolismo, disse: “tem também uma *comorbidade*, uma *doença* paralela né, a *depressão*. Então meu pai é *depressivo*, minha mãe é *depressiva*, minhas irmãs e irmãos, todo mundo é *depressivo e muito alcoólico*”. Ele continuou dizendo que desde adolescente tem *sintomas de depressão* e não percebia, nem sua família percebia, pois afinal são sete pessoas na mesma casa, todas *portadoras de depressão e alcoolismo*. Fez um relato re-

sumido de como foi sua vida até ter o primeiro surto psicótico em 1991: uma vida toda alcoolizada, bebia sempre (atualmente não bebe há 25 anos); na adolescência não percebia que era *depressivo*, apenas percebia que bebia muito, mas pensava ser uma *euforia cultural* característica de sua família e seguiu assim: estudou, trabalhou, se formou em economia, depois fez direito e fez questão de dizer que sempre trabalhou, “nunca vagabundeï”, disse. Casou-se, ficou com sua esposa durante sete anos e aos 34 anos de idade teve um *surto psicótico agudo*, ocasião que procurou ajuda médica e completou:

“O psiquiatra que me atendeu, foi num final de semana, um muito famoso aqui em São Paulo, José Fonseca, pai do psicodrama aqui no Brasil; ele me diagnosticou da seguinte maneira: Aníbal, ou você teve um surto psicótico induzido por substância psicoativa, que no seu caso é o álcool ou você teve um surto psicótico do quadro de transtorno bipolar, porque logo em seguida caí em depressão. Então meu diagnóstico inicial ficou essa comorbidade do álcool e do transtorno bipolar e depressão. Bom, tive que parar de beber, fui internado em uma clínica de recuperação para usuários de drogas. O álcool é uma droga né, então fui parar numa clínica para tratar a dependência química. Nunca mais bebi, saí da clínica depois de três meses internado e nunca mais bebi nada alcoólico, até hoje, faz 25 anos”. (grifos meus)

Qualquer pessoa ao nosso redor que escutasse Aníbal falar poderia pressupor que ele era médico ou algum profissional do ramo da saúde porque ele falava com um vocabulário de quem realmente tem conhecimento na área. De fato o conhecimento que tem se deve aos 25 anos de diagnóstico de *bipolaridade* e a muito estudo, pois como relata mais adiante, assim que teve o diagnóstico, aos 34 anos de idade, passou a ir atrás de conhecimento para conseguir compreender o que se passava com ele. Disse que leu muitos livros, fazia muitas perguntas aos psiquiatras nos quais se consultava, ia a congressos médicos, enfim, sempre na busca em conhecer cientificamente o que lhe ocorria. Continuando sua história falou que logo após sair da clínica na qual foi internado compulsoriamente pela família, começou a frequentar uma Associação, que atualmente está morrendo, chamada de Projeto Fênix, “com essa alusão da ave que renasce das cinzas”, que recebe pessoas “com diagnósticos de *depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo*”, disse em tom enfático e “todo esse leque de transtornos afetivos ou doença mental paralela e faz grupos de autoajuda”, semelhantes

aos da Abrata. Portanto, desde que teve seu diagnóstico definido, Aníbal buscou conhecimento científico e ajuda para superar e compreender suas experiências com a *bipolaridade*. Continuou dizendo que antes a psiquiatria separava a *depressão em endógena e exógena*, agora esta última se chama *reativa*, ou seja, *endógena* é aquela *depressão geneticamente colocada*, que vem de dentro, e explicou: ”por exemplo, na minha família meu bisavô, avô, pai, mãe e irmãos são *depressivos*, então essa seria a *endógena*”. A *exógena* ou *reativa* é aquela causada por uma situação afetiva externa: “se morre alguém da família, alguém fica desempregado”, e completou dizendo que a *endógena* não se tem muito controle sobre ela, pois afinal é *genética*, “está no seu sangue, na sua estrutura”, disse ele falando que aprendeu tudo isso estudando muito, “enchendo o saco dos psiquiatras” apesar de eles não gostarem de muitas perguntas e de falarem sobre isso com o paciente, disse sorrindo. Destaque para a fala de que os psiquiatras que não gostam de falar sobre isso, não gostam de pacientes que fiquem perguntando muito, ou seja, mais uma pessoa falando da dificuldade na relação com seus psiquiatras a fim de entender algo que lhes diz respeito, como se a pessoa não tivesse o direito de querer compreender o que lhe acontece, como se não fosse capaz disto.

Pontuou outro conhecimento que achei interessante ao dizer que a *depressão* e o álcool estão muito juntos, não sabe dizer o que vem antes: a *depressão* ou o *alcoolismo*, mas que em seu caso já era *depressivo* desde jovem, saía sozinho (era muito solitário) para caminhar e ficava pensando “muita asneira” e o álcool entrou em sua vida um pouco mais tarde. Disse que “os sintomas eram *solidão*, *timidez*, não gostava de conversar em público, era muito sério, *introspectivo* e achava que tudo isso era personalidade, mas não é não, é *depressão!*”. Achei muito interessante que Aníbal falou que estudou e pesquisou para sobreviver, pois precisava entender o que lhe acontecia, afinal a maioria dos médicos diagnostica e passa remédios sem explicar quase nada, portanto, entender sobre a doença e as alterações físicas que os medicamentos trazem, é necessário para conseguir lidar melhor e sobreviver às dificuldades que a *bipolaridade* traz por si só, como alterações físicas: ou se emagrece muito, ou se engorda muito, até porque os medicamentos abrem o apetite, dão compulsão alimentar, alteram também as funções sexuais te deixando com libido demais ou sem libido nenhuma, enfim muitas coisas mudam na vida de quem é *portador da doença* e disse rindo de si mesmo: “se sou portador desse negócio preciso entender como funciona”. Falou, também, que nesses 25 anos teve sorte de conseguir bons psiquiatras que lhe ajudaram a fazer pesquisa, lhe explicaram muitas coisas, lhe indicaram livros, site na internet e acabou participando de muitos congressos e semi-

nários médicos de psiquiatria. Obviamente que havia aqueles médicos que não queriam nem papo.

Sua trajetória em busca de conhecimento sobre si mesmo foi longa, pois afinal como afirmou, foi por uma questão de sobrevivência, para conseguir sobreviver, precisou entender o que lhe acontecia. Disse que após tantos anos de experiência e conhecimento chegou à conclusão que a melhor coisa para *depressão* e *transtorno bipolar* é falar, é conversar e completou: “A palavra, a conversa, o falar, o expor, tem uma força muito grande! Se eu fosse psiquiatra recomendaria para as pessoas falarem, conversarem, melhor remédio que tem... Melhor que as bolinhas.” Admitiu que a Abrata foi muito importante para ele que já frequentava a Fênix, mas que como ambas tem uma estrutura parecida de funcionamento (se reunir em rodas de conversa), apenas aspectos filosóficos que diferiam, acabou ficando mais na Abrata mesmo, mas que atualmente não vai muito, pois reclamou que alguns debates que julga importantes, como a interferência dos medicamentos na sexualidade e sexualidade no geral, não são muito desenvolvidos, ou ninguém topa o debate de fato, o que não compreende o porquê, pois afinal estão entre “iguais” ali, deveria poder falar sobre qualquer coisa, mas como não é bem assim que acontece ele vai só às vezes nos GAMs. Disse que para algumas coisas o ajuda bastante, por isso de vez em quando ainda frequenta a Abrata, mas gostaria que algumas temáticas fossem mais debatidas, como a questão da libido, se quem toma esses remédios pode beber álcool e dirigir, enfim esses temas mais polêmicos que, geralmente, preferem não debater. Há ótimos textos no blog da Abrata sobre isso, mas ele gostaria de poder falar mais sobre isso. Apesar destes pontos negativos levantados por ele, falou algo que me chamou bastante atenção e não foi muito falado por outros parceiros de pesquisa que é o papel da Abrata para além de ser uma Associação, um grupo onde se reúne para falar de *depressão* e *TB*, em suas palavras:

“Acho a Abrata um ótimo ponto de encontro, um lugar que as pessoas possam falar, porque vão ao psiquiatra e às vezes ele só passa remédio e não deixa falar. É um ponto de encontro legal não só de pessoas mas de ideias né? Já aprendi muita coisa na Abrata, leio também costumeiramente o blog, tem muita coisa boa lá. A questão do pertencimento, de se sentir pertencente a um grupo, você não é diferente, você não é um louco, tem gente que sofre do mesmo problema que você sofre. Se você se juntar com as pessoas deixa de ser um sofrimento, entendeu? É engraçado, mas di-

minui o sofrimento, então acho importante a Abrata nesse sentido. Eu já exercitei muito as emoções lá, por exemplo, falar em público, antes não gostava e aprendi lá a falar mais em público. Frequento a Abrata já faz uns 10 anos, acompanhei a fundação. Então, emoções, afetos, paqueras, porque a Abrata também...porque eu sei que sua coisa é antropológica, ela nessa de ser um ponto de encontro, pertencimento, onde você troca emoções e tem a questão dos afetos e tal, então tem muitas paqueras também. Muita gente vai na Abrata como se estivesse indo num barzinho paquerar, então é um ponto de encontro para paquera. No AA tem a mesma coisa, eles até chamam de décimo terceiro passo, que é arrumar um namorado ou namorada (risos). Tem essa função também a Abrata e isso é agregador para muita gente". (grifos meus)

Como se percebe, a Associação acaba cumprindo um papel muito maior do que aquele que se propõe e estas outras emoções e afetos também contribuem e muito para mitigar o sofrimento, como Aníbal disse, quando se divide o sofrimento, quando se sente pertencente a um grupo, fica mais fácil de passar por situações dolorosas.

Aníbal mora sozinho, no bairro Vila Guarani, desde que se separou, quando teve o *surto psicótico* e achava que “não tinha nada ver estar casado” e quis se separar. Depois de alguns anos percebeu que tinha feito besteira, mas a essa altura sua ex-esposa não queria mais nada com ele. Importante, também, ressaltar que ele é o único homem que não relatou ter tido problemas para trabalhar devido as suas experiências com a *depressão e bipolaridade*, inclusive conseguiu se aposentar e hoje vive de sua aposentadoria. A única coisa que comentou, sobre trabalho, relacionada à *bipolaridade* foi quando resumiu um pouco do seu histórico de estudos e trabalho, e falou que começou a beber e fumar tinha cerca de 16 ou 17 anos de idade e já tinha um *quadro depressivo*, que atualmente consegue perceber isso, mas na época não notava; depois que começou a trabalhar, trabalhou em diversos lugares enquanto se formava e depois de se formar trabalhou na área de planejamento urbano por 21 anos na companhia do metrô em São Paulo, era analista de planejamento urbano (fazia análise econômica), área onde todo mundo queria trabalhar, pois como disse “era a nata” e completou:

Me colocaram para trabalhar nesse departamento não era porque eu era super competente não, era por conta de surto psicótico, porque me colocaram num lugar lúdico

onde minha cabeça não pudesse estressar, então me deram um trabalho que não estressava. Nessa época tinha acabado de me casar e de ter tido o primeiro surto. Então minha vida se tornou o que? Fui internado 8 vezes por causa de *depressão e mania*. Desses 25 anos fui internado 8 vezes, mais no começo. Desde 2002, faz 15 anos que não sofro uma internação, mas nos 10 primeiros anos fui internado oito vezes. Não controlava a doença, não sabia nada, estava por fora, depois que comecei a estudar, a perceber e entender”.

Aníbal disse que há algumas coisas que são ruins em uma fase e há coisas que são muito ruins na outra, mas que se lhe perguntassem qual prefere, diria que a *depressão*, porque apesar de *ser bem ruim*, de querer ficar só em casa, não querer comer, nem tomar banho, só fumava, tinha muita *ansiedade, angústia*, muita *tristeza e pensamento negativo*, no seu caso a *mania é muito pior*. Depois falou que pior ainda, é *episódio misto* que você está *deprimido e em mania*, algo também comentado por Joaquim, que é um de seus amigos de Abrata. Sobre o *episódio misto* disse: “já tive umas duas vezes na vida. Esse é terrível! Imagina você está *deprimido e com mania de perseguição*? Você está *deprimido e com autorreferência*... é horrível! Você enlouquece!”.

Quanto ao seu tratamento, após percorrer um longo caminho em busca de conhecimento, passar por diferentes psiquiatras, fez também terapia com psicanálise e disse ter gostado muito mais do que a linha cognitivo comportamental; Aníbal lida de uma forma bastante lúcida com seu itinerário de cuidados porque entende bastante do que os médicos dizem e dessa forma, consegue negociar muito bem; disse que os médicos quando querem alterar medicamento ou dosagem primeiro lhe perguntam o que ele acha e se achar que não deve, não aumentam dose nem mexem em sua medicação. Contou algo muito engraçado (engraçado porque julguei real):

“Tenho um amigo que fala: ‘o negócio é você negociar com os psiquiatras, nós temos que negociar com esses caras, porque ele tá lá sentadinho, tem o diplominha lá de medicina psiquiátrica, ele conhece as droguinha e nós estamos com o problema, com sentimentos, nós estamos com as emoções, então como vamos combinar as nossas droguinhas com as deles’. Afinal a emoção é outra droga né? Então precisa-

mos articular isso aí e essa articulação com o médico eu chamo de negociação. ‘Vou lá amanhã e tenho que negociar com meu psiquiatra, ele não fala que vai na consulta, ele fala que vai negociar. Drogas, ele vai negociar drogas’. É porque é tudo droga aquilo”. (grifos meus)

Aníbal é, portanto, bastante ativo em seu processo de tratamento e como disse, consegue negociar quase que de igual para igual com seu médico. Trata-se de um caso a parte, de alguém que consegue ser ouvido por seu psiquiatra, obviamente depois de passar por muitos deles que não queriam conversar.

Quase finalizando nosso bate-papo ele levantou questões que julgo serem muito importantes para serem pensadas que são, possivelmente, umas das mais questionadas por nós que vivenciamos *experiências de sofrimento e mal-estar mentais e emocionais*, que são aquelas que dizem respeito ao ser/viver com bem-estar, dentro de um possível *padrão de normalidade* se é que ele de fato existe. O que Aníbal contou é que trabalhou, aposentou, fez pós-graduação em direito civil depois de ter sido internado muitas vezes, que como disse “já estava ferrado mesmo” e então o que quis dizer com isso é que é possível estudar sendo *bipolar*, mas é mais difícil, trabalhoso, o que não dá é:

“para levar essa vida maravilhosa e saudável que os médicos falam. Uma vez perguntei para um psiquiatra: ‘doutor essa doença tem cura?’ Ele respondeu que não, mas que iria levar uma vida normal só que controlada por medicamentos. Não é normal!! Não é normal para namorar, não é normal para trabalhar, não é normal para nada!! Ela fica alterada ou porque os medicamentos alteram ou porque as emoções, sentimentos, sei lá, a psique aí sei lá o nome disso, altera. Mas vida normal nunca mais eu levei. Engordei muito, meu corpo mudou muito!”

Em sua visão não é possível levar uma *vida normal* como a medicina e fármacos prometem, até mesmo uma diabetes pode ter alterações mesmo sendo controlada com medicamentos, imaginem problemas, de ordem tão subjetiva, como são as dores emocionais? Tudo fica alterado: sua alimentação, seu corpo/metabolismo, para trabalhar, para namorar não é normal e ao mesmo tempo senti uma resignação quando o escutei falar isso, senti também dor

e raiva expressas em suas palavras e feição. Ainda falando de que mais nada fica *normal* ele disse que teve muitas *crises, episódios* durante esses 25 anos de *bipolaridade* mesmo estando medicado, porque tem aquilo que os médicos chamam de *gatilho*, algo relatado similarmente por Joaquim, Júlio e Estrela. Contou também que quando *em mania* fica com *autorreferência*, ou seja, acha que tudo gira em torno dele; fica com *mania de perseguição*, acredita que estão querendo lhe matar, tem também, *delírio místico*, porque crê ser o Tiradentes; sente sabor de cor, escuta vozes (*alucinação auditiva*) e sobre isso comenta:

“Escuto vozes de comando tipo: se atira embaixo do ônibus, se mata, não sei o que....escuto vozes. Engraçado que escutar vozes é o principal sintoma da esquizofrenia. Então essa doença, bipolar, depressão, tem depressivo que também escuta vozes, tem gente que tem só depressão com surto psicótico, não tem a mania exuberante, mas tem o delírio, tem alucinação...” (grifos meus)

O que me chama a atenção em sua fala, além dos inúmeros nomes médicos para os fenômenos que lhe ocorrem, é que Aníbal foi mais um dos meus interlocutores que me fez questionar e pensar sobre a fluidez dos diagnósticos. Aníbal expressou essa curiosidade quando contou que perguntou a alguns médicos a diferença entre *bipolaridade (mania/euforia) e esquizofrenia*:

“O que os psiquiatras me disseram nas perguntas que fiz durante a vida aí é que na esquizofrenia você não zera mais o seu pensamento, não volta mais a ser como antes, como o *bipolar* consegue após um *surto psicótico*, toma *antipsicótico* e zera e volta ao *normal*. O *esquizofrênico* não volta, ele fica sempre um degrauzinho pra lá sabe? *Meio over* como o pessoal diz. Com o tempo o *esquizofrênico* vai ficando muito estranho, isso de relatos médicos e do que li também...” (grifos meus)

Falando ainda sobre como fica quando está *em mania*, ele disse que fica *logorreico*, ou seja, fala demais, sem parar, emenda uma coisa na outra, *faz muitas associações*, o raciocínio *fica muito rápido*, como disse: “A cabeça faz muita associação, o raciocínio fica muito rápido, por exemplo, gosto de matemática e aí faço contas de cabeça que não faria normalmente, sabe

raiz quadrada de cabeça? Habilidade que não tenho normalmente, mas quando estou meio maluco faço”.

Aníbal também falou um pouco da questão de que acredita que a *depressão* tenha um caráter bioquímico que os medicamentos conseguem resolver, nesse caso mais a *depressão endógena*, a hereditária, mas a *exógena ou reativa* acredita que só os medicamentos não dão conta e para essa é preciso muita psicoterapia, muito entendimento. Diz ser ateu, mas, na verdade, acredita numa força maior que rege tudo isso aqui que vivemos, mas não acredita mais em *causas espirituais* para o que ele sente e vive na *bipolaridade* como já acreditou quando frequentava centro espírita kardecista. Estudou o espiritismo de Kardec durante uns cinco ou sete anos em busca de respostas para o que lhe acontecia e onde frequentava diziam que “um espírito obsessivo tinha encasquetado com o meu espírito ou que em alguma vida anterior tinha feito alguma burrada e estava pagando agora”, disse ele. Por algum tempo afirmou que lhe trouxe conforto, mas depois perdeu o sentido para ele. Portanto, assim como os demais interlocutores ou a maioria deles, ele também já buscou a espiritualidade/religiosidade como forma de *conforto*, explicação para o que lhe ocorre e como forma de tratamento.

Finalizando nossa conversa Aníbal revela seu olhar sobre a *bipolaridade* e em que ela prejudicou sua vida profissional e pessoal, disse que preferia nunca ter conhecido o *transtorno bipolar*, porque essa doença prejudicou sua vida com sua ex-mulher, sua vida com amigos e sua vida profissional, pois perdeu promoções, afinal “ninguém vai promover um maluco, né?”, disse rindo da própria desgraça e completou dizendo que até poucos anos atrás vigorou o código civil que falava que “os loucos de todos os gêneros não tinham capacidade civil e loucos de todos os gêneros inclui *bipolares, depressivos* (risos)”. Logo, o que se pode refletir é que por mais que Aníbal não tenha tido a capacidade laborativa totalmente prejudicada, e tenha conseguido trabalhar até se aposentar relata que perdeu promoções por conta de ser *bipolar, por ser maluco*, como em suas próprias palavras. Ele não entrou em detalhes, mas, a meu ver, não deixa de ser uma forma de preconceito e quando perguntei se sofreu preconceito por ser *bipolar* ele respondeu que não, porque sempre teve sorte e sempre foi muito aberto para falar sobre isso, pois acredita que quanto mais falamos abertamente sobre essas *doenças*, mais quebramos o preconceito das pessoas.

Saímos do centro cultural e fomos embora. Ele disse que como já estava no horário do metrô lotar ele não pegaria, porque passa mal (tem uma certa fobia característica de quem tem algum *transtorno* seja *depressão* ou *bipolaridade, ansiedade*) com metrô cheio. Como iria-

mos quase que para o mesmo destino ele ofereceu para voltar de táxi com ele e aceitei. Continuamos conversando e ele me falou um pouco mais de sua amiga que tinha *borderline* e havia se matado no final de semana e o taxista, ouvindo nossa conversa, falou que dirigir em São Paulo é estressante e ele estava tendo *pânico*, *ansiedade* e teve que ir ao médico tomar “um tal de *venlafaxina*”, que não gostava, mas era melhor do que ter *ansiedade*, *ficar paralisado*, ter *batedeira no coração*. Ele achava que era problema no coração no início, mas no final das contas era só emocional. Isso me fez pensar o quanto estamos, cada vez mais, rodeados de pessoas com problemas emocionais e muitas vezes nem sequer temos ideia do que a outra pessoa está passando, especialmente em uma cidade como São Paulo que a correria faz com que as pessoas nem olhem umas às outras.

Marcos Paulo – entre pensamentos negativos, delírios e sensações ruins

Marcos Paulo é um homem humilde de 37 anos de idade, heterossexual, solteiro, não tem filhos, é motorista/manobrista de carros com uma renda mensal de um pouco mais que um salário-mínimo e mora com a mãe que fazia faxina, agora está aposentada, da qual recebe ajuda com os gastos mensais. Moram em casas separadas, mas são todas no mesmo lote em Taboão da Serra, município da zona sudoeste da região metropolitana de São Paulo. Não declarou etnia, disse que não tem uma específica, pois em sua família tem branco, indígena, negro. Ele é natural de Poções, Bahia, mas lá morava em Vitória da Conquista/BA e a família (pai, mãe e cinco irmãos) migrou para São Paulo há 31 anos quando ele tinha uns 6, 7 anos de idade.

Ele marcou nosso bate papo no Habib's próximo da Abrata, local que, segundo alguns deles me disseram, comumente vão após os GAMs. Marcos Paulo adentrou ao Habib's muito sem jeito, com vergonha, aparentou estar nervoso, a sua voz estava um pouco embargada e trêmula no início da conversa e depois admitiu ter vergonha e medo de falar porque acha que “fala errado”. Tentei deixá-lo, o máximo que pude, mais tranquilo e à vontade e disse que não havia jeito correto de falar, que poderia falar da forma que costuma falar com qualquer pessoa que conhece. Contou-me que é assim normalmente: muito *pensativo*, é muito *perfeccionista*, *obstinado* e acha que tudo isso faz parte da *doença*; disse também que está com a *memória bem ruim*, anda muito *distraído*, que tem vezes que até se perde no metrô, não sabe em qual linha e estação está e tem de perguntar para alguém, “acho que a doença deixa assim”, falou.

Marcos Paulo, também, tem o que a psiquiatria denomina de *transtorno bipolar*. Com a voz trêmula foi me contando que a *depressão* que já teve é muito forte, que acredita ser pior do que a de quem só tem *depressão* mesmo e contou:

“Teve uma *recaída* que tive aí que fiquei com *depressão*, foi antes do *surto* que tive, porque tenho *surto psicótico* né? É bem ruim mesmo a sensação, você se sente no inferno de tão ruim que é... É tão ruim que a pessoa não consegue nem se matar! A grande verdade é essa... a pessoa não tem...eu mesmo já pensei e não...A pessoa não... Não sei o que falta. Tentar nunca tentei,mas eu tinha muita vontade! Mas não consigo colocar em prática, parece que quando vou ali trava sabe? E essa *depressão* que eu tinha estava muito ruim porque olha: eu não queria mais levantar, ficava em

cima da cama, não queria sair da cama, aí teve um dia que pensei: ‘ah, vou fazer um esforço e vou levantar da cama’, mas é horrível... aí fui fazer uma caminhada e aí aquilo que falei que fico pensando muito, pensando muito, não consigo parar de pensar...é obsessão e veio um pensamento na minha cabeça, um sentimento de culpa muito forte sabe? E eu tava na dúvida assim se eu fiz um mal pra uma pessoa. Nossa, será que fiz isso pra ela? Como sou ruim, não podia ter feito isso... Só que era uma coisa irreal, não tinha lógica, não tinha certeza se tinha feito aquilo e aí aquilo foi me perturbando, foi me perturbando...e vontade de chorar, vontade de chorar...”

Conforme fomos conversando Marcos Paulo conseguiu relatar como se sente e se sentiu nesses momentos de grande mal-estar, *angústia, sensação ruim, agonia* como no trecho que transcrevi acima. Contou que para ele ficar sem dormir é praticamente um *surto*, um *delírio* e que quando a “doença ataca eu fico muito ruim mesmo, de memória, de pensamento, é muito pensamento negativo, é tudo pensamento negativo, não tem nada de bom!”. Ele conseguiu transparecer muito bem, através do seu modo de falar, como se sentia nesses momentos, pois ele expressou uma fala muito ansiosa, agoniada como se tivesse revivendo tudo através das palavras e gestos. Gravou na memória a data em que foi diagnosticado: “fui diagnosticado no dia 10 de outubro de 2003. Desde esse dia pra cá faço tratamento com o psiquiatra”, ele disse. Falou também que apresenta *sintomas* desde a adolescência, período este que afinal não gosta nem de lembrar, porque foi muito sofrido: um de seus irmãos faleceu, seus pais se separaram e “aí depois veio a doença pra mim”, disse com lágrimas nos olhos.

Após certo tempo de conversa ele estava mais à vontade e disse que vir para São Paulo foi a melhor coisa que os pais dele fizeram porque “lá era muito ruim, a vida lá era muito difícil... que bom eles tiveram essa iniciativa, né? Porque se eu tivesse lá eu tava pior, com certeza! Lá não tem estrutura, capaz de psiquiatra nem ter”.

Marcos Paulo contou que na adolescência apresentava características de *depressão* porque tinha vezes que do nada chorava, não sabia o por quê estava chorando, simplesmente vinha uma *tristeza* e chorava. Acredita que não exatamente a morte do irmão que tenha lhe causado a *doença*, porque mesmo se tivesse tido uma vida boa, tranquila ia ter a *doença* do mesmo jeito, talvez só demorasse um pouco mais a aparecer, mas o processo de estresse e di-

ficuldade que a família passou acabou por antecipar a *doença* que apareceu quando tinha 23 anos de idade. Falou que o *bipolar*, no geral, tende a ter um comportamento bastante *compulsivo* e então contou que antes de fazer tratamento tinha uma *hipersexualidade*, abusava muito no consumo de álcool, que acredita ter agravado seu quadro, porque bebia muito e só se sentia bem se fosse em grande quantidade.

Depois ele começou a contar a respeito das vivências *ruins* quando tinha as *recaídas*, que por sua fala dá para entender que são as vezes que fica mal e chama de *recaída*; contou sobre a primeira vez que *ficou mal*, que estava tendo *perseguição*, em que achava que todo mundo o estava perseguindo para lhe fazer mal e que as pessoas sabiam o que estava em sua cabeça, porque ele pensava uma coisa e a pessoa falava exatamente aquilo que ele acabara de pensar, o que lhe deixava *atordoado*, *perturbado*, pois acreditava que a pessoa queria lhe prejudicar. Nesse período, também, achava que seu fígado estava doente e poderia morrer a qualquer momento, “era loucura, tudo da minha cabeça!”, disse arregalando os olhos. Conforme sentia tudo isso ia lhe dando uma *falta de ar* muito grande e ele falava para a mãe que ia morrer. Após ter tido esta primeira vez, depois “tive várias vezes e minha vida virou um inferno! Tinha muito *delírio* e isso aí que me tirou o sossego”, disse ele.

Quando conversamos ele estava recém-saído de uma *crise* que teve mesmo estando medicado (já estava estável há quatro anos), segundo seu relato, e estava de licença médica do trabalho, já estava indo para o terceiro mês afastado por conta de uma *recaída da doença* e como ele mesmo diz:

“Essa recaída que tive agora: demorei 2 meses para voltar ao normal, pro pensamento ficar bom, para conseguir sair de casa, ter confiança e antes desses 2 meses eu não tinha. Isso foi recente, tive um delírio muito forte! Acho que já tive umas 10 recaídas, mas parece que é sempre uma pior que a outra. Essa última parece que foi a pior de todas! Eu cheguei no médico dizendo: não aguento mais, quero morrer, vou me matar, e chorando...O médico me deu até um lenço e me disse: ‘quem você já viu que se matou assim? Você sabe que a gente não pode se matar. Me dá um exemplo. A gente não pode tirar a vida assim’, ele falou. Até teve um tempo que eu era católico e sabia que tirar a vida era ir pro inferno depois. E ave Maria se alguém me tirasse a vida era um favor que fazia, de tão ruim que eu tava. Foi horrível! O que mais

incomoda mesmo é a perseguição, todas as recaídas que tive foram assim: eu achar que tem pessoas me perseguindo. Teve uma vez que estava tão ruim que achei que as pessoas cegas estavam me perseguindo”. (grifos meus)

Desde sua primeira *crise*, quando tinha 23 anos de idade, se trata com medicamento. Houve uma vez que decidiu parar com a medicação por conta própria e “foi a pior coisa que fiz na vida!”, disse ele, porque ficou tão ruim que não compreendia o que as pessoas falavam, era como se estivesse tudo no “mudo” e era horrível a *sensação*. Depois começou a ver as pessoas todas iguais, com os rostos iguais, até mesmo as pessoas da sua família e então: “veio *pensamento muito ruim* que eu achava que todo mundo queria se suicidar e pensava: ‘não é possível, tá todo mundo doido...’ Foi horrível essa sensação e uma *tristeza* tão grande, uma vontade de se suicidar, uma coisa horrível! Foi uma *depressão* tão forte que achava que todo mundo queria se matar, que estava todo mundo assim querendo morrer, dizendo: ‘tira minha vida, por favor, tira a minha vida, por favor...’ Era como se todo mundo tivesse o mesmo pensamento que eu”.

Conforme ele ia contando tudo com muita dor, agonia foi se passando um filme em minha cabeça. Ele contou que tudo isso só melhora com remédio e que tem, pelo menos, a sorte de os medicamentos fazerem efeito rápido, porque tem pessoas que demoram a sentir o efeito dos remédios e ele não, o efeito é rápido e “logo a perseguição some”, contou.

Perguntei a ele como é ter a *doença* na família, se eles falam, conversam a respeito e ele disse que não, que ninguém entende e ele também não fala por conta do *preconceito* que as pessoas, no geral, têm, além de não entenderem, por exemplo, “tem gente que não sabe que tenho a *doença* e fala alguma coisa que me deixa nervoso, mas sei que esse nervoso é por causa da *doença* que tenho...A *irritabilidade*, uma característica marcante do *bipolar*, eu tenho também, mas fico mais isolado no meu canto, prefiro ficar sozinho do que de repente estar com alguém que fique mexendo comigo e me deixa irritado. Ainda bem que não sou agressivo”. Marcos disse que tem bastantes *bipolares* na família, muitos não diagnosticados e alguns que são diagnosticados como uma prima sua que é bastante *agressiva*.

Atualmente falou que não bebe mais nada alcoólico (desde 2006 que parou) e está tomando *quetiapina e lítio*, este último há menos tempo, mas está gostando porque somente a *quetiapina* estava sentindo muito seus efeitos colaterais como muito sono e dores no corpo, mas em compensação agora que toma *lítio* pontuou a *questão da memória e concentração* es-

tarem muito ruins, algo bastante recorrente, também, na fala dos demais interlocutores de pesquisa que conversei. Ainda contando um pouco sobre sua família disse que sua mãe sabe o que tem, mas não entende e não procura ler para entender a *doença*. “Quando fico mal ela liga para a minha irmã que é enfermeira e minha irmã me leva no médico”.

Outra fala sua que me chamou atenção é quando teve *depressão* e acompanhando toda a *dor e sentimentos ruins*, também, estava presente o *desejo de morte* acompanhado de sensações corporais tão fortes que julguei ser interessante transcrever sua fala completa:

“Teve uma *recaída*, acho que foi a segunda que tive, que me deu uma *tristeza muito grande* que queria ficar 24 horas em cima da cama. E pensava: ‘como pode? Só pode ser o remédio.’ Na época acho que era o Melleril e acho que se não fosse ele não aguentava, porque *ficava 24h na cama e começava a doer as costas, as pernas...* Pra tomar banho era uma luta! Sabe uma guerra que você luta contra o outro? *Só que era uma luta comigo mesmo*. ‘Nossa, tenho que levantar da cama, tenho que andar até ali...Aii...ligar o chuveiro, pegar a toalha... Não vou aguentar! E ficava umas 3, 4 horas labutando para ver se tomava banho. *Aí entrava no chuveiro parecia que aquela água tava fria, nada tava bom!* E como moro na parte de cima, minha mãe cozinha lá embaixo, mas *não conseguia descer para comer e ela levava lá em cima para eu poder comer e depois de umas 3, 4 horas eu comia. Era uma *depressão tão grande que tinha medo de um vizinho olhar para mim e ver que eu tava daquele jeito. Era uma coisa forte que desejava a morte toda hora, era uma *angústia*, aquele *negócio no peito me corroendo por dentro...** E pensava: ‘como as pessoas conseguem viver com *isso?*’ *Eu queria me libertar daquilo!* Olhava as pessoas e via que elas estavam *normais* e eu queria ficar bem, ouvia meu irmão conversando com os amigos dele e queria conseguir conversar também. *A *depressão* era tão grande que achava fora do normal a pessoa conseguir conversar, colocar o raciocínio, trocar ideia com outra pessoa. E aquela *angústia me corroendo por dentro...* Acho que fiquei uns 10 dias com *aquilo, desejando a morte toda hora.* E aí do nada melhorava e eu pensava: ‘nossa que bom, não tá *corroendo* mais, não tem mais essa *angústia, ansiedade.* Como pode os caras usam droga pra ficar doido e eu uso remédio pra ficar normal?’**

Queria usar droga e ficar doido', mas não podia né? Com essa *doença* que tinha só o álcool já baqueava, imagina outra droga?'. (grifos meus)

Como se pode ver pelo que descreve, o sofrimento emocional é acompanhado de sensações corporais fortes que o fazem sofrer conjuntamente, algo que coincide com as demais falas dos participantes da pesquisa, especialmente o relato de *dores pelo corpo todo*.

Quanto à espiritualidade disse que tem fé, era católico, já leu a bíblia algumas vezes, mas parou de ir à igreja porque nunca melhorava da *doença*, teve uma época que também achou que o padre o estava perseguindo e parou de ir também porque achava que eles se preocupam demais com dinheiro e isso o incomodava bastante. Sobre sua fé disse que fica pensando que Jesus o curou, que está curado na arte, na música, porque gosta muito de tocar instrumentos, gosta de ir em shows, até porque ficar pensando só na *doença* não dá, “quando estou *ruim* fico pensando no que o apóstolo Paulo falava: que era para ter fé, esperança e amor, disse.

Depois de falar sobre espiritualidade Marcos veio com o relato de certa vez em que *estava muito mal* e sua família o levou ao médico (clínica particular) e lhe aplicaram um medicamento, sem nem mesmo perguntar se era intolerante à medicação, e o fez piorar muito porque provavelmente é alérgico a este remédio. Isso me fez refletir a respeito do processo de atendimento médico ser extremamente focado no remédio, a todo custo e o quanto isso já não deve ter causado mortes porque costumam aplicar remédios sem nem mesmo saber do que se trata, se a pessoa é alérgica ou se poderia inclusive haver interação com outro medicamento que já usa. Depois procurou ajuda no atendimento público do SUS (Sistema Único de Saúde) e precisou esperar por duas horas enquanto estava sofrendo e em agonia.

Quanto à *insônia* disse que no início da *doença* tinha bastante e acha que de ficar sem dormir começou a ter os delírios. Atualmente o quetiapina lhe ajuda a *acalmar os pensamentos* e dormir. Diz que os remédios diminuem a intensidade dos *delírios*, da *sensação de perseguição* até sumirem e ele ficar com o *pensamento normal*. Contou que antes de tomar os remédios ele sentia medo de esquecer onde estava e não saber voltar para casa, inclusive é um dos motivos de tomar remédio, porque quando toma sabe de tudo o que está acontecendo, tem consciência de tudo o que faz e, portanto, se sente bem.

Frequenta a Abrata há um ano e nove meses e disse que se cobra muito porque gostaria de falar mais só que frequenta os GAMs e escuta mais do que fala. Disse que antes de vir

na Abrata não estava nada bem, ficava muito isolado e agora que frequenta está mais solto, vai para muitos lugares inclusive shows, algo que gosta muito de fazer.

Quanto às terapias que já fez contou que passava no psicólogo e se sentia muito bem, acredita que ambos fazem bem: remédio e terapia e só parou com a terapia, pois o convênio não cobre mais e não tem dinheiro para pagar alguma particular. Disse que também fez terapia alternativa e gostou bastante. Atualmente no centro de convivência de Embu das Artes vai à terapia comunitária que é uma roda de conversa semelhante à da Abrata (GAM) e o ajuda muito.

No trabalho: contou que ainda estava de licença médica, porque só fazia um pouco mais de dois meses, mas que achava que em breve daria para voltar porque os *pensamentos* já *estavam em ordem*. Contou que certa vez quando teve uma *recaída* e estava no trabalho começou a ver os carros virem na contramão, em cima dele, que foram alguns “flashes” desse tipo, mas que não foi algo tão grave. O que mais pega quando está no trabalho é que tem medo de as pessoas perceberem que não está bem e ficar imaginando o que elas pensarão dele, como o julgam e, também, como fica se segurando para transparecer que está bem, quando para e vai para casa e “vem os *negócios na cabeça*, parece que vem tudo que não presta na cabeça”, disse. Chama-me a atenção tamanha resiliência e coragem para conseguir lidar com situações tão complicadas como esta de estar em seu trabalho e começar a ter *alucinações*. É muita força e, como se não bastasse tudo o que já passa, não pode nem compartilhar com ninguém do seu meio de trabalho, porque as pessoas não entendem, têm muito *preconceito*. Marcos me contou que houve um período em que estava desempregado e fez um curso de eletrônica de carros, mas não foi adiante, se sentia muito *desmotivado*, acha que quem tem *a doença* não tem *iniciativa*, é muito *desinteressado*, *não vai adiante*. Possui ensino médio completo, mas relata que teve bastante dificuldade de aprendizado, muita *falta de concentração*, pensou em desistir diversas vezes, mas sua mãe o incentivou a continuar; ninguém da família estudou, apenas ele e os irmãos que fizeram até o ensino médio e a irmã que fez faculdade de enfermagem.

Infelizmente, não diferente dos demais participantes da pesquisa, Marcos Paulo relatou insatisfação quanto ao tratamento que, os inúmeros médicos pelos quais passou, lhe davam e, também, comentou a respeito dos diferentes diagnósticos que recebera conforme mudava de médico, mudava também o diagnóstico e ninguém lhe explicava nada, conforme contou:

“A minha depressão é muito forte também, muito grave: só pensamento negativo, tristeza profunda, sentimento de culpa, me sinto inferior, me culpo por não melhorar... Sair da cama é um sacrifício! Tenho muita dor no corpo, não queria ver ninguém, se chegava alguém em casa me escondia para a pessoa não me ver e eu não ver a pessoa. A depressão do bipolar é bem intensa, você acha que não é normal, fica tudo sem sentido!

Só fui entender que era bipolar quando fui na Abrata, achava que só tinha depressão. O diagnóstico de bipolar só me deram em 2011 e antes não sabia, achava que era depressão. Primeiro diagnóstico foi esquizofrenia, depois depressão, depois bipolar, depois síndrome do pânico... Nunca teve diagnóstico fechado, até porque é difícil ter... não tem um exame que se faz e dá pra ver o que a pessoa tem. Só em 2011, na médica que a patroa da minha mãe conhecia, é que fui diagnosticado como bipolar, ela analisou tudo, até minhas receitas e disse que tudo indicava que sou bipolar. E antes já tinha passado por muitos médicos, uns 6 ou 7 por aí, cada um falava uma coisa e dava remédios diferentes. No começo odiava os médicos, não gostava... Eles não escutam muito a gente, só faz passar remédio... tinha médico que não perguntava muita coisa, só olhava e já passava remédio. No começo não gostava, tanto é que parei com medicação duas vezes porque não gostava de passar no médico. Ser diagnosticado me ajudou, facilitou. Nenhum deles antes falava o que eu tinha, de 2003 a 2011, são quantos anos? 8 né? Eles não falavam o que eu tinha, só escreviam no papel e olhe lá. Só 2011 que aquela médica falou e aí não tinha outra alternativa a não ser tomar remédio. Aceitei melhor, já tinha parado com a bebida. Mas os 8 anos antes sentia tudo aquilo e não sabia o que era, só ia no médico porque minha mãe me obrigava.. Hoje vou, não digo que adoro, mas sei que é preciso. Mas que é bom, não é... Bom mesmo é não passar em médico nenhum! A maioria nem olha na sua cara e já passa remédio, de humanidade tem pouco mesmo”. (grifos meus)

Fiz questão de transcrever a fala inteira porque mostra detalhes importantes para se compreender como que a relação médico-paciente é desigual.

José – sobre o viver nela e dentro dela

José foi o último homem com o qual conversei, marcamos e desmarcamos mais de uma vez, pois tanto eu quanto ele tivemos imprevistos. Quando finalmente deu certo marcou comigo também, no Habib's perto da Abrata, logo após José sair do trabalho. Homem muito educado, mais reservado desde o início e muito gentil, tem 51 anos de idade, negro, não tem filhos, é homossexual, solteiro, natural de São Paulo capital; formado em hotelaria e marketing, à época de nossa conversa estava trabalhando como produtor de eventos de uma agência de marketing e eventos que fica bem perto do Parque Ibirapuera, zona sul de São Paulo, com uma renda mensal de aproximadamente quatro salários-mínimos. Atualmente mora com a mãe biológica, em um condomínio de apartamentos, enquanto termina de montar o apartamento que comprou, em Embu das Artes (município da Região Metropolitana de São Paulo), para ele e o companheiro morarem (estão juntos há 10 anos).

Foi adotado por um casal de classe média alta, um médico e uma professora, quando tinha oito dias, mas sempre manteve contato com sua mãe biológica “porque numa casa de brancos, só eu ‘moreninho’... melhor saber quem eu era, minhas origens e tal para não ter muita confusão”, disse sorrindo. Tem um casal de irmãos biológicos mais novos e um casal de irmãos de criação, do casal que lhe adotou. Sua mãe biológica é de Presidente Prudente com qual sempre manteve contato, mas a convivência do dia a dia era com a sua família adotiva, com a qual sempre morou nos Jardins, bairro nobre de São Paulo; estudou, continuamente, em bons colégios e teve uma vida materialmente privilegiada, “mas meus pais sempre me educaram com os pés no chão, nunca me esquecia de quem eu era”, disse ele. Saiu de casa mais cedo, com 19 anos de idade por conta do contexto da homossexualidade que naquela época era muito mais complicado do que é hoje.

José tem o diagnóstico de *distímia*, outra categoria psiquiátrica para um tipo de *depressão crônica*. Disse que seu médico a princípio o diagnosticou com *distímia* por ter um *quadro depressivo* de período de três anos, mas como estava já entrando no quarto ano, seu médico lhe falou que poderia ser *transtorno depressivo progressivo* por não ter estabilizado e, agora, aumentou a dose do medicamento que toma que é o cloridrato de sertralina. Só se utiliza desse medicamento e cuida bem da alimentação, porque já trabalhou bastante com gastronomia e sabe da influência dos alimentos no corpo e nas emoções. Diagnóstico de *depressão* tem há cerca de cinco anos, mas faz terapia desde os 14 anos de idade, desde bem antes de ter

o diagnóstico. José falou de algo que me chamou atenção e vai de encontro com a velha história de que a *depressão* é algo tão subjetivo que fica difícil para as pessoas compreenderem, pois não é uma parte do corpo que está machucada e é visível, são dores, sofrimentos de outra ordem, mas que não são menos importantes e menos dolorosos que um machucado físico. Transcrevo a fala abaixo para que se possa refletir a respeito:

“A depressão só depressão é totalmente diferente da depressão da bipolaridade, pelo o que tenho aprendido na Abrata. A depressão mesmo é outra história. Quem me vê de fora... bom, nunca esperei herança de ninguém, consegui meu apartamento, um carro legal, saí de casa cedo, aos 19 anos por conta do contexto todo da homossexualidade... Quem olha de fora pensa: ‘poxa, o que você não vive?’ Tenho um namorado, que namoro há dez anos, que está com 31 anos, tem duas faculdades, formado em artes e pedagogia, é super centrado, professor na rede estadual e municipal, tem outra cabeça. Nós dois viajamos muito juntos, a família dele me adora, enfim...”. (grifos meus)

José quis dizer que para quem olha “de fora”, aparentemente, deve julgar que ele tem uma ótima vida, cheia de realizações profissionais, materiais, amorosas e, portanto, no “senso comum”, ele não tem do que reclamar e não aparenta ter nada, nenhum sofrimento, nenhuma *doença*. Portanto, é preciso que se reflita: as *doenças mentais*, as experiências de *sofrimento*, *dor*, *aflição*, *angústia*, na maioria das vezes, não deixam marcas tão visíveis e, por isso, é tão importante que sejam faladas, conversadas e conhecidas.

Contou que após muitos anos fazendo terapia, um dos últimos psicólogos o dispensou, alegando que não estava pronto para cuidar de si e que precisaria primeiro passar em um psiquiatra e isso o deixou um tanto revoltado. Estima que isso tenha acontecido há uns quatro anos e foi ao psiquiatra, tomou remédio, *pirou* com os remédios e pediu para parar; no que parou ficou muito mal, até que passou um final de semana inteiro trancado dentro de casa, sem nem colocar a cara na janela e até mesmo o porteiro do prédio, que estava acostumado a vê-lo todo dia de manhã, notou que não havia nenhuma movimentação no apartamento e ligou para saber se estava tudo bem. Foi então que ele percebeu que tinha *alguma coisa errada* e decidiu procurar psiquiatra novamente, e desde então, fazia um ano e meio quando da nossa

conversa, toma medicação e tem esse diagnóstico de *distimia*, porque como disse: “eu não *vibro* com nada”, querendo dizer que é *apático*, nada lhe faz “brilhar os olhos” e, mais uma vez, retomou a questão de que quem o vê de fora deve achar que está *radiante, vibrando*, com a autoestima ótima porque trabalhou até pouco tempo em um dos maiores bufês de São Paulo, saiu e logo em seguida já tinha outra proposta de emprego sem nem mesmo ter que procurar, mas, na verdade, ele não está *radiante*, não *vibra*. Disse que há muitos motivos para não vibrar, que acredita que tenham origem na sua infância: sua mãe fugiu do interior, grávida do namorado, para São Paulo e veio trabalhar em casa de família, sendo que a primeira família para a qual trabalhou era da prima dos seus atuais padrinhos; seu padrinho a acolheu, disse que não podia ficar sem um lugar para morar e ela foi tomando o rumo na vida e ele, como disse: “fui ficando”, obviamente com a família adotiva que o criou bem, mas, quando tinha 10 anos de idade, lhe ocorreu que um parente lhe abusou sexualmente e ele acredita que tenha sido este um dos motivos que o deixou “*travado*”, afinal não podia falar e isso o bloqueou muito. Só foi contar quando tinha 14 anos de idade, quando então passou a fazer terapia. A família que lhe criou era bastante esclarecida e logo o colocou para fazer terapia, “mas esqueceu”, ele disse, de dar o principal que era amor, carinho, atenção; materialmente eles garantiram, mas não lhe deram o que de fato precisava. Atualmente pouco se relaciona com a família, só vai a eventos familiares quando é convidado. Relatou que acha que o que tem hoje, a *depressão*, a *distimia*, é consequência de muitas coisas: da história da mãe biológica, que nunca soube como era a relação com seu pai biológico, então talvez tenha sido rejeitado; do abuso sexual que sofreu na infância, da falta de amparo emocional da sua família adotiva, entre tantas outras coisas que podem ter lhe afetado.

Com relação ao tratamento disse que se consulta com terapeutas desde os 14 anos de idade, teve alguns momentos que ficou sem fazer, mas via que não conseguia e voltava. Atualmente também se trata para a dependência com relação à maconha, que é algo que disse que lhe atrapalha muito, afinal “ela é depressiva e aí já tenho um transtorno depressivo... com ela então, isso complica”, disse sorrindo. José, também, contou que já teve uma vida social mais ativa, mas aos poucos foi se fechando, não tem muitos amigos e atualmente tem uma vida social mais restrita, mas não gosta de ficar em casa, gosta sempre de estar fazendo alguma coisa. Quanto à vontade de se matar disse que teve quando era mais jovem, mas depois não mais. Ele me disse que não tem *episódios depressivos*, crises, ele vive na *depressão* e completou:

“Eu não vibro, eu sempre tô... Sou um pouco apático, eu não vibro, é uma coisa assim engraçada, eu sempre quis ter sucesso nas coisas que fiz, e sei que tive porque a partir do momento que sai de um trabalho e o mercado não te deixa ficar fora, fica te chamando pra trabalhar, é porque você tem um sucesso profissional. Só que por causa do meu transtorno, por causa da depressão eu não percebi isso”. (grifos meus)

Eu nunca havia conversado com alguém diagnosticado com *distímia*, só havia escutado falar, mas não conhecia, de fato, do que se tratava. Quanto à espiritualidade, contou que é candomblecista, mas gosta muito de ir à umbanda e faz trabalho voluntário em centros espíritas kardecistas, “então te diria que sou espírita”, disse sorrindo. Frequenta três lugares diferentes nos quais se cuida, mas não acredita que a *depressão* tenha alguma causa espiritual, mas que a espiritualidade o ajuda muito.

Percebi que diferente dos demais parceiros de pesquisa, José não pontuou *crises depressivas*, porque afinal ele vivencia a *depressão* o tempo todo, por isso se trata de diversas formas (terapia, psiquiatria, religiosidade) para conseguir levar uma vida minimamente menos dolorosa. Outra diferença da maioria das pessoas que conversei é que não relatou problemas com a vida profissional, que considera que teve sucesso. O único apontamento que faz quanto a isso é que talvez se tivesse uma boa autoestima teria tido ainda mais sucesso profissional. Consegui entender melhor como é esse se sentir *deprimido* quase que o tempo todo, esse não vibrar com nada que ele descreveu após ver que em todas as conversas grupais que tivemos com os participantes da pesquisa ele não conseguiu comparecer em nenhuma; ele marcava de ir, mas depois acabava me enviando mensagem dizendo que não poderia mais ir porque não estava se sentindo bem, portanto, era algo de momento, não tinha como saber como estaria se sentindo e na maioria das vezes não se sentia bem.

Mulheres aflitas

Nesta sessão falo das mulheres, o público feminino, também, muito importante para a realização deste estudo. Como disse, separei homens e mulheres com o objetivo de destacar a ampla participação masculina, algo surpreendente diante da costumeira maior participação feminina no que diz respeito a grande parte das pesquisas em saúde e cuidado de si, bem como procura por serviços de saúde e cuidado, como se pode verificar em diversos estudos como aqueles apresentados na coletânea “Gênero, Saúde e Aflição [abordagens antropológicas]” organizada por Maluf e Tornquist (2010) e que serviram como parte da base teórica desta dissertação. No artigo de Diehl, Becker e Manzini (2010), elas apontam a massiva presença das mulheres nos serviços de saúde e relatam, em seu o estudo, feito a partir da análise das receitas e a dispensação de antidepressivos em um Centro de Saúde na cidade de Florianópolis/Santa Catarina, mostraram que estes medicamentos são frequentemente mais prescritos as mulheres do que aos homens. Isto se deve, segundo as autoras, a motivações complexas, como por exemplo, “a influência da propaganda da indústria farmacêutica, que promove os medicamentos como solução para os estresses e os conflitos próprios do papel da mulher, descrevendo a depressão como um distúrbio mental feminino” (Mastroianni *et al.*, 2008 *apud* Diehl *et al.*, 2010 p. 345). As autoras, também, apontam dificuldade que os médicos têm para o tratamento dos “problemas socioafetivos das mulheres” e não enxergam outra alternativa, que não seja medicalizá-los; outra motivação possível seria o consumo de “álcool e fumo (drogas lícitas)”, utilizados pelos homens como “principal consolo químico” “em diversas sociedades” (Whyte *et al.*, 2002 *apud* Diehl *et al.*, 2010). Todas estas motivações são importantes e coerentes, mas destaco aquela que mais coincide às reflexões desta pesquisa, em que as autoras afirmam:

“Observa-se que as diferenças de gênero relacionadas ao processo saúde-doença referem-se muito mais ao papel social, às dificuldades socioeconômicas, às condições de trabalho e às desigualdades a que as mulheres são submetidas criando uma imagem de fragilidade e submissão”. (DIEHL *et al.*, 2010, p. 346)

Análogo ao que descreve Maluf (2010), sobre o estudo empreendido por Tornquist, Andrade e Monteiro (2010), no bairro Monte cristo na cidade de Florianópolis/Santa Catarina,

bairro periférico que “tem como origem um movimento de ocupação e conquista” (Maluf, 2010, p.42), os lamentos das mulheres, que me contaram suas histórias de sofrimento e aflição para a presente pesquisa, estão mais ligados as suas experiências cotidianas, não restritas somente ao âmbito doméstico, como também, parodiando Maluf (2010), “questões relativas a trabalho e dinheiro, sugerindo um outro perfil para as mulheres”, que se entendem e são “provedoras do lar”, são donas de casa, mas principalmente, “trabalhadoras urbanas”, independentes e no caso desta pesquisa, muitas vezes moram sozinhas ou somente com seus filhos pequenos. Logo, o perfil de mulheres que aqui se apresenta é de mulheres urbanas, que trabalham e, se revelou, através de suas falas e relatos de suas aflições, sofrimentos, que estão ligados “as suas vivências cotidianas e ao seu contexto social, cultural e econômico e não a uma percepção de fases em seu ‘ciclo de vida’, tal como colocam as políticas públicas em saúde mental e saúde da mulher” (Maluf, 2010, p.43).

Foram seis mulheres a me cederem, gentilmente, seu tempo e histórias. Da mesma forma que com os homens falarei a respeito de cada uma delas de acordo com a ordem em que conversei com as mesmas e também, aproveitei cada narrativa para fazer as reflexões que julguei pertinentes.

Lorena – das perdas à resiliência

Lorena foi a primeira voluntária que consegui. Recordo muito bem quando fui divulgar o trabalho, pela primeira vez, e ela ficou me escutando atenta e não pensou, duas vezes, para logo levantar a mão e dizer que queria ser voluntária colaborar na pesquisa, afinal ela disse que no que pudesse ajudar para gerar mais conhecimento sobre essas *doenças*, estaria à disposição. Marcou comigo para conversarmos, em um primeiro momento, em um café, no shopping Cidade São Paulo no metrô Trianon Masp, bairro Bela Vista, região central de São Paulo, próximo de onde trabalhava, quando da nossa conversa. Entretanto, acabou achando melhor passarmos em uma padaria e comprar umas coisas para fazermos um lanche da tarde e irmos para sua casa que ficava ali perto, há algumas quadras. Fiquei muito honrada com a confiança, gentileza e abertura que Lorena demonstrou ao me receber em seu apartamento. Inclusive, não permitiu que pagasse nada na padaria, pois disse que era sua convidada.

Ela é uma mulher de 41 anos de idade, branca, heterossexual, divorciada, não tem filhos, é natural de São Caetano do Sul, município da região Metropolitana de São Paulo, filha

mais velha de um casal que teve quatro filhas mulheres, formada em engenharia elétrica com ênfase em comunicações, e sua renda mensal era de aproximadamente três salários-mínimos trabalhando como técnica, que segundo ela era muito aquém do que estava acostumada anteriormente quando trabalhava como engenheira, o que afirmou ter mexido muito com seu psicológico. Infelizmente após 15 dias de nossa conversa ela ficou desempregada novamente, o que a colocou em nova situação *depressiva*.

Iniciou nosso bate papo falando que sua família é bastante ignorante quando se trata de doenças mentais, acham que psiquiatra é só para “loucos”, disse sorrindo. Acredita que desde a adolescência ela já apresentava alguns sintomas, traços de que tinha alguma coisa, mas na época é sempre aquela ideia de que: ‘ah, é adolescente, é normal ficar assim...’, mas disse que se sentia estranha, começou a ter muitos problemas de concentração para estudar o que foi um grande choque, porque ficava agitada, tinha picos de *euforia* e acredita que teve muito mais dificuldade do que uma pessoa “*normal*” para estudar. Passou a adolescência, entrou na faculdade fez três anos de ciência da computação e largou para entrar em engenharia elétrica, onde disse que se arrastou para conseguir se formar, porque tinha muita dificuldade para estudar, se concentrar, mas conseguiu terminar. Por volta dos 29, 30 anos de idade, conta que teve a perda de um emprego e de um relacionamento; estas perdas, somadas a um treinamento que fez de autoconhecimento, regressão uterina que a fez voltar em um momento complicado de sua infância, a fizeram *surtar*. Nesse *surto* contou que teve *mania de perseguição* e que tudo parecia como no filme Matrix, pois fazia parte de um grupo de pessoas e falava com estas pessoas, enfim muita *alucinação*. Então, uma de suas irmãs a levou em uma psiquiatra que demorou cerca de três meses para descobrir o que tinha, foi experimentando medicamentos para que ela saísse do *surto*, conversou com seus pais e lhes informou que Lorena era *bipolar* e assim deveria ser tratada. Finalmente a médica acertou a medicação e aos poucos foi saindo do *surto*, conseguiu retomar a faculdade, da qual ficara afastada cerca de seis meses sem que repetisse o ano, pois o reitor permitiu que ela fizesse as provas depois. Daí em diante seguiu seu tratamento medicamentoso. Aos 36 anos de idade, mais ou menos começou a perceber que o remédio não estava mais lhe fazendo efeito e decidiu procurar outro psiquiatra e através do qual iniciou tratamento com lítio. Um detalhe importante é que a nova psiquiatra e todos os outros psiquiatras que se consultou depois disseram que o primeiro medicamento que tomava, que era o trileptal, não tinha provas que ele realmente funcionasse para *transtorno bipolar*. Após um mês se tratando com lítio engordou 12 quilos, o que mexeu muito com sua

autoestima e decidiu trocar de psiquiatra outras cinco vezes, mas nos cinco seguintes todos queriam lhe dar lítio e ela teimava que não queria porque engordava. Foi então que desistiu do tratamento e parou de tomar.

Uma fala que me chamou atenção foi a que Lorena ressalta a questão de se sentir sozinha para enfrentar seus problemas, pois sua mãe havia falecido há quatro anos e isso causou um grande baque para ela, já que seu pai nunca foi muito de conversar e desconfia que ele seja *depressivo* ou *bipolar*, mas não admite; as irmãs têm filhos, marido, a vida delas para cuidar, seu ex-marido foi embora com outra mulher e, portanto, olha a sua volta e se vê sozinha para cuidar de si. Por esse motivo diz que está na elaboração para entender o processo que a leva ao *surto*, ou mesmo de perceber quando está caminhando para o *surto*, “quero aprender os sinais de estou desequilibrada”, disse. Mas, é complicado, porque nem os psiquiatras nem terapeutas sabem lhe responder essa questão, afinal os *surtos* que teve foram repentinos. Algo que consegue lembrar é que pouco antes de *surtar*, geralmente começa a gastar muito, “gastava que nem uma *louca!*” disse arregalando os olhos e sorrindo, mas continuou e disse que achava isso *normal* porque ela e o marido ganhavam muito bem, tinham todas as contas pagas, apartamento quitado, carro e ainda sobrava dinheiro. Ela falou que seu ex-marido, que sabia que ela é *bipolar*, e era quem estava ao seu lado, não deu nenhum alerta a ela de que aquele comportamento não estava *normal*; com isso disse que não quer colocar a culpa de seu *surto* nele, entretanto, acredita que poderia ter lhe dado um “toque” de que poderia haver algo errado e tê-la levado ao médico. Infelizmente ao invés disso ele se afastou, pois não sabia os sintomas e “eu também não falei e ele não procurou saber”, disse ela com um ar triste.

Diferentemente de alguns outros relatos, quando Lorena *surtou* pela segunda vez disse que não estava tomando medicação e estava fazendo análise com uma psicanalista que era contra remédios e, então, tudo se encaixou. Suas irmãs descobriram que havia se separado do marido e elas ficaram muito bravas ao saber que estava sem medicamento, pois com vinte e poucos anos de idade os psiquiatras já haviam lhe alertado que não poderia ficar sem medicação, mas como ela disse: “achava que eu era *foda*, que estava super bem, que o mundo era todo meu, eu tava com uma puta psicanalista show de bola, num puta emprego, casamento, tudo perfeito... Até que fui caindo, caindo, caindo, caindo e *surtei* pela segunda vez”. Lorena disse que quem “lhe trouxe para a realidade” foram dois psiquiatras do CAPS de São Caetano do Sul, que voltaram a lhe receitar lítio, mas agora ele não a está engordando.

Disse que ao longo da vida teve mais episódios de *euforia*, *surtos* e que a *depressão* teve mesmo mais recentemente, mas que se lembrava de pouco coisa, pois ficou “*apagada*”. Outra questão levantada por ela é a tendência que *bipolar* tem aos excessos, disse que indo na Abrata começou a se entender melhor, porque ouvindo os relatos de outras pessoas, especialmente mulheres (que disse que são as que mais se abrem lá), viu que é comum que *bipolares* tenham *compulsão* por compras, sexo, bebida alcoólica, drogas, enfim, fazem coisas na *impulsividade*, no *descontrole*. Portanto, passou a entender uma série de comportamentos que tinha e, inclusive, entrou em conflito consigo mesma, pois começou a questionar: “se o problema de bebida não é da Lorena, é da *doença*, o problema de sexo não é da Lorena é da *doença*, que o problema de não ter limites e ser ‘gastona’ não é a Lorena, é a *doença*... E então quem é a Lorena? Eu não sei quem sou eu...tenho 41 anos e estou aprendendo quem sou eu...”, disse com os olhos cheios de lágrimas. Esta questão, do não saber o que é comportamento seu, de sua personalidade ou se é da *doença*, atravessa a fala de todos os interlocutores e interlocutoras que conversei, logo, é algo que os incomoda bastante em suas vivências e experiências com a *doença*, seja *depressivo* ou *bipolar*.

Lanchamos e continuamos a conversa, e conforme íamos falando pude perceber a tensão e ansiedade na maneira que ela se expressava, e foi fumando cigarros, um atrás do outro, fato que ela mesma concluiu quando olhou para o cinzeiro que estava cheio ao final de nosso papo. Lorena falou outra questão que me chamou atenção que foi o fato de se sentir muito aquém dos mais jovens no mercado de trabalho, que já está com 41 anos de idade, que ela é de uma área que se atualiza o tempo todo, que é Tecnologia da Informação, não tem inglês fluente e por isso tudo, se sente “muito atrás” dos mais jovens e se cobra, mas em vez de se matricular em uma escola de inglês disse que entra numa “*turbulência mental*” e não consegue fazer o que tem de ser feito. Esta fala me remeteu tanto a questão da capacidade laborativa, de sentir-se útil e ao mesmo tempo não conseguir fazer o que precisa ser feito, também, relatado pelos demais interlocutores, quanto ao que disse Joaquim, que similarmente se comparou com sua jovem vizinha que é produtiva, faz doutorado e dá aulas.

Lorena, disse que começou a ter crises de *euforia* e referindo-se a esta disse:

“Já estava sem medicamento há dois, três anos. Daí o que começou a acontecer comigo? Comecei a ter crises de *euforia*. E é uma droga muito boa Ligia, não sei se outros *bipolares* vão te dizer isso. O *bipolar* quando está no momento de *euforia* (is-

so tem no site da Abrata) é um êxtase nosso, e você acha que está bem, tudo é bonito, tudo é legal, você acorda feliz, tudo tá bom! Então imagine, você viver nesse estágio...é muito bom, porque tudo tá bom! Tudo é gostoso, parece que tudo tá certo! Nesse estado, não sei se é meu astral, espiritualidade (que sou meio mística), que não sei as pessoas vem comigo e já ficam felizes e tal, então começo a entrar numa dimensão e numa vibração de que tudo é bom! Daí você vai achar que tá surtando? Não, não vai. Mas aprendi na Abrata que não é *normal*. Passei minha vida inteira achando que isso era normal, que era momento de felicidade meu, que eu tava bem, mas passa do limite e é esse passar do limite que ainda não sei qual é, entendeu?”
(grifos meus)

Transcrevi aqui toda sua fala, pois assim é possível ter ideia exata do que ela quer transmitir com a concepção de que a *euforia* é uma *droga* muito boa, porque como se vê, a pessoa se sente tão bem, em um *êxtase* que lhe dá um bem-estar do qual jamais desconfiará ser “anormal” ou que se está fora do “limite”. Senti, em sua fala, o tamanho da frustração ao perceber lá adiante, após *surto*, que na verdade todo aquele estado de *euforia*, alegria, era na verdade indícios de *surto*, crises, ou seja lá qual for a nomeação que queira dar. Senti além da frustração, um certo medo constante em não saber qual esse limite entre a *normalidade* e a *anormalidade*, qual o limite entre uma *alegria normal* e uma *alegria* que está *excedendo* este *limite de normalidade*? Afinal os *bipolares*, quando estão em *euforia* se colocam em situações muitas vezes complicadas que podem ser até mesmo fatais do ponto de vista de arriscar a vida; Lorena falou de um tio e um primo que eram *bipolares* e se meteram onde não deveria e morreram com tiros e, por isso, “que quando você falou que estava fazendo uma pesquisa sobre isso eu quis ajudar! Já pensou se no futuro encontram a cura disso, que beleza?”, disse ela sorrindo. Sobre o início dos *surtos* Lorena fala:

“O surto é do nada, os surtos são do nada! Acho que o segredo é a gente começar a aprender a sinalização do declínio entendeu? Quando começar a acionar tal e tal e tal comportamento, olha... fica esperto. Mas ninguém sabe. O negócio de gastar, de sexo, de beber achava que era tudo eu, até que você vai num lugar que as pessoas têm a mesma *doença* que você...*doença*, nem esse termo eu usava, achava que era *nor-*”

mal. Denominava como um *desequilíbrio*, hoje sei que é uma doença sim. Antes me culpava por ser assim, e achava que a vida que tive na infância e adolescência fizeram com que eu ficasse assim. Não sei se isso tem influência, ninguém sabe”. (grifos meus)

Continuando sua história, Lorena me disse que algo que a incomoda muito, também, é que ela simplesmente “*apaga*” quando está em *surto*, especialmente no último (o que teve após a separação do ex-marido), e que o que se lembra de são “*flashes*”, cenas de, por exemplo, num momento olhar em volta e, de repente, ver tudo no apartamento já encaixotado para fazer mudança, sendo que foi ela mesma quem encaixotou; assim que se separou dele foi para a casa do seu pai e só lembra-se do final do ano, dezembro, sendo que se separou em maio, portanto, foram sete meses em *depressão* e *apagada*. Foi a primeira vez que teve *depressão*, disse. Ela só se lembra do final do ano, porque foi quando estava um pouquinho melhor, e voltou a cozinhar e suas irmãs ficaram felizes porque ela estava todos aqueles meses sem cozinhar e todos amam a sua comida. “Fiquei todo esse tempo sem cozinhar, moro nesse novo apartamento aqui há um mês e só cozinhei três vezes, ainda considero que estou *depressiva*... Então, por isso que falo, essa *doença* acaba com a gente”, disse ela com olhar triste. Contou que a *fase de sua queda* foi logo após a separação e então havia perdido um emprego, então *entrou em choque*, começou a ter uns *pênicos* que nunca tinha tido “minhas pernas tremiam, não conseguia me controlar. Tinha pânico de sair na rua, de muvuca, de responsabilidade... Enfim, de tudo!”, disse ela; depois conseguiu um novo emprego no Rio de Janeiro, onde foi trabalhar com obra de elétrica e civil (obras das Olimpíadas) que era um de seus sonhos, mas não estava bem, até chegou a ir ao psiquiatra lá no Rio de Janeiro, tomou medicamento e tudo mais, entretanto, para o pessoal da obra ela “já estava muito dopada” e foi mandada embora. Assim que perdeu mais esse emprego e depois de estar lutando para tentar “ficar forte”, disse ter voltado para São Paulo e “ter jogado a toalha”: começou a ter ideia de suicídio, desejo de morte; quando isso aconteceu lhe vieram todos seus valores familiares espiritualistas, especialmente os que herdou da mãe que era espírita kardecista, e percebeu que não estava nada bem, pegou o carro e foi ao Pronto Socorro de São Caetano do Sul e entrou para falar com os psiquiatras e disse que ou eles a internavam naquela hora, ou ela iria se matar. Ficou internada cerca de uma semana, dopada de medicamentos e, após sair, fez uma retrospectiva de sua vida e percebeu o quanto tinha perdido tudo, o quanto não lhe restava mais nada. Estava totalmente

deprimida, mas não tinha coragem de se matar. Como sempre, o desejo de morte, o mal-estar da existência sempre pairando as experiências destas pessoas com as quais conversei.

Lorena, também, me falou algo que é próprio de ser mulher nesta sociedade machista em que vivemos; depois de ter feito toda essa retrospectiva olhou a sua volta e, como disse:

“No final das contas acabei me sentindo totalmente fora da sociedade: não tinha mais emprego, não tinha mais escola, não tinha mais marido; parei de frequentar a casa dos amigos casais para tomar vinho; tô solteira com 40 anos... você não sabe o que é isso Ligia!! Você não tem mais o mesmo corpo, por mais que me produza, poucos homens me olham. Então assim depois que surtei eu vi: não tenho mais mãe, não tenho mais emprego, minha única amiga mudou para Atibaia, minhas irmãs tão começando a vida agora, acabaram de casar... tiveram bebê. E não quero atrapalhar. Tinha dia que fumava dois maços de cigarro, tomava uma garrafa de café e ficava com notebook procurando emprego e pensando: o que vai ser de mim? Estou com 40 anos, perdi tudo, não tenho mais nada! A maioria das pessoas que converso lá na Abrata estão desempregadas. Essa doença desgraçada faz a gente perder total a noção da realidade e o pouco da realidade que a gente vive o povo olha e fala é louca. E louca não sou, porque fiz engenharia, estudei... Mas hoje, pergunta se consigo ler um livro? Tem um livro do lado da minha cama lá, mas não consigo ler. Faz um mês que coloquei lá e do jeito que coloquei ficou. (grifos meus)

Nesta fala aparecem muitas faces do sofrimento que tem uma mulher que já se sente fora dos padrões rígidos e violentos que nossa sociedade machista estabelece: juventude, um corpo modelo, um bom emprego, enfim padrões estes que, geram tanta dor, que ao se deparar não se encaixar neles, a pessoa se vê totalmente fora da sociedade, sem lugar, sem “utilidade” e sem perspectivas. Além de tudo isso, carrega experiências de sofrimento emocional que a faz se sentir ainda mais “outsider” ou que a própria *doença* a fez ficar fora da realidade.

Findando nossa conversa ela me disse que acredita que podem ser muitas as causas de sua *doença*, mas acha que foram as perdas, que foram muitas, que a fizeram *surtar* e no período que ficou *deprimida* era só café e cigarro, comia muito pouco. Voltar para casa, para morar sozinha, quando já estava um tanto melhor, depois de morar meses na casa do pai e mais

alguns meses na casa de uma das irmãs e disse que foi tão difícil quanto todo o período *depressivo*, além do medo que sentiu de *surtar* novamente. Antes resistia à medicação, agora percebe que precisa e que os remédios realmente têm efeito, te deixam *equilibrada*. Também recorreu a ajudas espirituais em diversos lugares: candomblé, igreja evangélica, kardecismo, todas ajudaram de alguma forma, mas a que percebeu ter movimentado mais a sua vida foi a umbanda conforme descreveu:

“Descobri um centro de umbanda e comecei a ir toda semana, tiraram uns espíritos que estavam comigo, comecei a acender vela de sete dias toda semana, e banho e não sei o que, e aí foi me dando uma energia que comecei a acordar feliz, voltei a cozinhar, a limpar a casa. Porque antes não fazia nada, no máximo arrumava a cama, minha e da minha sobrinha. Até que fui melhorando, melhorando com os mentores deles lá...” (grifos meus).

Portanto, disse que acredita que o que vivencia é bioquímico, porque afinal os remédios ajudam, mas acha que possa ter algo espiritual também, pelo menos com o que vivenciou após ter ido nesse centro de umbanda.

Valéria – 30 anos de altos e baixos, 30 anos para entender a doença

Valéria foi a segunda mulher com a qual conversei, foi muito solícita ao se voluntariar para a pesquisa, disse que no que pudesse contribuir para que a sociedade entenda melhor e não tenha tanto preconceito com as *doenças mentais*, contribuiria. Nascida em São Paulo capital, continua a morar na mesma cidade, branca, 44 anos de idade, heterossexual, divorciada, tem um filho de 11 anos de idade, é analista de sistemas e trabalha como gerente executiva em uma agência de marketing de relacionamentos, e sua renda mensal é de, aproximadamente, quinze salários-mínimos. Mora com o filho no Jabaquara, zona sul de São Paulo, mesmo bairro em que mora minha mãe e, portanto, marcamos de conversar em uma lanchonete próxima à estação de metrô Jabaquara.

Valéria contou que sempre, desde adolescente tinha um humor mais agressivo, era meio *estourada* com as pessoas e se deixasse até partia para a agressão física mesmo, tinha um *temperamento muito forte*. A *depressão* apareceu, mais marcadamente, em 2010 e descobriu ser *bipolar* há apenas três meses, quando da nossa conversa; e assim que teve o diagnóstico passou a estudar para conseguir entender melhor tudo aquilo que vivenciava. Contou que conforme foi estudando e procurando saber mais sobre a *doença* tudo em sua vida foi fazendo sentido e as situações e sofrimentos que experienciou começaram a se encaixar e, inclusive, descobriu a Abrata fazia poucos dias, quando a encontrei lá e ela se voluntariou a participar da pesquisa. Disse que estava na busca de conhecimento e informação, porque afinal sempre viveu os *altos e baixos* e achava que era “*normal*”, mas de uns tempos para cá, começou a *ficar muito mal* e acabou sendo diagnosticada por um psiquiatra como *bipolar*. Portanto, quer aprender quais são os *gatilhos* para conseguir viver de forma menos sofrida, viver um pouco melhor.

Ela foi contando um pouco do histórico da sua vida e disse que sempre abraçava *um mundo de coisas* para fazer, começava muitas coisas, mas terminava poucas e então, sempre foi muito ativa e não gosta de ficar parada. Tinha *fases de mania* que se sentia a maravilhosa, a poderosa, se envolvia com vários relacionamentos, se enfiava em dívidas, enfim, fazia muitas coisas que julga não serem tão malucas assim, mas que uma *pessoa equilibrada* não faria. Apesar de tudo sempre priorizou os estudos, fez duas faculdades, já está no segundo MBA (*Master Business Administration*), estava fazendo uma outra faculdade junto com o MBA, enfim, disse que suas *fases de mania* são tão *malucas* que ela se compromete com muitas coi-

sas ao mesmo tempo e depois vêm as consequências que eram *esgotamento* e muita *irritabilidade*. Está em um bom emprego, estabilidade financeira, contudo, disse que poderia estar melhor se não fossem algumas dívidas que fez, mas que estas não eram impagáveis. Atualmente consegue olhar para trás e ver que não era ela e sim a *doença* que nem imaginava que tinha, portanto, por viver sempre *no extremo* por se comprometer com muitas coisas, era uma pessoa sempre muito *irritada*, então sempre teve problemas com relacionamentos: família, amizades, casamento, que hoje reconhece que fez da vida dos dois um inferno e seu ex-marido é uma pessoa muito do bem, da paz e teve muita paciência com ela, ficaram casados sete anos e tiveram um filho e se separaram logo após seu nascimento.

Valéria contou que, também, assim como os demais *bipolares*, teve problemas em *comportamentos compulsivos*, no seu caso saía muito para balada, e abusava muito do uso de bebida alcoólica e fazia coisas das quais depois se arrependia muito, e acabava ficando em *depressão*. No ano de 2010 foi uma *depressão* marcante, ficou muito mal, engordou, só queria ficar em casa, mas se deu conta de que algo estava errado porque foi convidada, através de seu emprego, a receber um prêmio em Miami (nos Estados Unidos da América), com tudo pago e simplesmente não ligou, não queria ir. Disse que nunca parou de trabalhar, sempre se forçou a ir, “só que a produtividade não é a mesma, eu nunca cai num *nível de depressão* que me paralisasse, pelo menos assim o trabalho foi uma coisa que nunca deixei de fazer; deixei de fazer as atividades que gosto: por exemplo, malhar, amo academia, adoro sair, conversar com meus amigos, isso larguei, o trabalho não”, disse ela. Nesse *período depressivo* de 2010 foi a primeira vez que procurou um médico e começou a tomar remédio, mas daí logo parou porque se sentiu melhor e achava que dava conta de levar tudo sozinha, “afinal dava conta de tantas coisas por que não daria conta de uma tristeza?” e, além disso, tinha preconceito, pensava: ‘eu tomar remédio? Não sou louca, não preciso disso!’. Parou de tomar a medicação e disse que “foi indo”, de 2010 a 2015 tinha uma *crise* ou outra, ia ao médico tomava remédio e parava, tomava, parava, enfim, e assim foi caminhando; só de 2015 para cá que a coisa ficou mais complicada e passou a fazer mais acompanhamento, mas mesmo assim não levava tão a sério, achava que era uma coisa da fase dos 40 anos e que ia passar, que era uma *depressão* por solidão, de não querer mais ir à balada, só que aí:

“comecei a não querer ir para a balada, não querer sair de casa (de uns dois anos para cá) não queria mais fazer as coisas que gostava, às vezes eu bebia pra passar o fi-

nal de semana inteiro, bebia na sexta (quando meu filho não estava comigo) pra desligar e ligar só na segunda. Era uma fuga, só que aí durante a semana ficava péssima, porque tinha feito aquilo comigo no final de semana”. (grifos meus)

Afirmou que o que a ajudou a não *cair demais* foi ter seu filho e sempre lembrar que é uma criança, que precisa dela, que precisa ser cuidada. Mais recentemente foi em um psiquiatra “*meio maluco*” com uma linha nutricional, que apesar de ser do convênio, ele deu mais atenção e a encaminhou para a terapia. Foi ele quem a diagnosticou com *transtorno bipolar*. Terapia sempre fez, mas assim como a medicação, conforme se sentia melhor ia abandonando, mas dessa última vez leu o relatório da terapeuta e parece que lhe deu um “estalo” e foi então que passou pesquisar e estudar sobre a *doença* e tudo começou a fazer sentido; foi na Abrata e ouviu relato de outras pessoas e começou a entender que todas aquelas situações em que se colocava em risco, em que abusava de álcool, se sentia uma pervertida e sacana com as pessoas, eram na verdade, resultado do *estado eufórico e maníaco da doença*, então toda aquela enorme culpa que carregava e se achava a pior pessoa do mundo, na verdade se explica pela *bipolaridade*, “era uma coisa da doença, não tinha controle! A doença te faz cometer loucuras que você não faria em estado normal”, contou chorando. Na *depressão* só chorava e chorava, e não sabe dizer se era uma punição para si mesma, porque sempre foi ligada no corpo e malhava, mas na *depressão* engordou vinte quilos porque sentia um *vazio* muito grande então comia muito e:

“eu ia me destruindo entendeu? Comia, comia, comia...sentia um vazio que assim se tivesse um monte de alface comeria um monte de alface, se tivesse um monte de qualquer coisa...Era uma coisa maluca, sem controle! Tudo é um exagero quando tô assim, por quê? Porque é o vazio, é uma dor, é uma coisa horrível, e aí você quer preencher aquele vazio de algum jeito. E outra coisa: às vezes pensava assim: ‘ah não tem sentido mais viver, por que estou aqui?’ Aí lembrava do meu filho, que ele precisa de mim, isso é uma coisa forte, e então isso me ajudava muito; outra coisa também, sou espírita kardecista e eu sei o que o suicídio né? Enfim, às vezes olhava pela janela e pensava: ‘e se eu me jogar daqui? Ah e se eu acelerar o carro e bater?’

Daí pensava: ‘não, não...não faz isso que você sabe que vai sofrer lá do outro lado que é muito pior’. Então a religião também ajudou muito!” (grifos meus)

Nesta sua fala Valéria conta algo em comum com os demais, como já vimos, que é o desejo de morte e a questão de a religiosidade lhe ajudar muito, de ser um amparo para que não cometesse suicídio, além de ter um filho que é criança e precisa dela. Outro ponto que destaquei foram os sentimentos que Valéria aponta: *vazio, dor, uma coisa horrível*, todos eles nomeiam e descrevem como se sentia nesses *períodos depressivos*. Algo que disse em comum com os demais foi que *estar em mania* é muito bom, afinal até pouco tempo nem sabia que o que tinha era *bipolaridade*, e como se sentia bem, achava que estava tudo bem. Já a *depressão*:

“te coloca num buraco que você chega a ter dor física, chega a ser física, é uma coisa muito maluca e ninguém entende né, todo mundo acha que você está com frescura. Então não adianta nem você compartilhar com as pessoas, o que é o pior! Lá na Abrata o bom é isso, que as pessoas estão ali como iguais”.

Nesta última fala expressa a frustração de não ser compreendida pelas pessoas no geral, porque a maioria acha que você “está de frescura” e então a Abrata tem o papel importante de agregar “iguais”. Entretanto, disse que precisava dar um tempo dos encontros por lá porque tantas histórias complicadas estavam mexendo muito com ela. Contou que estava ansiosa, pois pediu lá na Associação a indicação de um especialista em *transtorno bipolar*, porque afinal, há pouco descobriu que é isso o que ela tem e, então, quer se cuidar muito bem de agora em diante, entender seus *gatilhos*, continuar a fazer terapia que faz a cognitivo comportamental, que lhe ajuda muito, e também vai no centro espírita tomar passe para se cuidar espiritualmente, porque ajuda em todo o resto, “a gente precisa cuidar de tudo, porque é um conjunto: corpo, espírito, mente”, disse. Fazer exercício físico pesado como “crossfit”, contou que é o que tem de melhor para seu humor, para gerar *serotonina* e pretende continuar a fazer para manter um *nível bom de equilíbrio*.

Conforme disse, seu filho lhe ajudou a ter “o pé um pouco mais no chão”, porque é uma criança que dela depende e então, mesmo quando estava muito mal de *depressão*, se forçava a fazer comida para ele, o levava para escola, mesmo que com “muito peso e me arras-

tando”, disse com lágrimas nos olhos. Na família não tem com quem conversar, sua mãe já é bem idosa e não é para muitas pessoas que pode contar, tem só algumas amigas no trabalho com as quais já conversou mais abertamente.

No final disse que quer continuar a entender melhor a doença e pretende continuar com todos os tratamentos (terapia, psiquiatra, espiritualidade), sem mais paradas como sempre fez.

Por conta dos seus horários de trabalho Valéria não conseguiu ir a nenhum encontro grupal com os demais participantes, e também, como disse que ouvir as histórias das outras pessoas na Abrata lhe estava deixando mal, preferimos respeitar esse seu momento, mas sempre ficou à disposição caso necessitasse de mais alguma conversa ou informação. Como minha mãe mora no mesmo bairro que o dela, gentilmente, me deu uma carona até em casa após terminarmos nosso agradável bate papo.

Ana – a vida nunca mais foi a mesma

Ana, outra pessoa incrível com a qual conversei, é uma mulher de 52 anos de idade, branca, natural de Assis – SP, mora em São Paulo capital há muitos anos, solteira, heterossexual, não tem filhos; engenheira de alimentos formada na UNESP – Universidade Estadual, campus Assis – SP, trabalhou na sua área durante muitos anos, mas está fora do mercado de trabalho desde 2011 devido às suas vivências com a *bipolaridade*, diagnóstico dado pela psiquiatria desde seus 25 anos de idade.

Disse que gosta muito de falar a respeito, que aprende muito indo nos grupos da Abrata e elogiou a iniciativa de fazermos a roda de conversa com os participantes da pesquisa como fizemos. Quando conversamos já havia ocorrido um encontro grupal e ela gostou muito, disse que preferia que as rodas de conversas coletivas ocorressem lá na Abrata mesmo, do que em um espaço público onde qualquer um pode ouvir. Marcou de conversarmos em um café ao lado de sua casa, próximo à estação de metrô Praça da Árvore, zona sul de São Paulo há poucas estações de distância da Santa Cruz, onde se localiza a Abrata.

Iniciou nosso papo dizendo que, naquele dia mesmo, estava verificando as papeladas para entrar com pedido de benefício ou aposentadoria por invalidez no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), pois sua *bipolaridade* atingira um nível de *cronicidade*, que após 11 anos se tratando com o mesmo psiquiatra (que é o que frequenta no momento), ele finalmente havia decidido escrever uma carta que possibilitaria entrar com o pedido de aposentadoria por invalidez, já que ela *oscila* muito. Não é todo *bipolar* que tem direito, disse ela, mas ela estava vendo essa possibilidade. O último emprego foi em 2011, desde então está fora do mercado de trabalho e não consegue retornar, “não tenho ânimo”, disse e “se não fosse minha família, morreria de fome”, completou com o olhar triste.

Teve sua primeira crise quando tinha 25 anos de idade, estava no último ano de graduação em engenharia de alimentos, “foi quando meu mundo caiu”, afirmou. Ana contou que sua vida, após a primeira crise nunca mais foi a mesma, “a vida de um *bipolar*, claro que cada um tem a sua, mas pelo menos a minha foi: nunca parar em bons empregos, nunca ter ânimo para nada, problemas em relacionamentos...”, disse ela. Muitos dizem que têm comportamentos que são da personalidade de cada um, mas Ana disse que escuta as histórias na Abrata e se identifica muito, “os comportamentos são iguais, então acho que é *bipolaridade* sim” e deu alguns exemplos que já lhe ocorreram: entra em *crise* e gasta um monte de dinheiro, tem *crise*

psicótica e imagina que as pessoas vão lhe fazer mal e/ou pensa *maluquices*, tem *alucinação*, enfim comportamentos muitos parecidos e no final das contas, é como ela disse: “o mundo do *bipolar* (não é que quero me vitimizar), mas é um *mundo paralelo*”. Ana comentou “gostar” da *fase da mania*, porque “*você se sente a tal*”, disse sorrindo, “mas daí faz um monte de besteira e depois vem a *conta*: faturas de cartão altíssimas, você precisa ficar pedindo desculpas para as pessoas o resto do ano ou o resto da vida; você briga com Deus e o mundo. E aí depois vem a *depressão*... Nossa, é a *maior dor do mundo*, é aquela *dor lascada*”, contou.

Continuando sua história falou sobre iniciar algo e não terminar, ou mesmo ter o ímpeto de querer fazer algo e desistir antes mesmo de iniciar, como foi com o curso de gastronomia que estava fazendo à época de nosso bate papo: sua família (irmã e mãe, com as quais mora) disse para que não se matriculasse porque provavelmente, como de costume, não terminaria o tal curso; se sentiu diminuída pela família, falou que não acreditavam nela, mas no final das contas, quando faltava uma semana para o início do curso, só de pensar em comida, panelas e tudo mais, começou a entrar em pânico e tentou pedir seu dinheiro de volta, mas já não era possível. Fez o curso “*arrastada*”, quando conversamos faltavam apenas três aulas para terminar e confessou: “não vejo a hora de acabar, não aguento mais! Fiz obrigada, senão o pessoal de casa me mata!”. Disse que, apesar de tudo, estava sendo bom, porque geralmente fica muito *ociosa*, e isso a tem incomodado bastante nos últimos tempos, antes não ligava de não ter nada que fazer, mas, falou que:

“de uns tempos para cá comecei a refletir sobre isso e olho as pessoas: elas vem aqui no café, todo mundo é *produtivo*, toma um café e do café vai trabalhar, vai para algum lugar fazer algo e eu fico aqui por horas... Então comecei a pensar nisso... Mas no final das contas a realidade é que não tenho vontade de fazer nada! Tirando a minha terapia que faço duas vezes por semana há anos, a Abrata que gosto de ir, tomar café da manhã...nem de almoçar gosto muito. Se você me perguntar o que gosto de fazer...eu não tenho prazer em nada! (grifos meus)

Portanto, Ana é mais uma, a relatar problemas com produtividade, ociosidade, o que está diretamente conectado ao sentir-se capaz de algo, sentir-se útil, ter ânimo para fazer as coisas, ou seja, sentimentos estes, comumente, relacionados ao *estado depressivo*. O mesmo

se reflete em vários âmbitos da vida, inclusive no afetivo. Ana disse que no início de relacionamentos amorosos geralmente se empolga, se dedica, entretanto, com o tempo logo desanima, tudo fica *pesado*, às vezes o simples fato de ter que ligar ou falar com a pessoa, com a qual está se relacionando naquele momento, vira um *peso* e não vê a hora de terminar a relação e desabafou: “Tudo para mim se remete a *culpa, sufoco, só sentimentos pesados e negativos*. Vejo a minha irmã resolver um assunto em cinco minutos e penso que eu demoraria dias... Tem um monte de coisa que me enrolo, que fico em dúvida se devo fazer ou não e fico só no pensamento...”. Ao ficar somente no pensamento, tocou em outro ponto que foi, inclusive, relatado pelos demais participantes que é o fato de ter o *pensamento muito acelerado* e se alguém está falando com ela acaba que não consegue se concentrar no que lhe falam e, assim, não entende nada do que a outra pessoa quer lhe dizer e completou dizendo que *é uma loucura*, não tem como levar uma *vida normal, é muito difícil* e, por isso, que os *bipolares* têm de falar sobre isso com as pessoas que convive, pois assim entenderão melhor o que lhes acontece, “as *maluquices* que fazemos e falamos”, disse rindo e dessa forma, mais informadas, as pessoas podem até não compreender o que de fato acontece, mas ficam mais “*tolerantes*”, veem com outros olhos, diferente seria se nada soubessem e deu como exemplo as moças que trabalham naquele café em que conversamos, contou que são suas amigas e disse: “elas sabem que tenho, ainda bem que são amigas porque o que já aprontei por aqui e elas toleraram...”. Enfatizou que obviamente, não é para todo mundo que sai falando, é preciso “falar para as pessoas certas, as mais íntimas e no momento certo, mas precisa falar, porque faz diferença: porque a gente faz *besteira*, dá umas *pisadas*... Não somos *monstros*, mas somos *diferentes*, temos *particularidades* que as pessoas têm que saber, porque é tudo muito *intenso!*”, contou Ana. Deu seu exemplo: quando está em *surto* apaga todo mundo de suas redes sociais, apronta “pra caramba”, briga com muita gente, e o “carão para voltar depois?”, disse ela rindo. Contou, inclusive, que “*mela*” relacionamentos, porque às vezes a relação está ótima, e do nada *surta*, e “dá uma *patada*”, por exemplo. Portanto, ela quis enfatizar que como *bipolar* lida com muitas situações que fogem ao seu controle e, por isso, é importante que pessoas mais íntimas saibam que muitos daqueles comportamentos são devido à *doença*.

Outro ponto importante de sua fala é que relatou ter passado por muitos médicos, quando da sua primeira *crise* aos 25 anos de idade, e também, teve que tomar diferentes remédios até acertarem o que mais estivesse de acordo com seu caso e organismo. Foi “*muito difícil, muito sofrido*, e minha *bipolaridade* não é das mais simples”, disse ela. Semelhante-

mente as outras pessoas, também, disse ter diversos *gatilhos*: morte de um ente querido, brigas com família e/ou amigos e companheiros de relacionamentos afetivos. No início de 2017, por exemplo, teve uma de suas piores crises, contou; seu pai faleceu, o que foi um gatilho, e um tempo depois entrou em uma *crise* que foi muito difícil, “tive um *surto psicótico*”, disse. Tem muito medo dos *gatilhos* e o que faz é se proteger, ou ao menos tenta se proteger de possíveis *gatilhos*. Transcrevi inteiramente sua fala abaixo, pois julguei importante para reflexão:

“A gente tem que aprender a se proteger. As minhas crises de mania, psicose são muito fortes, e a minha depressão é na mesma proporção, é muito forte. Tenho a impressão que fiquei uns 10 anos na cama, uns 15 anos e não me lembro de nada. Por isso que se fala que a *depressão do bipolar é fogo*, e é viu? A depressão olha....vou te falar....tem hora que penso que preferia ter nascido numa família que não tem nada, sem dinheiro, mas sem nenhuma doença. E preconceito que tem? Muita gente acha que é frescura. O problema da psicose é que se eu cismar que você é uma assassina, pronto, vou acreditar nisso e vou falar isso sério para todo mundo. Ou mesmo cismar com alguém, cismar que você é uma chata, que você tá fazendo intriga, enfim, eu faço uma *confusão danada!* Já coloquei uma pessoa pra fora desse café porque cisme com ela... Eu fiz um escândalo. Você cria um monte de problema, um monte de confusão...E eu nem lembro, lembro pouca coisa. Tem algumas coisas que lembro e outras não, às vezes lembro só quando as pessoas me contam”. (grifos meus)

Ana expressa, em sua descrição, diversos sentimentos, situações e experiências em comum com os outros *bipolares* e *depressivos* desta pesquisa: são sentimentos e experiências muito dolorosas e difíceis para quem os vivencia, assim como o são para quem convive com estes que vivenciam; por isso Ana fala que é preciso “aprender a se proteger”, porque sabe que experienciar tudo isso dói muito e gera consequências com as quais é preciso lidar, além do preconceito que é comumente relatado. Outra questão é o *esquecimento* dos fatos ocorridos durante os *surtos de mania/euforia* ou mesmo nos longos *períodos depressivos*. Portanto, considerando tudo isso, ela chegou a conclusão que a sua vida “nunca mais foi a mesma”, inclusive, no quesito amizades e relacionamentos: se afastou de muitas pessoas, rompeu diversos

laços; no quesito profissional: trabalhou 18 anos em sua área mas perdeu muitos empregos, diversas boas oportunidades por brigar com chefes, pela própria *bipolaridade* mesmo, nunca ficou mais que dois anos no mesmo emprego. Contou que *oscila* muito também, têm *episódios mistos*, de *euforia/mania* e *depressão* ao mesmo tempo e, é por isso, que não consegue se manter em um trabalho, “infelizmente, a minha *bipolaridade* é *complexa*, mudou muito a minha vida e tenho que conviver com ela”, disse. Ela também contou que foi noiva e desmanchou “de última hora” o noivado e concluiu:

“Parece que sempre chego num limite, chego ali na beira, daí volto pra trás, pulo fora... Acho que me sinto pressionada, mas provavelmente por coisas que eu mesmo crio. É assim: noivado, amizades, empregos tudo assim, se mantenho algumas coisas pode ter certeza que são as pessoas que mantém comigo e não eu...Não mantenho nada por muito tempo”. (grifos meus)

Resumidamente, disse que teve esta primeira *crise* aos 25 anos de idade, foi diagnosticada e teve tantas outras já ao longo de todos estes anos, inclusive contou que ficou “*estável*” por cerca de uns três anos após a primeira, e quando entrou no mestrado, na UFSCar – Universidade Federal de São Carlos, teve outra *crise* e logo saiu, não teve condições de dar continuidade ao curso, completou: “oscilo muito, acho que o maior tempo que fiquei sem ter crise foi uns cinco anos”.

Quanto ao tratamento disse que é uma das únicas coisas na qual consegue se manter: toma remédio de forma regrada e vai à psicóloga duas vezes na semana, pois tem plena consciência de que o que tem é *grave*, afinal é “muita *instabilidade*”. Nunca buscou outros tipos de tratamento, ou mesmo religião (se declarou católica) para se cuidar nesse sentido, acredita que a *doença* é *biológica, genética* (acredita que seu pai era *bipolar*, pois era muito *estranho*, mas não foi diagnosticado) e tem a ver com o contexto familiar, que no seu caso sempre foi muito conturbado.

Ana comentou algo diferente, que nenhuma outra pessoa comentou: desenvolveu alguns “tiques” que vem e vão, variam de acordo com seu estado emocional, como por exemplo, jogar o corpo para um só lado, balançar as pernas, tremer e “é tudo psíquico”, enfatizou. Outra coisa diferente da maioria das pessoas com as quais conversei, é que a única menção que fez sobre *desejo de morte* ou *suicídio*, foi quando tomou uma medicação que a fez come-

çar a ter, o que os médicos chamam de *surto de suicídio*, e via o metrô vindo em cima dela, escutava vozes pedindo que se jogasse embaixo do metrô e sentia vontade de se matar.

Finalizou nosso bate papo dizendo que o que a incomoda muito é depender financeiramente da família, “me sinto muito mal, tudo tem que dar satisfação”, disse. Antes não se importava muito com isso, mas recentemente isso tem pesado mais e por isso decidiu entrar com o pedido de aposentadoria por invalidez, afinal *oscila* muito e não vê outra saída. Sua família pouco conversa sobre sua *bipolaridade* e não procuram se informar. Disse, também, que para ela a “*depressão é a morte*”, pois não consegue fazer nada, não sai de casa, só chora e que sempre teve distúrbio alimentar em suas crises: ou emagrecia demais, chegou a pesar 49 quilos, ou engordava demais, em uma das vezes chegou aos 100 quilos.

Rafaela – entre altos e baixos

Rafaela foi a mulher mais jovem que conversei, com 25 anos de idade, branca, natural de Aparecida de Goiânia – GO, mora em São Paulo capital há alguns anos, sempre trabalhou na área administrativa, tem ensino médio completo, pansexual, solteira, não tem filhos e quando conversamos estava desempregada, recebendo seguro-desemprego e em busca de novo emprego. Morava com sua namorada em uma casa alugada, na região do bairro Santo Amaro, zona sul de São Paulo.

Diagnosticada recentemente pela psiquiatria como *bipolar*, Rafaela teve uma infância difícil, pois seu pai era muito violento com sua mãe por conta de ter *transtorno bipolar*, algo que veio saber somente depois de mais velha. Sempre sofreu muito bullying tanto fora como dentro de casa, especialmente de sua mãe, que não a aceitava porque sempre esteve fora dos padrões sociais impostos de corpo e beleza. Disse com a voz trêmula e os olhos cheios de lágrimas que a mãe sempre a comparava com as primas dizendo que elas eram boas e ela não, que ela era gorda e precisava emagrecer, enfim, sofreu muita violência psicológica e isso a deixava muito *agitada*, *angustiada* e a fez ser uma criança que sempre se isolava, tendia a ficar solitária. Os pais sempre brigavam muito na frente dela e do irmão que é um pouco mais novo, inclusive chegou a ter *insônia infantil* dada a situação de violência de sua casa. Por volta de seus 12 anos de idade sua mãe resolveu sair de casa, com ela e seu irmão, e foi refazer a vida longe do seu pai. Depois de certo tempo, de uma mãe companheira e amiga, passou a ficar *agressiva* e *distante* assim que arranjou um namorado. As brigas com a mãe eram constantes, que vivia dizendo que se ela continuasse gorda não compraria mais roupa nenhuma para ela. Quando fez 15 anos a mãe a expulsou de casa e ela foi morar com o pai, que apesar de ter sido violento com a mãe na sua infância, a acolheu e a tratou muito bem. Só que quando foi morar com seu pai teve sua primeira *crise depressiva* e foi se *afundando* cada vez mais, chegou a tentar suicídio quando foi passear com o pai e a madrasta em uma represa da cidade onde morava: se jogou do alto da represa, mas conseguiu ser salva por um guarda-vidas do local. Depois desse acontecimento seu pai marcou uma consulta psicológica, mas ela não falava nada para a psicóloga. Nesse período estava muito mal: não levantava da cama, não comia direito, não tomava banho e não dormia. Seu pai tentou ajudá-la, mas ela negou toda a ajuda que ele dava. Não sabe ao certo se a mãe soube do ocorrido, mas na época inventou uma história para que Rafaela voltasse a morar com ela. Essa foi sua primeira tentativa de sui-

cídio, no período de férias escolares. Quando voltaram as aulas, ela foi normalmente à escola, mas não se sentia bem, ainda estava *depressiva* e como tinha alguns amigos que frequentavam uma igreja evangélica passou a ir também. A igreja a ajudou muito a sair desse “buraco profundo” que não tinha nem consciência do que era na época. A igreja promovia vários eventos e ela foi se movimentando, “*matando o tempo*” e ajudou a entender que fé é importante. Entretanto, depois, começou a perceber que os valores da igreja iam contra seus próprios valores, inclusive sua sexualidade. Então, parou de frequentar, arranjou primeiro um emprego, começou a fazer pré-vestibular e trabalhava ao mesmo tempo para poder pagar seu cursinho.

A mãe de Rafaela continuou a maltratá-la, dizia sempre que tinha de emagrecer e queria inclusive, interferir em qual curso de faculdade entraria; de tanto pressioná-la com a ideia de emagrecer, acabou desenvolvendo bulimia e então comia e vomitava para não engordar. Rafaela, com esse ambiente doméstico violento desde a infância, sempre teve o ideal de que quando fizesse 18 anos de idade sairia da casa dos pais e iria para bem longe e fez de tudo para que isso acontecesse: estudava muito, mas tinha muita dificuldade de aprendizagem, de concentração e tudo mais. Esforçou-se bastante, conseguiu passar em um vestibular do Instituto Federal de Goiânia no curso de tecnologia de saneamento básico. Em sua família foi um grande impacto, pois era a primeira pessoa a conseguir ingressar na universidade. Entretanto, se sentia muito mal fazendo o curso, porque não conseguia acompanhar as disciplinas e com a dificuldade de aprendizado, cursou apenas o primeiro ano e decidiu desistir, porque estava com todas as disciplinas reprovadas; com isso foi se sentindo cada vez mais *para baixo* e começou a acreditar que *não servia para nada* nem para trabalhar, nem para estudar, nem boa filha era já que sua mãe sempre lhe dizia isso.

Rafaela, aos 18 anos, acabou criando um relacionamento falso com um amigo de São Paulo que é homossexual e foi, “meio fugida”, morar com a família dele que tinha uma empresa em casa. A família dele a acolheu muito bem, a tratou como filha, inclusive trabalhou na empresa deles e aos poucos foi se descobrindo mulher, foi se descobrindo a pessoa quem era, passou a gostar de si mesma, “*saiu do armário*” e acredita que teve sua primeira *fase de mania mais* ou menos nesse período, pois trabalhava e ia para baladas, virava a noite e depois ia trabalhar e se sentia muito bem com isso; relatou, também, uma compulsão em gastar, o dinheiro nunca parava na sua mão: gastava nas baladas, comprava muitas roupas e sapatos, tinha sensação de que era toda poderosa e que podia fazer tudo. Disse que se arrepende de não ter guardado dinheiro e, de repente, ter se estruturado, mas valeu as experiências que teve nes-

se período, além do mais, não tinha nem ideia que estava em *mania*, apenas agora consegue enxergar tudo isso como comportamentos que teve devido à *mania*. Depois de dois anos morando em São Paulo, decidiu voltar para a casa de sua mãe em Goiás, o que não foi uma ideia muito boa, porque sua mãe não aceitava sua sexualidade nem seu irmão, o que a levou sair da casa da mãe novamente e ir morar com a namorada. Chegou inclusive a morar em Campinas com a namorada, período em que ficou estável por um tempo, mas logo após ser demitida de um emprego, caiu em novo *período depressivo profundo*, *ficou muito mal*: não tomava banho, não trocava de roupa, mal comia e acabou perdendo 20 kg. Quando seu relacionamento acabou chegou a tentar suicídio novamente tomando medicamentos, mas foi salva a tempo e não ficou com sequelas.

As questões que atravessam a história de Rafaela são tipicamente violências cometidas contra o gênero feminino que perpassam desde a ditadura de um corpo “perfeito” e padrão, até a liberdade de exercer sua sexualidade. Tais violências, infelizmente, ainda são mantidas por nossa sociedade e disseminadas nos ambientes domésticos, de trabalho e inclusive, nos ambientes escolares. Somado a tudo isso Rafaela ainda apresenta as vivências de sofrimento da *bipolaridade*, diagnóstico este que comentou ainda não estar fechado, quando conversamos, que na verdade sua psiquiatra ainda estava chegando a algumas conclusões para então fechar um diagnóstico mais preciso. Apesar de quase tudo indicar que tem *transtorno bipolar*, havia apenas algumas outras características, se não me falha a memória, que podiam indicar talvez um *transtorno de personalidade*. Tive oportunidade de conversar com ela na vez em que foi no encontro grupal com as demais pessoas da pesquisa, mas ao que tudo indica seu diagnóstico foi esse mesmo de *bipolaridade*. Na verdade a precisão de seu diagnóstico não é o mais importante aqui, mas sim demonstrar mais uma vez a fluidez e a subjetividade diagnóstica, algo pouco mencionado na maioria das consultas médicas psiquiátricas.

Após alguns dias de nossa conversa chegamos a trocar mensagens pelo celular e ela disse que não se sentia bem, que estava na busca por emprego e estava se desentendendo com a atual namorada. Quanto a tratamento fazia terapia, ia à Abrata e tomava os medicamentos, mas como estava no início de novo tratamento medicamentoso estava passando por um momento muito complicado e doloroso.

Roberta – sobre sua essência triste

Roberta foi a décima terceira pessoa que consegui como voluntária para a pesquisa. Ela já não frequentava a Abrata fazia um tempo, mas manteve o círculo de amizades, como por exemplo, o Júlio que foi quem falou para ela da pesquisa, fazendo-a interessar-se em participar, o que foi muito gentil de sua parte. Marcou comigo no Parque da Aclimação, bairro em que mora com a mãe, região centro-oeste de São Paulo. Diagnosticada pela psiquiatria somente com *depressão*, é uma mulher branca de 42 anos de idade, natural de São Paulo – SP, solteira, heterossexual, fez até o ensino médio e cursos técnicos, trabalhou na área administrativa por alguns anos, mas depois partiu para o ramo alimentício, em que vende doces e pratos típicos da culinária italiana, os quais aprendeu com sua mãe, que é descendente de italianos; por ser autônoma não tem uma renda fixa por mês, mas disse que em torno de um pouco mais que um salário-mínimo, que costuma ser mais garantido por mês, e falou que quando não *está bem* acaba não conseguindo trabalhar muito e, por isso, fez uma reserva econômica com a qual consegue pagar as contas quando de suas *crises depressivas*.

Roberta me disse que parou de ir à Abrata justamente porque sentia falta de haver “um grupo mais fixo”, assim como fizemos com as conversas coletivas com os participantes da pesquisa (das quais falarei mais adiante); afirmou que na Abrata a cada GAM que se vai durante a semana, o público varia muito, e:

“vem gente com as mesmas perguntas, gente que tá descobrindo a doença agora, e então varia muito as pessoas de semana para semana, os grupos se dispersam muito ali. Eu já sou antiga na doença (risos) o que eles querem saber já sei. Então sinto falta disso ali na Abrata, de um grupo mais fixo, como se fosse uma terapia de grupo mesmo”.

Roberta disse que sempre se sentiu *fora do ninho* em relação às outras pessoas, até mesmo em relação às suas irmãs que estudaram e conseguiram passar em concursos públicos, cargos estes que sempre almejou por ter estabilidade, mas acabou não conseguindo. Inclusive uma das *crises de depressão* que teve foi em 2010, quando estava estudando muito para passar em um concurso público, tinha praticamente certeza que passaria e acabou se demitindo de

um emprego (uma ONG que gostava de trabalhar) onde estava há nove anos, para poder se dedicar aos estudos e passar neste concurso, entretanto, acabou não passando; prestou mais outros dois na sequência, mas, percebeu que as provas eram tão difíceis que mesmo que estudassem o dia inteiro, todos os dias, não passaria. Quando olhou à sua volta e não tinha mais emprego e que não passaria em nenhuma das três provas dos concursos, “entrei numa *depressão ferrada*, acho que foi a pior que tive, só queria ficar na cama”, disse. Contou que um de seus *gatilhos* para as *crises depressivas* são *finais de algum ciclo*: término de relacionamentos, demissão de algum emprego, enfim situações deste tipo em que geralmente logo após acaba *caindo em depressão*. Tem o diagnóstico desde o ano de 2000 e toma medicação desde então, já teve “a péssima ideia de parar por conta própria, porque achei que estava ótima e entrei numas *depressões* terríveis. Então, essa lição já aprendi: não paro mais por conta própria o tratamento”, disse sorrindo. Acredita que desde criança sempre foi *estranha*, muito *introvertida*, *não socializava* com as outras crianças, “tudo para mim era um bicho de sete cabeças”, quando tinha uns 7 ou 8 anos de idade já tinha *crises de ansiedade* em vésperas de provas, início das aulas ou final de ano e sempre foi de *se cobrar muito*. Disse que quem não a conhece ou não tem nenhum diagnóstico assim como eu (Ligia), olha para ela e fala: “nossa, você parece tão tranquila, seu jeito de falar é tão calmo, você tá sempre sorridente...” ao que afirmou ser uma máscara, porque dentro dela é *acelerada* “pra caramba”, o “pensamento é a mil” e muitas vezes chega no final do dia e está exausta:

“acho que de vestir aquela máscara o dia inteiro e não deixar as outras pessoas perceberem que você está em crise, ou que você está mal, principalmente quando estava trabalhando...” Nossa, eu ficava assim a noite exausta, exausta!! Era um desprendimento de energia assim, não ficava cansada fisicamente, mas mentalmente”. (grifos meus)

Ela conta, inclusive, que percebe que tem uma *essência triste*, que não sabe explicar muito bem como é, mas é uma *tristeza permanente*, “não é por um acontecimento determinado ou grave ou alguma coisa assim, posso estar num ambiente cheio de gente, mas me sinto sozinha”, disse ela, e quando está em um relacionamento acaba por transferir a responsabilidade de fazê-la feliz para o outro com quem está se relacionando. Tudo isso passou a enxergar

após anos fazendo terapia, disse que já fez hipnose com regressão e nada adiantou, *terapia junguiana*, mas atualmente se trata com uma psicóloga que é da linha *cognitivo comportamental*, com a qual se dá melhor. Já aprendeu muito sobre si, o que tem de fazer para ficar melhor, mas conforme disse: “a dificuldade é em fazer. Então sei tudo o que preciso, aonde tenho que focar, o problema é fazer... ‘vamos embora, vai fazer!’ E acho que acabo jogando isso, de protelar as coisas, no: ‘ah é porque sou depressiva; ah tenho dificuldade em tal coisa é por causa de depressão...Acabo jogando um pouco nela né?” (grifos meus)

Outra coisa que também contou é que seu maior *gatilho* são as *perdas*, seja a morte de alguma pessoa querida, seja um emprego, um namorado... Quando da morte de sua avó e de seu pai (que morreram próximos um do outro, apenas 13 dias de diferença) ela ficou muito mal; disse que não consegue não *afundar* com as *perdas*, percebe que está *entrando na crise* por conta de *situações de perdas*, mas não consegue conter *aquilo* e acaba *afundando*. Na família acredita que a mãe tem alguma coisa, mas não tem um diagnóstico fechado, entretanto, contou que a mãe é muito *negativa*, *não sai de casa*, se *apavora* quando estamos na rua imaginando que *algo de ruim* vai nos acontecer, enfim, é muito negativa. Inclusive, quando teve que iniciar tratamento psiquiátrico teve muita resistência, pois desde pequena via a mãe ir ao psiquiatra, tomar medicamentos, ficar *dopada* e *não melhorar* e ela não queria *isso* para si, mas depois acabou aceitando e toma medicamento há muitos anos.

Roberta contou que sua primeira *crise* foi quando tinha 17 anos de idade, quando estava terminando o curso técnico e o estágio que fazia no horto florestal. Então foram muitas *despedidas*: não ficaria mais naquele emprego, não haveria mais a escola, nem amigos e se sentiu muito perdida. Nessa primeira *crise* disse que sua irmã a levou numa psicóloga que a tratou com florais, acupuntura e conseguiu trabalhar, avançar e ficar um tanto melhor, mas não teve um diagnóstico desde então. Após um ano e meio foi demitida e teve outra *crise*, acha que foi em 1995 e mais uma em 1996 e não sabia como lidar com isso, já estava sem a psicóloga e falou que suas *crises* são *arrastadas*, demoram a passar. Então, essa *crise* se arrastou até 1997 e quando sua irmã, que sempre a ajudou, levou-a em outra psicóloga que lhe disse que tinha um *quadro depressivo* e pediu para que procurasse um psiquiatra, momento esse em que foi relutante, pois como disse, sempre viu sua mãe ir a médicos psiquiatras e nunca melhorar, mas acabou aceitando aos poucos. Nas crises disse que não conseguia fazer praticamente nada, não falava com ninguém, não saía de casa, só ficava consigo mesma e seus problemas. Em 1999 foi quando piorou muito, pois trabalhou com sua irmã num emprego

“freelancer” e quando acabou não achava emprego, não conseguia engrenar em outras coisas e ficou muito mal, só chorava, não queria sair de casa, e como disse: “parece que você tem um pano, uma venda na sua frente e você não consegue enxergar nada de bom!”. Foi então quando encontrou uma psicóloga em um centro espírita que, além de terapia, faziam tratamento espiritual e, a partir disto, conseguiu alavancar e se sentir melhor, mas começou a namorar e quando acabou *caiu* novamente. Comentou que foram muitos *altos e baixos* até o ano de 2000 e depois melhorou: começou a trabalhar na ONG que era voluntária. Ficou estável de 2000 até 2010, só teve uma crise em 2007 quando se deu “alta” dos medicamentos e logo em seguida ocorreu a morte de seu pai e de sua avó. Depois só teve outra *crise* em 2013 quando, também, terminou um relacionamento amoroso longo e desde então foram *altos e baixos*. Inclusive seu namorado ficou *depressivo* por estar desempregado e ela tentou ajudar, mas não conseguiu, se sentiu *impotente* e foi por isso que a relação terminou.

Mora com mãe e isso é um problema para ela porque se culpa de nunca ter conseguido ir morar sozinha, além de acreditar que acaba se contaminando um pouco pela *negatividade* da mãe. Ademais, por estar sempre *oscilando* e não conseguir estar *produtiva* sempre, se cobra, porque não consegue se manter financeiramente sozinha e depende da complementação da renda da mãe e de uma das irmãs. Portanto, a questão da produtividade pega bastante para ela e disse que por não é independente *não se sente completa*, “como vou me sentir *completa* se não me mantenho?”, disse.

Um ponto importante que relatou que sempre teve problema para dormir depois que a *depressão* apareceu em sua vida. Chegou a tomar rivotril por 10 anos, mas a sua médica atual cortou, porque disse que este remédio traz muito prejuízo, e colocou outra medicação no lugar. O *desejo de morte* também apareceu em sua fala e que por ser espírita kardecista nunca tentou *suicídio*, mas durante as *crises* tinha pensamentos de: ‘nossa acordei viva, por quê?’, contou que acha que a vida de todo mundo tem mais significado que a dela, porque sente muito mal-estar em estar viva quando está em *crise*. Agora está um pouco mais *estável*, mas mesmo com a medicação não deixou de ser *ansiosa*, de ter *pensamentos acelerados* e pela manhã diz que é muito difícil, pouco consegue estar *produtiva*. Quanto a conversar com a família diz que fala pouco, porque a maioria não entende, ninguém fala abertamente sobre o assunto e isso foi outro ponto em comum com os demais interlocutores. Roberta tem medo da *solidão*, porque acredita que as irmãs farão suas vidas, e ela vai “ficar para trás”, sozinha, não vai casar, não vai ter filhos e acaba tendo receio de sua velhice. Algo que a incomoda

muito é que suas irmãs dizem que ela tem que lutar, ser forte e dessa forma, ouvindo isso, ela fica triste, se sente cobrada, porque nessas suas falas, é quase como que dizer que ela não estava lutando para sair daquela situação de sofrimento. Portanto, o desconhecimento da situação, do real sofrimento de quem está *deprimido*, leva as pessoas do entorno, muitas vezes, a terem preconceito ou falarem coisas que mais atrapalham e colocam para baixo aquela que tanto já está sofrendo e lutando para sair daquela situação.

Quanto à religiosidade disse que é kardecista há muitos anos, mas estava frequentando um centro umbandista que andava lhe ajudando muito e acha que o tratamento espiritual faz muita diferença. Terminamos nosso papo falando um pouco sobre a minha história. Ela foi às rodas de conversa duas vezes, mas desmarcou outras porque não estava bem.

Vitória – da menina que adorava o silêncio à mulher que escutava vozes

Vitória, como escolheu ser chamada, foi a última pessoa (nem por isso menos importante) com a qual tive um bate papo individual. Tentamos marcar antes, outras vezes, mas houve dia que, por motivos de trabalho, teve que desmarcar, ou por não estar se sentindo bem, enfim, diversos acontecimentos que acabaram por fazer que nossa conversa se realizasse, inclusive, posteriormente aos encontros grupais que fizemos na Abrata, o que em um primeiro momento me pareceu que Vitória só conseguiu se soltar de fato e confiar, após ir a mais de uma roda de conversa e me conhecer um pouco melhor. Digo isto não como crítica e sim, apenas, a título de curiosidade, um detalhe que julguei importante compartilhar com o leitor. Ela tem 51 anos de idade, se declarou como parda, é natural de São Paulo – SP, mas seus pais são paraibanos que migraram para São Paulo há muitos anos, é divorciada, heterossexual, tem um filho de 11 anos, formou-se como técnica de enfermagem, trabalhou bastante tempo na área e quando conversamos estava trabalhando como operadora de telemarketing, com uma renda mensal de um salário-mínimo e disse ter muita vontade de voltar para a área de enfermagem. Kursou também, por um tempo, ciências sociais, curso que afirmou ter gostado muito. Tanto a enfermagem quanto o curso de ciências sociais foram deixados por conta de *crises de bipolaridade*, diagnóstico dado pela psiquiatria desde 2011, logo após sua primeira *crise* que ocorrera final de 2010.

Vitória contou um pouco sua história de vida: vem de uma família de um casal de paraibanos que tiveram 10 filhos. Disse que sempre teve uma grande paixão por livros, desde muito pequena, mesmo seus pais não sendo alfabetizados, tudo que aprendera de história e política foi com seu pai que viveu a época da ditadura militar brasileira e costumeiramente lhe contava muitas histórias. Conforme me disse, gostava muito de ler, mas como era uma casa onde havia muitos irmãos, dificilmente conseguia ler em casa com tranquilidade e sempre gostou muito do silêncio para ler e estudar e então o que fazia? “Eu ia estudar no cemitério, porque lá ninguém fazia barulho. Olha como eu era esquisita desde criança!”, contou rindo. E continuou: disse que sempre foi uma criança muito independente, que sempre falava que ao completar 18 anos de idade moraria sozinha, adorava a solidão e “então ia para o cemitério ouvir o silêncio”, disse. Por volta dos 15 anos de idade começou a estudar em um colégio católico, dos jesuítas e foi lá que fez teatro e se soltou mais, pois sempre foi muito tímida; lá também fez um curso de secretariado e, logo em seu primeiro ano do ensino médio, teve seu

primeiro emprego como recepcionista e então trabalhava de manhã e estudava à noite. Depois deste emprego teve outros tantos como secretária e trabalhou nesse ramo durante muitos anos: 18 anos, só parou quando teve filho. Quando completou 20 anos de idade realizou o sonho de ir morar sozinha e conta que foi maravilhoso; quando estava com 20 e poucos anos se casou, e após sete anos casada teve seu filho e, ela e o ex-marido, decidiram morar no interior, em Atibaia. Nesse período em que teve o filho acabou por perder o elo com o mercado de trabalho para se dedicar a sua criação e, mesmo ele crescendo mais um pouco, não voltou a trabalhar, porque como explicou:

“Você tem filho, você fica velha pro mercado de trabalho, eles não querem saber de você, acham que você perdeu tudo, né? Então, quando meu filho fez de 6 para 7 anos, eu me separei e voltei para São Paulo com a ajuda de uma amiga minha. Daí não voltei a trabalhar, voltei a morar sozinha, eu e meu filho.” (grifos meus)

Esta fala de Vitória mostra um dilema vivido por muitas mulheres, por isso achei importante destacar, pois ainda hoje as mulheres sofrem preconceito no mercado de trabalho especialmente quando têm filho e passam a ser “menos interessantes” ao mercado de trabalho que exige do profissional dedicação exclusiva e não quer arcar com despesas como licença maternidade, nem faltas médicas de mães que se ausentam para conseguir cuidar dos filhos que ficam doentes, por exemplo. Continuando sua história, contou outro problema que é bastante vivenciado por mulheres divorciadas com filhos: o pai, quando seu filho tinha por volta dos 11 anos de idade, decidiu pedir a guarda do menino, porque não queria mais pagar pensão por achar que ela estava utilizando o dinheiro da pensão para gastos somente dela, sendo que na verdade ela usava para pagar contas fixas e aluguel, afinal quem estava no dia a dia com o filho era ela, ou “eu teria que pagar aluguel para ele morar sozinho?”, disse ela ironicamente e completou:

“Não tirava nada da pensão pra mim, nem pra roupa, mas homem acha que você gasta tudo, mesmo que você comprove! Comprovei perante o juiz o que era de escola... Porque o meu filho assim, nunca tirei nada dele, mantive o padrão dele: comia o que ele queria, ia em festinha da escola, ia no cinema ou teatro, ele ia não sei o que... Teve uma infância legal, não tirei nada dele! Nem curso de inglês, fala inglês

fluyente, já foi pra fora, visitou vários países, tirou aquele certificado de inglês pra fazer intercâmbio.” (grifos meus)

Como se não bastasse estar desempregada porque o mercado de trabalho não absorve a mão de obra feminina que tem filho como já exemplificamos acima, a mulher muitas vezes sofre outros preconceitos e dificuldades, como relatado por Vitória no trecho que transcrevi acima. Dificilmente, se fosse o contrário (o pai recebendo pensão do filho), não haveria o estereótipo e pré-conceito que existe sobre a mulher divorciada, de enxergá-la como aquela que gasta toda a pensão do filho com “futilidades” para si mesma. Tentou voltar para a profissão do secretariado, mas não foi absorvida pelo mercado, pois além do preconceito por estar mais velha e ter filho, foi uma profissão que foi sumindo, porque com o advento da informática, os computadores passaram a fazer boa parte do trabalho que faziam várias secretárias e então precisava de apenas uma pessoa para coordenar todo o serviço. Sem muitas alternativas, ficou pensativa sobre o que fazer e uma amiga lhe ofereceu dinheiro para pagar um curso de técnica em enfermagem e foi o que fez. Inclusive o ex-marido achava que estava usando a pensão do filho para pagar o curso, por mais que dissesse que não estava. Durante o curso começou a fazer os estágios e seu ritmo de vida foi ficando cada vez mais acelerado e sua irmã muitas vezes lhe ajudava buscando seu filho na escola, pois muitas vezes estava fazendo estágio superlonge e até atravessar São Paulo para ir buscar o filho na escola, era uma grande correria. No ano de 2006 começou a trabalhar na casa da AIDS (sigla em inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome, ou em português, Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) do Hospital das clínicas de São Paulo e seus horários não coincidiam com os do filho e tinha que deixar umas “marmitinhas” prontas para ele e este passou a pagar uma perua para levá-lo à escola. Sua vida foi ficando cada vez mais corrida, afinal a profissão de enfermeira é muito intensa, desgastante, com horários malucos e como “não quis brigar”, acabou perdendo a guarda do filho. Na verdade o filho estava por volta dos onze anos de idade e disse que seu pai estava lhe convidando para morar com ele e ela ponderou: ‘poxa, aqui morávamos numa kit net, com o pai ele teria o quarto sozinho e tudo mais’, enfim, percebeu que o filho queria ir; afinal o pai já havia retirado parte da pensão que pagava ao filho, estava muito pesado para ela financeiramente e pensou que materialmente seu filho ficaria melhor com o pai, pois não queria tirar nada do filho: escola, passeios, estilo de vida. “Pensei: não quero que ele passe as mesmas

necessidades que passei”, ela disse com os olhos cheios de lágrimas e sabia que se o menino continuasse com ela, o pai não lhe daria nada.

O tempo foi passando, estava num ritmo de trabalho muito intenso, mudou de casa muitas vezes seja porque o aluguel estava caro, seja porque os proprietários pediam o imóvel, depois voltou a morar com os pais, enfim, muitas mudanças em um curto espaço de tempo e o trabalho a consumia muito: houve vezes que seu filho ligava dizendo que ficaria uns dias com ela e tinha que dizer a ele para não vir, porque tinha sido escalada para o plantão; havia almoços que marcava com ela e ele tinha que esperar, pois ela ficava “presa” em alguma emergência com pacientes. Enfim situações que a foram desgastando e a deixando em conflito, porque parecia que estava deixando o filho em segundo plano, mas não era bem isso, era porque o trabalho era muito puxado e muitas vezes até imprevisível. Percebeu que o estava perdendo, pois trabalhava de enfermeira e, também, iniciou a graduação em ciências sociais, “eu amava o curso”, disse sorrindo e continuou: “E trabalhando de enfermeira e fazendo ciências sociais! Loucura! Olha que loucura que fiz!”. Contou que tinha dia que chegava do trabalho e fazia as leituras do curso e dormia lendo, acordava atrasada, saía correndo para o trabalho e foi bem nessa época que mudou muito de casa, começou a acordar com a perna inchada, disse que já não estava muito boa nesse período, afinal com um ritmo de vida tão intenso e acelerado, alguma hora ficaria doente. “Estava trabalhando que nem uma louca!”, disse e conforme contou:

“Hoje eu penso, não sei se você acredita, mas alguém lá em cima (apontando pro céu) me parou, porque eu tava assim...minha perna estava inchada, um médico me falou assim: filha você está com trombose, tem que ir no vascular. Um dia cheguei com tudo vermelho, cheio de placa, daí um colega correu para me aplicar um cortisol senão ia ter um choque anafilático. Ele injetou e foi sumindo as placas vermelhas. E ele falou: você precisa se cuidar! Foi então que me transferiram para o setor de esterilização de materiais cirúrgicos...Eu detestava aquele lugar! Detestei! Esterilizava pinça, montava caixa, trabalho muito mecânico, e eu gosto de gente, de correria... Disseram que me mandaram pra lá pra eu desinchar um pouco, diminuir o meu ritmo...” (grifos meus)

Transcrevi mais este trecho da fala de Vitória justamente para refletirmos sobre o quanto o trabalho intenso e exaustivo pode afetar a nossa saúde, tanto física quanto mental, pois conforme ela continuou a contar, foi “aí que tudo aconteceu”: já estava quase um ano trabalhando nesse setor de esterilização de materiais, estava super infeliz, “aí um belo dia estava fazendo um blog de política e eu comecei a instigar todo mundo a pensar, e todo mundo foi ficando enfurecido...” e foi então que:

*“É aquela coisa de energia: parecia que aquele lugar tinha virado uma bolha de energia assim em cima de mim; na hora que eu entrava no lugar eu sentia essa *repulsa* assim sabe? Era eu e umas 5 pessoas, então imagina a *energia* dessas pessoas? Até que um dia cheguei no lugar e tava todo mundo de frente pra mim, todo mundo me olhando e foi a primeira vez que escutei a voz que me disse: você precisa sair daqui agora! E eu disse assim: como assim preciso sair daqui agora? Eu respondendo pra voz e eu tinha noção que se continuasse respondendo *a voz, as outras pessoas iam achar que eu tava louca...então assim eu tinha uma noção e ao mesmo tempo não, até porque a voz era natural pra mim,* era como se tivesse alguém do meu lado falando. E a voz dizia: você precisa pedir demissão. Daí eu não podia falar né, então respondia em pensamento: como assim pedir demissão? Tá louco? Vou viver do que? Vou comer o que? Como vou pagar minhas contas? E a voz: não, você precisa pedir demissão daqui senão vai morrer de trombose e AVC. E aí lembrei da trombose né? Fazia quase um ano, mas não estava mais inchada, tava até andando de bicicleta, tava morando na Vila Mariana, lugar que gostava muito e logo depois a proprietária pediu a casa.” (grifos meus)*

O trecho acima é de uma riqueza de detalhes que decidi transcrever, também, para que se possa ter ideia da dimensão das dificuldades pelas quais passa uma pessoa que está em *surto*, tendo *alucinações*, vendo e ouvindo coisas que estão ali acontecendo como qualquer outra coisa “naturalmente” acontece. Nesta fala, inclusive, Vitória expressa a questão *energética* em que acredita, disse que é espírita kardecista e acredita nas *energias* que circulam nos ambientes. Em um primeiro momento ficou receosa que eu tivesse um olhar apenas científico para

tudo, mas quando revelei que também acredito, ela se sentiu mais legitimada para revelar suas crenças e outras formas de entender o que lhe acontece. Contou que se passaram uns dois dias e ela já não aguentava mais aquelas vozes falando na sua cabeça, e “falando e falando”. Isso por volta do Natal, final de 2010, ela trabalhou. Depois de um tempo logo se mudou para um novo apartamento, em Taboão da Serra (sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo). Passou o Ano Novo sozinha nesse apartamento, começou a ter uma hemorragia intensa, muita dor de cabeça. O ano novo começou e ligou para sua chefe, dizendo que não tinha condições de voltar, que precisava de “cinco dias de banco” (de folga) e apesar de contrariada a chefe cedeu, ou melhor, teve que ceder pois Vitória disse: “já acabei com minha vida dentro desse hospital, eu mereço 5 dias de banco”. Após os cinco dias de folga, voltou e pediu demissão. O que mais a espantou nisso tudo é que ninguém, nem chefe, nem colegas de trabalho vieram lhe perguntar se estava tudo bem com ela, o porquê estava pedindo demissão, simplesmente ninguém percebeu que ela estava mal, que estava em *surto psicótico*. E disse indignada:

“Ninguém, nem uma única vez, perguntou se eu estava passando bem ou não, nem minha chefe, nem perguntou se eu precisava ir pro prédio de ambulatórios, ou para o Instituto de Psiquiatria, nem perguntou o que eu estava sentindo...Você entendeu como você é uma merda humana? Porque eu tinha 4 anos de Incor, não tinha acabado de entrar, todo mundo me conhecia ali...e ninguém estranhou meu comportamento e o fato de eu pedir demissão sem mais nem menos?” (grifos meus)

De fato é muito espantoso toda essa situação: estar cercada por profissionais da saúde e nem sequer uma pessoa lhe perguntar o que está acontecendo, se sente mal ou enfim, demonstrar qualquer preocupação e cuidado para com uma colega de trabalho. Realmente é alarmante esse tipo de postura por parte de pessoas formadas para cuidar de vidas humanas. Enfim, Vitória contou que não se lembra exatamente da ordem dos fatos, mas que dormiu por cerca de uma semana após ter se demitido, disse que nem comer comia, era só dormir. A hemorragia passou, a trombose melhorou, mas *as vozes* e as conversas com elas eram constantes. Segundo ela, pediu demissão porque *as vozes* lhe prometeram que iriam ajudá-la a alavancar o blog e, dessa forma, conseguiria dinheiro. Disse que conversava o tempo todo com elas, como se de fato estivesse alguém com ela ali no mesmo ambiente e contou: “e tudo o que passava na TV tinha a ver com minha vida; eu olhava pra TV e falava: ‘olha aquilo era

pra mim, aquele outro é pra mim’, tudo era pra mim! É muito doido! Absolutamente tudo, até as músicas tinham a ver com a minha vida”. Portanto, quando em *surto*, tinha *autorreferenciamento*; outro comportamento era o de “adivinhar” as coisas, “era como se eu fosse *vidente*”, disse rindo, aconteciam coisas que já sabia que aconteceriam, até nome de novela que estreou depois ela já sabia o nome bem antes. Foram muitos e muitos meses desse jeito, e seu filho não tinha ideia do que lhe estava acontecendo. Devia ter passado quase um ano e ela estava assim, dessa maneira, vivia conversando com as vozes, comia muito mal, ia para a faculdade de ciências sociais e como já estava sem emprego há um tempo seu dinheiro foi acabando e parou de pagar a faculdade. Durante seu *surto* arranjou confusão dentro da faculdade, “fiz um fuzuê lá dentro”, disse rindo, e então eles não me deixaram mais entrar. Infelizmente não conseguiu terminar o curso, ficou faltando um ano para acabar. Contou que ia e voltava de bicicleta para a faculdade, “andava quase 50 quilômetros por dia! Surtadíssima! Era super veloz, cheguei a ficar com 44 quilos nessa época”, disse rindo de si mesma; como o curso era à noite, a aula terminava tarde e ela voltava de bicicleta, chegava em casa muitas vezes já eram duas, três horas da manhã e nesse período, *surtada*, não dormia, tinha muita insônia. Falou que foram cerca de oito meses dessa maneira: *surtada*, sem comer e sem dormir direito. As vozes a mandaram destruir todos seus aparelhos eletromagnéticos, pois lhe contaram que havia *espíritos do mal* tentando se comunicar por estes aparelhos, então ela pegou um martelo e quebrou celular, computador e televisão. Portanto, seu filho não conseguia nem se comunicar, porque já não tinha mais celular.

A cada fato narrado por ela ia ficando cada vez mais claro a gravidade de um *surto psicótico*, pois ele leva a pessoa a se arriscar em muitas situações, como, por exemplo, quando andava cinquenta quilômetros de bicicleta, atravessava rodovia, contou que muitas vezes fechava ônibus, xingava pessoas no trânsito e portanto, arriscou sua vida diversas vezes. O ápice foi quando *as vozes* pediram para que colocasse fogo no apartamento: relutou em um primeiro instante, porque disse “a eles” que não queria se matar botando fogo no apartamento e, além do mais, não era dela, como botaria fogo em algo que não era seu? No final das contas botou fogo na sala, foi para o quarto para fugir da fumaça e abriu a janela. Pouco tempo depois os bombeiros chegaram. “Não morri por Deus, porque não era a hora”, contou rindo de sua trágica situação. O dono do apartamento também foi acionado e foi até lá, estava enfurecido porque há meses tentava encontrá-la, já que ela não estava nem pagando o aluguel durante esses meses todos em que estava *em surto*, mas nunca conseguiu achá-la em casa quando ia

até lá, nem conseguia contato, afinal estava sem celular já que o tinha quebrado. Neste dia ele a expulsou do apartamento e não a deixou entrar nem para pegar suas coisas, de tão irado que estava. Vitória dormiu na rua, foi lá no dia seguinte e nada de alguém abrir para ela. Conseguiu quebrar a porta com uma pedra e pegou dois livros seus e foi embora e me disse que mesmo *surtada*, a única coisa que pensou em salvar foram livros.

Contou que “Hoje, estudando o espiritismo, vejo que estava sob obsessão de espíritos, encontro muita explicação de tudo o que vivi nos livros de espiritismo”. Após o ocorrido do apartamento, foi descalça, a pé até a casa da sua mãe. Chegou lá nesse estado e disse que dormiu por muito tempo também e acredita que foi então que entrou na *fase depressiva*: sua rotina era comer, não tomava muito banho, e dormia muito; nesse período voltou a fumar e fumava muito, ficou *agressiva e irritadiça* também. A família não entendia o que ela tinha. Contou que sua mãe disse para sua irmã mais nova: ‘deixa ela quieta, ela está *doente*, a gente não sabe o que fazer’. Um irmão mais velho entrou em contato com o filho de Vitória e decidiu tomar a frente e interná-la compulsoriamente. Ela não queria, “mas foi necessário”, disse. Foi primeiramente para um hospital e depois encaminhada a uma clínica onde ficou internada por dois meses, lhe deram um medicamento do qual teve todos os efeitos colaterais e mesmo assim continuaram a lhe receitar. Saiu da clínica porque uma de suas irmãs a tirou de lá e a levou para casa dela; contou que como estava medicada, disse que começou a se lembrar de tudo o que tinha feito e a se perguntar: “meu Deus como pude pedir demissão do Hospital das Clínicas? O que vou fazer da minha vida?”. Entre a casa de sua mãe e irmã foi um ano e as “fichas foram caindo” e foi ficando *deprimida*. Continuou tomando a medicação após ter saído da clínica, mas disse que passava muito mal com o remédio e precisava de uma consulta psiquiátrica para mudar a sua medicação. Tentou retorno pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do SUS, mas a consulta demoraria dois meses e naquele estado não poderia esperar, foi então que decidiu parar com o remédio por conta própria e ficou sem tomar nada, mas ficou bem, inclusive arranhou emprego na área de telemarketing e trabalhou nos anos de 2013, 2014 e na metade de 2015 teve novo *surto*, novamente *escutando vozes*, nova internação e várias experiências inclusive espirituais, as quais consegue achar explicação no espiritismo. Disse que apesar de conseguir trabalhar nesses três anos “normalmente”, falou que estava bem entre muitas aspas, porque ela não era mais aquela mulher que conhecia, “percebi que não era eu”, porque estava muito *apática, pacata* e não gostava de si estando dessa forma. Acredita que não tenha tido a *fase depressiva* propriamente dita, porque *tristeza* mesmo não ti-

nha muito, mas tinha muito sono e dormia muito. Uma das coisas que descobriu tendo essa segunda *crise* foi que um dos seus *gatilhos* é o excesso de trabalho, o *estresse*, pois nesse novo emprego de telemarketing ficou trabalhando dois anos inteiros, sem férias. Além disso, foi sempre muito “ligada nos 220”, como disse, e outro forte *gatilho* que teve foram as diversas perdas: perda do filho, perda do emprego. Entretanto, só conseguiu entender isso e observar após ter melhorado, porque tanto no primeiro, quanto no segundo *surto*, a seu ver, foram repentinos e somente depois foi capaz de compreender e entender estes *gatilhos*. Vitória disse que parece que ficou “segurando”, aguentando todo esse tempo anterior aos *surtos*, “aturando” o *estresse*, a *pressão* e as *perdas* e chegou uma hora que explodiu, e quando explodiu, foi de uma só vez: *surto psicótico*.

Vitória destacou, inclusive, em uma das reuniões em grupo, que as narrativas de seus *surtos*, as vozes que ouvia sempre tinham a ver com conhecimentos que tinha, geralmente conhecimentos históricos, pois escutava vozes de judeus, romanos, como no primeiro *surto*, em que escutava a voz do político Carlos Marighella, escutava passos como se tivesse alguém andando de botinas militares, enfim, eram conhecimentos que teve lendo livros, disse ela; eram histórias que conhecia e que no surto formavam narrativas que não lhe pareciam nem um pouco *absurdas*. Apenas após melhorar foi que começou a lembrar dos fatos, e entendeu que as coisas que fazia, as narrativas que lhe passavam na cabeça eram *absurdas* e faziam parte do *surto* mesmo. Falou, também, que atualmente, consegue lembrar-se de quase tudo o que aconteceu e estabelecer uma linearidade dos fatos, diferentemente de Lorena, por exemplo, e de alguns outros participantes que disseram que apagam da memória praticamente tudo o que aconteceu durante os *surtos*.

Enfim, uma história de muita força, resiliência e que nos coloca a refletir o quão importante é sabermos a respeito desse tipo de experiência com *surto psicótico*, já que a pessoa fica “fora de si” e se coloca em situações-limite. Atualmente Vitória ri da própria história, porque, como me disse: “hoje olho e acho engraçado, mas foi muita *loucura*! Perdi muita coisa, poderia ter morrido em várias situações” e quando fala do filho ao passo que se orgulha, sente pesar por ter que lidar, ainda tão novo, com situações tão pesadas. Disse também, que sentiu muita vontade de pedir perdão para o dono do apartamento e explicar que tinha sido tudo pelo *surto*, mas quando foi pensar em falar com ele, descobriu que tinha falecido há pouco tempo. Quando da nossa conversa, estava em tratamento psiquiátrico com medicamentos, estável e, também, tomava passes espíritas como uma forma de tratamento alternativo e estu-

da muito o espiritismo kardecista para conseguir ressignificar tudo aquilo que já vivenciou como *bipolar*.

Rodas de conversa/bate-papos coletivos

Realizei com os participantes desta pesquisa, além das conversas individuais, três rodas de conversas coletivas todas na Abrata, que gentilmente cedeu o espaço para nós. Notei que todos ficaram muito interessados em participar destes encontros, especialmente após o bate papo individual que já havia feito com a maioria, só um ou outro que conversou comigo individualmente depois. Estavam muito ansiosos para saber como seria, se eu faria os encontros coletivos de forma parecida com os GAMs ou seria diferente. Como de costume me coloquei muito próxima a eles, me coloquei como “igual” e disse que assim como as conversas individuais a ideia era deixá-los livres para falar, afinal eles seriam ali os protagonistas e ninguém melhor que eles para definirem qual seriam os assuntos a serem debatidos a cada encontro. Obviamente que a presença de todos os participantes em todos os encontros coletivos não foi possível, pois cada um tem seus compromissos e horários, e, portanto, as rodas de conversa tiveram presença flutuante e variável, o que deixou cada um dos encontros com características próprias variando tanto pelas pessoas presentes quanto pelo estado de cada um em cada dia, inclusive o meu.

No primeiro encontro foram nove participantes e comigo totalizou dez pessoas: Aníbal, Joaquim, Júlio, Lorena (que trouxe um amigo, que não estava participando da pesquisa, mas foi muito bem recebido por todos), Rafaela, Ana, Marcos Paulo e Vitória. Foi interessante, pois umas pessoas que estavam confirmadas de ir não foram, como no caso de José, que acabou não indo pois teve um imprevisto no trabalho e ficou trabalhando até mais tarde e outras que não deram certeza acabaram indo como a Vitória e Rafaela, além do convidado especial da Lorena, que pelo que me disse tem *depressão*. Notei que desde as conversas individuais que apesar de todas as dificuldades e “altos e baixos” que cada um passa, todos eles se mostraram muito animados para o encontro grupal, inclusive teve mais de uma pessoa que comentou assim: “nossa, nem parece que somos *depressivos, bipolares*, olha a animação desse grupo, olha a animação de fulano de tal”.

Disse a eles que não precisávamos fazer exatamente igual se faz em um GAM (Grupo de Apoio Mútuo) como são feitos comumente pela Abrata. Eles decidiram algumas temáticas principais que gostariam de compartilhar no grupo justamente para haver troca de experiências e ajudar uns aos outros: Rafaela levantou a questão de ser diagnosticada há muito pouco tempo como bipolar (antes era somente depressão e déficit de atenção), estava recém-saída de

uma crise de mania, e queria saber dos demais, especialmente os que têm mais tempo de doença como lidavam com os gatilhos, quais eram eles, como fazer para percebê-los; o segundo tema levantado foi por Júlio e Joaquim que falaram da questão da dificuldade em fazer as coisas, especialmente, na *fase depressiva da bipolaridade*. A partir destes dois temas a conversa fluiu naturalmente e cada um foi falando individualmente, foi pedindo a vez para falar e colocando seu ponto de vista a partir de suas experiências individuais e foram debatendo e trocando. Foi extremamente rico o encontro, tanto pelo fato de algumas pessoas nunca terem se encontrado e se conhecerem ali naquele momento, quanto pelas trocas que foram muito frutíferas. Os homens sempre surpreendendo, falaram bastante, expondo-se e trocando ideias muito interessantes. Quanto aos *gatilhos* e o perceber-se a caminho do *surto* foi bastante debatido, inclusive Vitória contou que atualmente consegue perceber *indícios* (*irritabilidade exacerbada*) de que não está ficando bem e *gatilhos* que lhe levaram ou levam a *surtar* e contrapondo, Lorena, assim como Rafaela disse que não consegue, ainda, reconhecer os *indícios*, se perceber no caminho de *surtar* e de *não ficar bem*, e *gatilhos* tão claramente e precisa se vigiar muito. Lorena, inclusive falou que é bastante comum nos GAMs que já frequentou, aparecer esta temática porque a maioria das pessoas não conseguem se perceber.

Quanto à questão da dificuldade em fazer as coisas, ter iniciativa, foi atrelada a esta a questão do recomeço, como é para um bipolar/depressivo recomeçar a sua vida após uma crise, um surto, enfim, questão esta colocada por Lorena. As colocações sobre isso foram muito interessantes também: Joaquim disse que não volta “nunca” a ser como antes, é muito mais difícil retomar a vida após passar por este tipo de experiência, alguns concordaram, outros disseram que voltam sim, mas óbvio que nunca se volta igual após passar por qualquer experiência, mas que de fato é difícil esse recomeço. Muitas questões foram surgindo ao longo do bate-papo, inclusive o fato de alguns psiquiatras e psicólogos que já tenham se consultado, relatarem que pacientes seus, muitos usaram drogas na juventude, e os surtos, alguns, são devido a estas drogas. Entretanto, são casos e casos, Vitória inclusive se manifestou dizendo que o caso dela não era esse, que não usou *drogas, mas, mesmo assim, surtou*.

Resumidamente as trocas foram muito frutíferas, as temáticas muitas coincidiram com as relatadas nas conversas individuais, mas em grupo percebi que elas adquiriram ainda mais força, foram muito debatidas, algumas causaram polêmicas e falas atravessadas, mas no geral fluíram muito bem e percebi o respeito e a curiosidade que uns estavam em relação aos outros, especialmente sobre como cada um fazia nesta ou naquela situação, situações típicas e

difíceis para a maioria, como no caso os *gatilhos*, como percebê-los e como lidar com eles, a dificuldade em fazer as coisas, os *recomeços* após *crises de mania/euforia* ou *depressivas*, entre tantos outros. Outro tema muito falado nas conversas individuais e que ocorreu neste primeiro bate-papo coletivo (colocado por Aníbal) foi a questão da dificuldade em saber o que lhe é próprio da personalidade ou é próprio da doença.

O grupo foi tão proveitoso que ninguém queria ir embora, mas precisávamos terminar, pois estava ficando tarde, muitos estavam cansados, pois foram para lá direto do trabalho e a recepcionista ficava também até determinado horário. A nossa demora foi previamente prevista pela Íris, a facilitadora de GAMs e voluntária da Abrata, que fez esse meio de campo e negociação comigo desde o início e foi muito solícita e aberta, e permitiu que, mesmo após a recepcionista ir embora, poderíamos continuar lá desde que deixássemos a chave no local combinado. Ficamos um tanto a mais do horário, mas não nos estendemos tanto, pois ficou tarde e muitos trabalhariam no dia seguinte e bateu fome em todo mundo. Todos gostaram muito da roda de conversa e me pediram para criar um grupo de WhatsApp para facilitar a comunicação coletiva. Criei o grupo conforme me pediram e foi muito divertido ver a o quanto se divertiram naquele encontro e continuaram a falar dele pela rede social. Adicionei no grupo todos os participantes da pesquisa e assim tivemos mais um canal de comunicação e troca.

Percebi que os encontros grupais deram um outro tom à pesquisa. As pessoas se sentiram ainda mais acolhidas e criou um laço mais forte entre mim e eles. Inclusive, algo que demonstrou ainda mais a empolgação de estarmos juntos após sairmos da roda de conversa, foi quando a maioria propôs que fôssemos comer em algum lugar ali perto todos juntos. Nem todos puderam ir, alguns por questões de dinheiro e outros porque estavam cansados. Fomos a um restaurante ali próximo e nos divertimos muito, conversamos bastante e compartilhamos esse momento da comensalidade. Muitos deles comentaram que sentiam falta de algo do tipo da Abrata: um grupo mais fixo, que tivesse essa “liga” como teve o nosso logo “de cara”. A satisfação em estar junto, compartilhar suas experiências foi tão grande que conforme manifestaram isso no grupo de WhatsApp, os que não puderam ir nesse primeiro encontro, ficaram curiosos e interessados em ir no próximo, que marcamos na semana seguinte. O grupo de WhatsApp também proporcionou a comunicação rápida e conversa contínua, tornando-se mais um ponto de apoio mútuo em que foi possível compartilhar desabafos, trocar algumas experiências e formas de entender aquilo que se estava passando naquele momento, como por

exemplo, Lorena que um dia perguntou para o grupo se alguém já havia amanhecido super feliz e ao longo do dia foi ficando com uma tristeza muito grande, pensamentos pessimistas, “fui lá pra baixo”, disse ela. Rapidamente Aníbal lhe respondeu dizendo que isso poderia ser o que chamam de “ciclagem rápida” (ir de um extremo ao outro em um curto espaço de tempo) ou poderia ser também, “episódios mistos” (depressão com mania tudo ao mesmo tempo); Joaquim também disse que isso, também, estava acontecendo com ele, e que ela ficasse tranquila que passa. Portanto, logo se vê que a troca de experiências pôde ser expandida através do grupo da rede social e intensificou o laço entre eles.

No segundo encontro também houve aqueles que confirmaram presença, mas tiveram imprevistos e avisaram que não viriam como, por exemplo, Marcos Paulo, Vitória, Rafaela e José, que avisou que não estava se sentindo bem para ir ao encontro. Lorena já havia me avisado que não conseguiria vir. Foram neste dia: Tomás e sua namorada, Júlio, Aníbal, Joaquim e eu. Novamente houve um entrosamento muito bom entre as pessoas e debatemos diversos temas. Inclusive senti que nesta segunda vez me cobraram a postura de intervir mais assim como fazem as facilitadoras e facilitadores nos GAMs no sentido de coordenar melhor o tempo de fala de cada um, pois algumas pessoas acabaram falando mais e cortando a ordem de fala de alguns. Por esse motivo a roda de conversa durou quase duas horas e pouco, uns quarenta minutos a mais que a primeira que durou uma hora e meia. Tentei não interferir muito, sempre no intuito de deixá-los à vontade, mas teve alguns momentos que tive de “advogar” apenas para garantir a ordem democrática de fala. Portanto, diversos momentos me cobraram a postura de facilitadora.

As temáticas, neste segundo encontro, foram as mais diversas, como por exemplo, a sexualidade, tema proposto por Aníbal que, inclusive, comentou sobre isso no restaurante após o primeiro encontro. Aníbal falou deste tema, muito interessante, que está ligado diretamente à medicação que alguns *bipolares* e *depressivos* utilizam, as quais diversas vezes acabam por inibir a libido ou mesmo acarretar disfunções físicas, “às vezes você até tem libido e consegue se animar com o assunto, mas a sua cabeça faz com que o corpo fique travado”, disse. Ele comentou ainda que leu uma reportagem que falava que alguns antipsicóticos são verdadeiros “castradores químicos”. Joaquim propôs que falássemos a respeito de outro efeito colateral dos remédios, especialmente o lítio, comumente utilizado pelos *bipolares*: a compulsão alimentar, a fome insaciável que sentem, o fato de nunca se saciarem com apenas uma salada, o sempre ter que comer muito. Tomás propôs que falássemos sobre o “corpo mole”, que

é aquela dificuldade imensa que “depressivos” têm em fazer as coisas e que é visto por muitas pessoas, até mesmo por eles mesmos, como “corpo mole”. Ou seja, disse que tem dificuldade muitas vezes em saber se aquilo de fato é *sintomático da depressão* ou se está tão habituado a não conseguir fazer nada que simplesmente continua a não fazer. “Até que ponto estou doente ou só estou atendendo a uma tendência minha em não fazer nada”, disse Tomás sorrindo. Joaquim comentou que a diferença é que a mania, o início dela, dá uma sensação gostosa, mas a depressão já é ruim desde o início. Júlio concordou e complementou dizendo a *depressão* você a percebe já no primeiro dia que está com um mal-estar, não quer levantar da cama e a *mania* não, você está de bem com a vida, convida todo mundo para sair, e está tudo muito bem, tudo é gostoso. Júlio compartilhou a mesma angústia de Tomás e disse que o tempo todo se questiona a respeito do não conseguir fazer as coisas: “até onde na verdade é corpo mole meu ou até onde é mesmo por conta da doença que não consigo fazer determinada coisa?”, desabafou e falou que pensa assim: “e se eu tentar?”, e então tenta, vê que de fato não está conseguindo e acaba ficando irritado, mas caso não tente também se irrita por não tentar e, portanto, vira esse ciclo vicioso. Tomás concordou e disse que realmente é muito difícil de perceber e entender “ah até aqui é corpo mole mesmo e aqui começa a *depressão*. Dá impressão às vezes que tudo o que a gente faz é *doença*.”. Joaquim falou que realmente a falta de vontade de fazer as coisas realmente é muito difícil e as pessoas não entendem acham que é *frescura* e até mesmo os médicos psiquiatras que falam para irmos fazer caminhada que assim passa. Por isso acha muito importante esta pesquisa, para pessoas entenderem que o que sentem, não é corpo mole, não é preguiça, nem *frescura*.

A partir destas temáticas foram trocando suas experiências e debatendo entre si. Novamente foi muito proveitoso e quiseram sair para comermos junto o que estreitou ainda mais nossa relação. O interessante é que algumas pessoas que não vieram no primeiro encontro vieram no segundo como Tomás e sua namorada.

Todos estavam muito ansiosos para o terceiro encontro, que aconteceu com um intervalo maior de tempo após o segundo, quase duas semanas depois. Minha ideia inicialmente era fazer pelo menos quatro encontros coletivos, mas como meu tempo começou a ficar apertado, pois logo qualificaria (dezembro de 2017), precisei priorizar e me focar para escrever a qualificação. Portanto, acabamos fazendo apenas três encontros coletivos. Interessante pontuar que os homens, mais uma vez surpreendendo, foram muito assíduos às rodas de conversa, especialmente Aníbal, Joaquim e Júlio, que foram a todos e por eles faríamos muitos outros.

Neste terceiro encontro foram: Aníbal, Ana, Roberta (que ainda não havia ido a nenhum porque ela foi uma voluntária que consegui bem depois), Júlio, Joaquim, Estrela cadente (que também ainda não havia vindo em nenhum encontro), Lorena e Vitória. Não conseguiram vir em nenhuma roda de conversa apenas Valéria, que como comentei não estava nem indo na Abrata porque escutar as histórias de outras pessoas estava lhe fazendo mal e José que teve imprevistos no trabalho e outras vezes não estava se sentindo bem. Conforme disse, essa flutuação de pessoas nos encontros coletivos e algumas que vieram em todos, fez com que cada um fosse único, teve cada um deles sua dinâmica e característica própria. Esta última roda de conversa foi muito boa também, começamos conversando com leveza, e aos poucos cada um foi contando experiências suas. Começaram falando um pouco sobre remédios e efeitos colaterais, como o lítio, que no caso de Vitória teve muitos efeitos dele, inclusive incontinência urinária, também, engordou e passou a ter que tomar o hormônio T4 já que ele leva ao hipotireoidismo; Aníbal comentou que também toma o T4 devido ao uso de medicamentos para a bipolaridade que ocasionam essa deficiência no organismo. Depois falaram dos episódios de mania com surto psicótico e Estrela cadente resolveu expor seu caso também que havia surtado a última vez em 2007 e estava estável inclusive quando da conversa individual que tive com ele e um pouco tempo depois surtou, inclusive mandou uma mensagem no grupo de WhatsApp que fez todos se preocuparem e perceberem que estava em surto, e ficara internado mais uma vez. Entre o último surto e o penúltimo foi um espaço de tempo de 10 anos pois o último havia sido em 2007 e este posterior a nossa conversa foi em 2017. Estrela comentou que de cinco gotas de haldol que estava tomando (aliás, comentou isso quando conversamos eu e ele), após o último surto, o mais recente, aumentaram para treze gotas e introduziram outros medicamentos, como por exemplo, o ácido valpróico. Aníbal comentou que chegou a tomar três mil miligramas deste último quando estava numa fase muito ruim e Vitória disse que desde o seu primeiro surto sempre lhe receitavam este também além do risperidona que depois de muito sofrer seus efeitos, afinal com ele “eu parecia um cachorro louco: babava, ficava tonta...”, disse rindo, substituíram pelo lítio e na primeira semana que tomou este já ficou muito bem.

Roberta que não tinha vindo em nenhum encontro, ainda, introduziu a temática de estar ou não estável, perguntou para o grupo se eles ficam ou já ficaram estáveis e disse que no seu caso nunca conheceu isso de estar estável, está sempre oscilando. Vitória disse que está estável; Aníbal disse que oscila também, mesmo que medicado, mas é menos intenso; Ana

comentou que esteve alguns anos estabilizada, mas que ultimamente tem oscilado muito, e mesmo com muitos medicamentos. Estrela cadente disse que estar estável tem muito do contexto de vida e tem a ver com o padrão de normalidade da sociedade que é conseguir levantar para trabalhar, fazer as coisas e tudo mais e que no caso de Aníbal, por estar aposentado, há um contexto diferente, o que Vitória complementou que mesmo tendo um trabalho estressante que é o telemarketing, conseguiu se estabilizar. Todos entraram no consenso que o meio externo, o contexto influencia muito para estar ou não estável.

Um tempo depois chegou Lorena para compor o grupo e falou, também, sobre a dificuldade que teve em aceitar seu diagnóstico no início. Algo importante a ser pontuado é que Lorena neste dia parecia estar muito nervosa, irritada, provavelmente pelo seu contexto: pouco tempo depois que conversamos eu e ela, ela foi demitida e estava desempregada novamente. Inclusive houve momentos um pouco tensos durante o grupo em que ela queria falar e algumas pessoas atravessavam a sua fala e ela começou a se irritar e então tive que intervir para que os ânimos se acalmassem e cada um respeitasse o momento de fala um do outro. Outro momento tenso foi quando falamos de religiosidade e espiritualidade e Aníbal não gostou muito, porque acha que isso tudo é uma grande bobagem e Lorena não gostou desse seu posicionamento, mas no final conseguimos conversar, apenas foi um encontro em que mais de uma pessoa estava mais irritada e inflexível e, portanto, foi um pouco tensionado, mas nada além do comum.

Ana colocou a questão de que se conseguiam levar uma vida “normal” após crises ou surtos, fazer as coisas, ao que Aníbal respondeu: “não, não é possível. Eu não levo uma vida normal desde meu primeiro surto. Minha vida naufragou”. Joaquim que estava com uma expressão muito triste e apática neste encontro, porque teve umas “baixas” por aqueles dias e estava bem deprimido, concordou com Aníbal e disse que desde que lhe diagnosticaram sua vida também mudou muito e teve muitas perdas. Júlio, também, compartilhou sua experiência dizendo que nas suas primeiras crises de depressão, quando melhorava conseguia voltar ao “normal”, ficar produtivo, fazer as coisas e estar ativo. Entretanto, após a última *crise de mania* que um tempo depois entrou em *depressão* e vem tentando sair dela até então, ou seja, está muito difícil de superá-la e acha que tem a ver com muitas coisas: idade mais avançada, metabolismo mais lento, falta de exercícios físicos, engordou muito e enfim, ficou no estado de “anedonia”, comentado por Aníbal que é a falta de prazer em tudo, não ter prazer em nada. O que tem lhe ajudado muito a sair dessa “lama” é de fato a “química”, os medicamentos tem

ajudado muito, tem surtido efeito. Joaquim, também, disse que os medicamentos têm contribuído muito além da terapia. Sobre este assunto de levar uma vida “normal” e ter bastantes oscilações, contribui com as minhas experiências e eles gostaram muito de ouvir e ficaram me fazendo diversas perguntas, pois afinal eu era a mais jovem dali e queria ter um comparativo com o caso deles. Estrela cadente, inclusive, deu uma contribuição muito boa, afinal ele era ali a única pessoa que apesar dos *surtos* e da *depressão* conseguiu persistir e continuar a fazer sua meditação e exercícios físicos e afirmou que o que tirou da *depressão* foi a meditação; falou também, algo muito interessante, a todos os que estavam reclamando ali de não conseguirem sair da *crise depressiva*, de não conseguir fazer as coisas, como Ana, Roberta, Joaquim e Júlio, que foi que muitas vezes para se sair da crise é preciso que você sinta ela inteiramente, se jogue nela de cabeça, veja para onde ela quer te levar e dessa forma você pode acabar por descobrir como sair dela. Isso ele disse que é entrar em “*estado de atenção plena*”, uma espécie de técnica da meditação. “Você está sentindo esse peso, você está se arrastando, então se entrega para isso para assim entender para onde isso quer te levar”, disse Estrela. Essa sua fala foi tão rica e profunda, que todos ficaram atentos e quietos, prestando muito atenção. “Eu saí da *depressão* meditando. A meditação é mágica, a ciência está comprovando”, completou Estrela, disse ainda: “de repente uma ajuda holística para complementar os remédios, por exemplo. Você Júlio, que parou de andar de bicicleta, se obrigue a andar um pouquinho ou se não quer fazer nada, se entregue ao não fazer nada, sinte isso e depois fale para si mesmo: já passou, vai passar, está passando. A autossugestão também ajuda”. Ele disse ainda que decidiu se afastar das atividades da Abrata como facilitador nesse momento, porque fazia pouco tempo que surtou e precisava de tempo para se dedicar a ele e a sua oficina de carros.

Agradei muito a eles por terem vindo ao encontro, pois inclusive naquela semana eu tinha tido uma “baixa” muito forte, e que encontrá-los estava sendo o melhor momento de todo o meu mestrado e me “levantou muito” estar com eles, me fez brilhar os olhos novamente para a pesquisa. Disse que provavelmente haveria mais encontros, mas infelizmente, não foi possível. Conversamos por duas horas e pouco e decidimos que estava suficiente.

Após as rodas, no ano seguinte, consegui fazer uma confraternização com eles, nem todos puderam ir, mas foi muito gostoso. Estavam ansiosos por esse reencontro, me cobraram mais de uma vez, mas como comecei a trabalhar depois (já que a minha bolsa havia acabado), ficou mais difícil de encontrá-los e quando deu certo foi mais um momento de troca e amizade. Percebi que a pesquisa me proporcionou conhecer estas pessoas maravilhosas que desen-

volveram um carinho muito grande por mim e eu por eles e esse é um dos maiores presentes e satisfação que tive ao realizar este trabalho.

Concluí que em grupo as pessoas se sentiram mais pertencidas, mais acolhidas e legitimadas quanto ao que vivem e sentem enquanto *depressivas, bipolares*, e puderam também, se ver para além desta condição e compartilhar formas de ser/estar para superar as experiências de dor e sofrimento e conviver com elas. Apesar de praticamente todos afirmarem não ter mais a vida “normal”, de não serem mais os mesmos após *a doença* entrar em suas vidas, descobriram maneiras outras de ser/estar, até porque são pessoas com várias características e âmbitos, para muito além da *doença*, pois não é esta que as define. As pessoas são ricamente complexas e repletas de outras facetas, as quais quando estão em sofrimento este pode ofuscar estas outras facetas e camadas, mas ao melhorarem e se sentirem bem, conseguem existir para além do *sofrimento, ansiedade, aflição, da tristeza, dos delírios, surtos, apertos no peito, peso e dores no corpo*. As pessoas se reinventam e se reconstróem o tempo todo, apesar de acreditarem que não, especialmente quando estão com os óculos do *pessimismo, da depressão e da tristeza*, e se descobrem muito resilientes, resistentes, corajosas.

Reflexões e análises: entre mal-estares e etnografia

As histórias de vida e narrativas destas pessoas que acabo de apresentar constituíram um rico material etnográfico, e com base neste, é possível fazer diversas inclusões reflexivas, algumas já amplamente discutidas por literaturas antropológicas, sociológicas, psiquiátricas e psicológicas, sempre tão importantes de serem revisitadas e outras que talvez não tenham sido discutidas ainda ou que tenham menos ocorrência de pesquisas a respeito. De toda forma, o estudo foi imensamente proveitoso, pois se pôde notar que, todas as pessoas que dele fizeram parte apontaram para o fato de não se sentirem ouvidas e compreendidas pela sociedade no geral, seja no âmbito familiar, profissional, nas relações de amizade e até mesmo por seus psiquiatras, psicólogos e/ou terapeutas, profissionais que, em teoria, deveriam desempenhar este papel de ouvintes e cuidadores. Encontrei nos relatos algo semelhante à pesquisa de Argenta (2010), que estudou as narrativas de voluntárias, diagnosticadas com *depressão*, que frequentam Associação Vida Verde criada pela Pastoral da Saúde (da igreja católica) em um bairro de Florianópolis/SC, que segundo a autora “recebem pessoas que sofrem de perturbações diversas e prezam pelo que denominam um ‘atendimento mais humanizado’ em relação à prática biomédica, o que na concepção delas significa dar atenção ao ‘doente’ e, acima de tudo, ouvir suas queixas” (Argenta, 2010, p.194). Portanto, se possível, a ideia aqui foi lançar luz sobre estas pessoas, sobre suas falas e narrativas, pois elas muito desejam, até mais que serem escutadas, serem compreendidas enquanto seres humanos que passam por experiências de muita dor emocional e psíquica e que lutam por sua recuperação o tempo todo, que não estão “de *frescura*” ou “fazendo *corpo mole*”, e que não são frágeis nem fracos por terem estas experiências de *sofrimento*, *aflição*, *perturbação*, ou caso se queira chamar, de *doenças mentais*. O que mais querem é ser ouvidos sem julgamentos, sem preconceitos e serem compreendidos enquanto pessoas que sofrem, mas que apesar disso sobrevivem e lutam para viver da melhor forma que conseguem e são muito mais do que “doentes”, “portadores de transtorno afetivo” ou qualquer outro nome que se queira dar; são seres humanos que carregam consigo uma bagagem sociocultural, uma história vida que vai além de suas *doenças*, mas é claro que com o peso de suas experiências sofridas têm de encontrar caminhos e alternativas para mitigá-las, e não precisam de ninguém que lhes digam que estão com *preguiça*, ou fazendo *corpo mole*, pois já padecem o suficiente e tais julgamentos e preconceitos não ajudam, apenas aumentam suas dores. As pessoas relataram o desejo de serem acolhidas, porque dor emocional também

é dor, sofrimento emocional também é sofrimento e se, em alguns casos, de doença for chamado deve ser entendida e tratada como tal, porque *doença mental* não é diabetes, nem câncer, mas também é *doença* e as pessoas também sofrem e querem ser compreendidas sem especulações errôneas e injustas. De acordo com pesquisas antropológicas mais recentes, nas quais as experiências de aflição são reconstituídas pelos sujeitos que as vivenciam, igualmente ocorre nesta pesquisa, o que nos chama atenção é que a “doença não pode ser tratada como uma associação mecânica entre signos e sintomas” (Argenta, 2010, p. 195).

Outra reflexão que faço aqui e que é bastante abordada dentro da antropologia da saúde, das emoções, são os discursos e conhecimentos outros, para além do médico e do psicológico, mas também incluindo estes, que as pessoas se utilizam para narrar suas experiências de sofrimento e dor, e também, de quais itinerários e conhecimentos terapêuticos se utilizam para tratamento, cura e atenuantes de suas dores. Paralelamente ao que aponta Argenta (2010), meus interlocutores intrincavam suas experiências de sofrimento a interpretações de suas causas, fazendo “referência a acontecimentos do passado ou a atributos reconhecidos por elas como característicos de sua personalidade” (p.196). Percebi na fala deles e delas que por mais que alguns admitam não haver causas pontuais, costumam buscar e apontar causas – como amplamente vistos nas histórias e traduzidos em forma de *gatilhos*, *perdas* – e acontecimentos do passado (mortes de entes queridos, separações e divórcios, demissões de emprego, etc.). Como disse, no início desta dissertação, todos viram na pesquisa a oportunidade de falar e narrar suas vivências e se apropriaram dos momentos de conversas individuais e coletivas, “como um momento de autorreflexão e de autoconstrução” (Maluf, 2010, p. 41) e reinterpretação da “doença” e das experiências de aflição e sofrimento (Argenta, 2010), ou seja, um constante refazer-se a si mesmo, reinterpretar-se a si e as experiências vividas. De acordo com o que afirma a autora, Argenta (2010): “As narrativas acerca de uma doença revelam o itinerário percorrido pelos sujeitos na tentativa de atribuir sentido à experiência e aliviar o sofrimento” (p.197). Portanto, quando me falaram de seus itinerários terapêuticos, da maneira que dão sentido as suas experiências e escolhas, eles são únicos, mas, ao mesmo tempo, mostram as dimensões sociais da experiência (Maluf, 2010 *apud* Argenta,2010), porque compartilham com os outros sujeitos conhecimentos, saberes e formas de mitigar seu sofrimento. Isso acontece nos GAMs da Abrata, bem como ocorreu nas conversas individuais e coletivas que fizemos comigo e os demais participantes da pesquisa. A situação da pesquisa representou este momento e espaço de partilha, assim como ocorre nos GAMs e demais atividades da Abrata,

pensando que a maioria deles me relataram que pouco conseguem diálogo dentro de suas famílias e círculo de amigos e trabalho. Alguns disseram que a Abrata (nos GAMs) e os nossos encontros grupais e conversas individuais são atividades que os ajudam e ajudaram a “sair de casa”, a “ficar menos isolado” e criaram redes de amizades e solidariedade, partilha, sentidos de pertencimento e paridade, a disposição de ouvir e ser ouvido, sentimento de ser compreendido por alguém que passa ou já passou por sofrimentos parecidos, etc. (Argenta, 2010).

Ainda sobre as narrativas e relatos, e semelhante ao que apontou Argenta (2010), a maioria das pessoas, na reconstrução de suas histórias de vida identificavam o início do sofrimento com uma “crise” (seja ela depressiva ou eufórica/maníaca) que pode ter sido iniciada por algum “gatilho”, como *perdas*, transições, términos de ciclo (namoro, casamento, trabalho, vida e morte) ou se manifestam através de surtos psicóticos, alucinações, agressividade compulsões e como afirma a autora:

“a identificação de uma ‘crise’ aparece como um ‘marcador narrativo de ruptura’ (Maluf, 1999, *apud* Argento, 2010), ela é provocada por uma ou mais situações de aflição e, ao mesmo tempo, reveladora dessa aflição.

A doença aparece nos relatos enquanto uma disrupção na biografia, que divide suas vidas em ‘antes’ e ‘depois’” (Argenta, 2010, p. 199).

Ainda parafraseando Argenta (2010), todos com os quais conversei apresentaram histórias e narrativas em constante ressignificação, portanto, incompletas, sempre atreladas ao momento de vida atual em que se encontram e buscando novos conhecimentos e sentidos, inclusive durante nossas conversas, para o que sentiam e sentem, experienciam enquanto *depressivos* ou *bipolares*.

A maioria das pessoas aqui retratadas se vale de tratamentos complementares e simultâneos (ao medicamentoso psiquiátrico e psicológico), e/ou como forma de explicação para o que lhes acontece, a espiritualidade/religiosidade, além de terapias alternativas e holísticas¹¹ como regressões uterinas, Reiki, meditação, acupuntura, cromoterapia, florais de Bach, aromaterapia, homeopatia e hemoterapia; ligados às espiritualidades há, também, várias formas de tratamento que vão desde *passes* em centros espíritas e/ou umbanda, banhos de ervas, rezas

11 Para conhecer de forma mais aprofundada a utilização de terapias holísticas no tratamento de depressão ver Oliveira (2015).

e velas até *ebós* no candomblé. Logo, observei que o tratamento médico psiquiátrico medicamentoso, apesar de ser visto como o tratamento mais eficiente pela maioria das pessoas, mostrou-se como mais um dentre os diversos outros, além da terapia com psicólogos e psicanalistas, afinal: “a adesão a determinado tratamento não exclui os outros”, na verdade afirmaram que um complementa o outro e corroboram para um resultado desejável, seja ele períodos mais longos de estabilidade, menos penosos que significam uma boa recuperação. Eles enxergam os diversos tratamentos como “atuantes em diferentes dimensões do sofrimento” (Argenta, 2010). O tratamento psiquiátrico dá conta apenas do âmbito biofísico e químico do ser humano, sendo “um modelo explicativo racionalizado e biologizado” (Maluf, 2010, p. 47). Entretanto, o ser humano é composto, também, de seus âmbitos emocional e espiritual, além de uma bagagem sociocultural e experiências de vida múltiplas que dependem muito do contexto social no qual se desenvolveu. As terapias alternativas e holísticas lançam mão de um olhar que compreende o ser humano não somente em seu corpo biológico como também constituído de mente, energia, espírito e alma, e tratam especialmente dos desequilíbrios energéticos ocasionados pelas “doenças” sejam elas de ordem física ou emocional (Oliveira, 2015). Coincidente ao que Maluf (2010) nos mostra, as pessoas presentes nesta pesquisa incluem “outras formas de tratamento”, sem obrigatoriamente “confrontarem um modelo com o outro” e não é “a lógica intrínseca a esta ou àquela técnica terapêutica que define os sentidos desta, mas são seus usos sociais que definem seus significados e sentidos, articulados com uma experiência social e histórica abrangente”. (Maluf, 2010, p.51 e 52). Semelhante ao que Argenta (2010) nos traz de reflexão acerca de suas voluntárias de pesquisa, verifiquei no discurso das pessoas deste estudo uma tendência a enfatizar o “diagnóstico médico e o tratamento com medicamentos”, dado a ampla legitimidade deste paradigma “médico-científico” possui sobre o entendimento dos processos de adoecimento, tratamento e cura. Muitos deles disseram que quando receberam o diagnóstico tudo (o que viveram) fez sentido, pois nomeou-se o que antes era um emaranhado de sofrimento e dores, muitas vezes incompreensíveis e intermináveis. A partir do diagnóstico seu sofrimento “passa a ter um nome científico, reconhecido nas sociedades urbanas moderno-contemporâneas como uma doença séria” (Argenta, 2010, p. 202), o que lhes confere legitimidade perante a sociedade, ou ao menos deveria. Como se vê, a queixa de muitos é o grande preconceito e estigma com os quais tem de lidar diariamente e, apesar da esperada legitimidade, a maioria se mostrou frustrada perante preconceito, incompreensões e julgamentos advindos da sociedade no geral, em seus ambientes de convívio como familiar ou

de trabalho. Os relatos confluem, principalmente, para o lugar de sentirem-se injustiçados por terem seus sofrimentos tachados de “*corpo mole*”, “*frescura*”, “*falta de trabalho*”, “*falta de Deus*”, etc.. A Abrata, nossos bate-papos e rodas de conversa são ambientes nos quais encontram e encontraram sentimento de pertença e paridade, em que podem dividir suas dores e experiências sem sentirem que são julgados e mal interpretados.

No entanto, ainda que os diagnósticos médicos e os tratamentos medicamentosos sejam os considerados, pela maioria, como os mais efetivos, mesmo em combinação com tratamentos de outra ordem, a relação com dos meus interlocutores com seus médicos não costumou ser “pacífica e isenta de conflitos”, como afirmou Argenta (2010). Todos eles tiveram que percorrer um caminho, muitas vezes, tortuoso, tendo que driblar médicos que agiram com descaso e insensibilidade aos seus relatos e estados emocionais, com falta de empatia e humanidade, tendo que passar por muitos psiquiatras até encontrar um “bom” e que se adequasse melhor ao seu contexto de vida e experiências, sempre tentando “negociar o tratamento, avaliando-o segundo suas percepções de crises ou melhoras” (Argenta, 2010, p. 202). São mais escassos os casos em que a relação de poder não é vertical, de cima (médico) para baixo (paciente). Outro ponto considerável é que, a maioria deles, também, me relatou que, apesar de, os medicamentos os colocarem em uma condição menos sofrida, chegando a alguns momentos de estabilidade, não conseguiram se recolocar no mercado de trabalho ou não voltaram aos seus postos de trabalho (no caso dos autônomos), por não “se sentirem capazes”, por medo de “não dar conta”, ou por medo de “entrar em crise” durante o trabalho, ou por não nunca se sentirem estáveis e recuperados “o suficiente” para desempenharem atividades laborativas. Obviamente que há, também, os casos daqueles que mesmo com a “doença” conseguiam trabalhar, mas “a produtividade nunca é mesma” e os que estavam à procura de trabalho.

A miríade de itinerários terapêuticos que buscaram, demonstra, inclusive, que, apesar do *desejo de morte* aparecer em todas as narrativas, as pessoas estão lutando o tempo todo por suas vidas, para um viver melhor, com menos dor e sofrimento. O meio social atualmente possui muitas exigências: estar bem-humorado sempre, sorrir, ter empatia e principalmente ser produtivo, logo, as pessoas “*adoecidas*” fazem tentativas sucessivas de se reencaixar nesse social pré-definido, mas é o próprio meio social, que com a violência do imediatismo e obrigatoriedade da produtividade “full time”, que as “*adoeceu*” e as “*adoece*”. Percebemos que adoeceram por rejeição a esse tempo acelerado, ao dar o máximo de si e o melhor de si. (Kehl, 2009).

Como disse, meus interlocutores se valem de diversos modelos de compreensão de seu processo de “adoecimento”, tratamentos e maneiras de diminuir seus sofrimentos e mal-estares da existência. Posso afirmar que todos eles mesclam diferentes tratamentos, que não se anulam e sim se complementam segundo seus entendimentos, e também, combinam o entendimento e linguajar biomédico com o psicológico/psicanalítico, somado aos discursos e interpretações espirituais, bem como evocam descrições para seus sofrimentos que podem ser colocadas como exemplo do modelo de “perturbações físico-morais” de Duarte (1986) expressas em falas como: “agonia”, “aflição”, “pensamento ruim”, “pensamento acelerado”, “falta de ar”, “batedeira no peito”, “aperto no peito”, “angústia”, “tristeza”, entre outras. Tal modelo, pertencente à lógica do “nervoso” foi colocado por Duarte (1986; 2003) e entende que as experiências de sofrimento se manifestam tanto pelo corpo físico, quanto pela moralidade (sentimentos, emoções, representações) conforme explicitarei no capítulo I desta dissertação.

Como contraponto a maioria das etnografias sobre “doenças”, dores emocionais, sofrimentos serem condições associadas ao gênero feminino, aqui pude trazer outro dado: a ampla participação dos homens que estavam desejosos por falarem de seus mal-estares e experiências de sofrimento. Falaram tanto quanto as mulheres nos bate-papos individuais e coletivos. Acredito que seja um diferencial desta pesquisa que nos coloca algumas reflexões: estariam os homens procurando mais os serviços de saúde? Estariam modificando a gestão do cuidado de si? Pode-se verificar com a pesquisa que estes homens de fato estão mudando a maneira que veem e lidam com o cuidado de si e de certa forma descrevem sentimentos e comportamentos que, comumente são associados ao feminino. A questão é que é um diferencial haver mais homens que mulheres nesta pesquisa e eles querem tanto falar de si, mas outro fato que concluí, é que por trás deles, sem exceção, há mulheres responsáveis por seus cuidados e/ou incentivando-os ao cuidado de si. Tomás, por exemplo, conheceu a Abrata através de sua namorada e passou a frequentar por conta de sua insistência e para ajudá-la em sua bipolaridade, mas, ao mesmo tempo, é com a insistência dela que vai aos GAMs para cuidar de sua *depressão*; Joaquim, por questões financeiras não pode morar sozinho e mora com a mãe, ao passo que acaba por cuidar dele e ele dela, já que é uma mulher idosa; Aníbal iniciou seu tratamento, desde a primeira vez que surtou, através dos cuidados da família, especialmente mãe e irmã, que resolveram interná-lo; Júlio relatou que todas as vezes que entrou em crise, seja ela de *depressão* ou *mania*, a procura por ajuda médica e psicológica, bem como descobrir a Abrata, foram iniciativas de sua esposa, as quais aderiu; Marcos Paulo reside com a mãe e

depende parcialmente de sua renda para sobreviver e sempre conta com seus cuidados; José, apesar de independente financeiramente, mora com sua mãe biológica da qual recebe alguns cuidados e Estrela cadente sempre contou com a ajuda financeira das filhas e ex-esposa e também de seus cuidados. Isso é apenas um fato constatado e, obviamente, não se trata aqui de diminuir a capacidade destes homens cuidarem de si, nem de culpabilizá-los e sim apenas reafirma que socialmente os cuidados com saúde, ainda, são predominantemente papéis associados às mulheres e, portanto, são por elas desempenhados. Entretanto há que se reconhecer que apesar de a iniciativa e/ou incentivo do cuidado de si partir das mulheres, estes homens estão mudando, pois adotaram e mantiveram este “cuidar de si” e dão seu tom pessoal a ele e, conseqüentemente, estão mais abertos a outras formas de se ver e se cuidar, e também, estão dispostos a falar de si e suas experiências de sofrimento, dor e aflição.

Importante apontar o riso enquanto importante recurso narrativo que apareceu em praticamente todas as exposições dos interlocutores(as) quando contavam suas experiências de sofrimento, aflição e mal-estares. Acredito que seja uma maneira de mitigar suas dores, reinterpretar e ressignificar suas trajetórias de “adoecimento”, tratamentos e recuperação. Muitos disseram que atualmente riem, mas na época dos acontecimentos, foi tudo muito sofrido e no momento de autorreflexão e refazer-se a si mesmo em suas histórias, disseram que é preferível “rir da própria desgraça”, do que chorar.

Outro ponto bastante invocado por eles foi a fronteira entre o que é de suas personalidades e o que seria comportamental da *doença*, o que interpretei como a tênue fronteira entre o normal e o patológico, amplamente discutido pela antropologia, como na coletânea de estudos das organizadoras Maluf e Tornquist (2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi extremamente difícil, não só pelo trabalho e estudo em si, como por todos os empecilhos que encontrei pelo caminho, conforme relato no posfácio. Mas houve ainda o desafio antropológico que, imagino que a maioria daqueles que pesquisam uma temática que lhes toca pessoalmente de alguma maneira, enfrentam que é o do distanciamento necessário: nem demais nem de menos. Afinal como disse na introdução, não tenho a ilusão de uma ciência neutra, e me perdoem os cientistas mais ortodoxos, mas ousou dizer que esta ideia em si já é uma “crença” socialmente construída na qual acreditamos. Quando comentei, com a psicanalista na qual me consulto, qual é a temática que pesquiso, ela me disse: “que difícil! Muito corajosa porque é como se tivesse olhando para o seu espelho o tempo todo...”, disse em tom de espanto. Na época achei um pouco exagerado, mas atualmente vejo muita lucidez neste seu comentário e de fato foi complexo ter o distanciamento, aquele que é necessário quando se estuda qualquer temática, ainda mais as que nos tocam tanto, mas foi possível, como se pode ver pelo resultado.

A ideia inicial era pesquisar somente a *depressão*, sabendo que esta é uma categoria médica e, portanto, sem considerá-la como uma categoria à priori, apenas como forma de expressão mais facilitada para abranger a enorme quantidade de significados, experiências, sentimentos e emoções que esta palavra nos remete. Entretanto, como uma grande parcela de pesquisadores, mudei um pouco o enfoque já que meu campo me mostrou que se me restringisse somente à *depressão*, correria o risco de a pesquisa não se realizar e seria até mesmo antiantropológico, se assim puder chamar, ignorar um dado importantíssimo que meu campo estava me oferecendo, que era uma grande quantidade de pessoas que se apresentavam ali na Abrata enquanto *portadoras de transtorno afetivo bipolar*. Diante disso, “flexibilizei” a temática e, agora com a pesquisa finalizada, reconheço que ganhei muito ao fazer isso, pois, inclusive, descobri conversando com meus interlocutores de pesquisa, que nem a psiquiatria, ciência que se pressupõe mais exata, consegue restringir e delimitar os diagnósticos com tanta precisão; pelo contrário, as pessoas que desta pesquisa participaram mostraram que há uma grande fluidez entre diagnósticos, que nada é tão preciso quanto se imagina, afinal se trata de experiências humanas de subjetividades diversas e por mais que haja alguns padrões comportamentais, sentimentos e sensações, que remetem a este ou aquele quadro diagnóstico, não é possível estabelecer um padrão tão rígido e fechado em si mesmo, pois estamos falando de

peessoas que, trazem consigo experiências e vivências biossocioculturais das mais diversas possíveis. Constatou-se muito isso, especialmente, nas narrativas das pessoas que se apresentaram enquanto *bipolares*, que têm experiências outras em relação aos que se disseram “apenas” *depressivos*, que, diga-se de passagem, já são muito mal compreendidos, pré-julgados e visto com preconceito. Imaginem os bipolares, menos conhecidos e falados no âmbito mais geral da sociedade? Ainda se vê muita ignorância e preconceito com este tipo de experiência pelas quais passam as pessoas diagnosticadas ou não; mesmo com tanto acesso à informação e conhecimento o estigma que se tem quanto às *doenças mentais, aos mal-estares emocionais, aos sofrimentos, aflições, sentimentos e dores*, seja qual nomeação se dê, ainda é muito grande e traz ainda mais sofrimento para aqueles que lidam com experiências deste tipo diariamente.

Esta pesquisa procurou trazer ao público, se é que se possa ter esta pretensão, o ponto de vista das pessoas que convivem com este mal-estar da existência, que são sobreviventes destas experiências de sofrimento, dor, aflição e contam como as atravessam e/ou como coexistem nelas e com elas, mostrando-nos de quais itinerários terapêuticos se valem e, portanto, quais caminhos trilham em busca de amenizar suas dores, quais conhecimentos procuram para explicar o que lhes acontece. Portanto, espero ter chegado perto do que Maluf (2010) propõe que ao levarmos as vivências destas pessoas em consideração, se possa “perceber que os discursos e experiências sociais como também produtores de verdade” (p.52).

Espero que este estudo venha contribuir com os conhecimentos biomédicos, psicológicos, sociológicos, antropológicos e médicos, já existentes e futuros, a respeito do eixo temático: saúde mental, sofrimentos, aflições, dores e mal-estares e, também, para com eles dialogar e somar-se.

POSFÁCIO

*Depressão: a poeira das coisas*¹²

A vontade em realizar essa pesquisa é antiga, creio que desde o início da minha graduação, em 2009 quando ainda cursava ciências sociais na UNESP – Universidade Estadual Paulista de Marília – SP. Lá iniciei meus estudos bibliográficos acerca da temática, mas não consegui seguir a pesquisa porque nesse meio tempo houve uma quebra: segundo a psiquiatria¹³ e minhas experiências, o meu segundo episódio depressivo em 2010 que me levou a ficar de licença médica e em recuperação na casa dos meus pais por aproximadamente três meses. Tudo de novo, pensava eu tendo que me conformar em “parar” minha vida mais uma vez. A primeira tinha sido em 2008, quando fazia cursinho pré-vestibular, fase odiosa e difícil para qualquer jovem entre seus 17 e 18 anos e para mim ainda teve o peso e a marca da depressão. Ironia ou não, em meu segundo ano de graduação, tendo como temática de pesquisa a dita que tanto me assombrava desde os tempos em que alguns familiares também adoeceram pelas mãos dela, fui refém desta por mais uma vez. Período esse que estava tentando me dedicar aos estudos do meu curso e ainda estudava para a prova de transferência para a Unicamp – Universidade Estadual de Campinas, universidade tão sonhada para mim. Sem entrar em tantos detalhes, que não cabem aqui como discussão, me recuperei da pior fase da doença e retornei aos estudos já medicada e estável. Nesse meio tempo segui o meu curso, estudei para prova de transferência, passei, depois fiz entrevista e cumpri toda a burocracia que esta universidade exige. A essa altura já estava bastante recuperada e seguia minha graduação, final do meu segundo ano e último ano na UNESP, e minhas obrigações normalmente, quando sorrateiramente a vida me prega mais uma peça e leva meu pai sem nem nos avisar. Estava findando o ano de 2010, ano esse que já havia sido turbulento para mim por ter adoecido e agora já recuperada, ainda bem, tinha de lidar com as fases finais da transferência de universidade, lidar com a correria e a dor que é enterrar o pai às pressas e também com toda a burocracia que isso envolve: inventário de casa, documentação para o seguro de vida, que nem sabíamos que meu pai tinha, pela empresa que ele trabalhava, mudança de cidade tanto minha, quanto de minha

12 Expressão que aparece na fala de um dos interlocutores (Tomás) quando mencionou o que era a depressão para ele.

13 Referi-me ao que a psiquiatria chama de episódio depressivo, pois não é um dado à priori, nem todos chamam de depressão, ou episódio depressivo.

mãe e irmã, enfim, foi um meteoro de coisas que hoje olho e nem sei dizer como aguentei. Havia passado uma semana que meu pai tinha deixado esse corpo carnal e eu estava aqui na Unicamp sendo entrevistada, inquirida sobre meu currículo, notas, minhas pretensões, etc.

Abreviando um pouco essas experiências pessoais que fazem de mim o que sou hoje e explicam, e muito, os motivos reais que me impulsionaram a fazer esta pesquisa, passo para 2011, meu ano de entrada na Unicamp, lugar muito privilegiado e ao mesmo tempo difícil para uma aluna de renda baixa que acabara de sair de uma depressão e de perder o pai (único que mantinha a renda da família até então). Meu sonho de estar nessa universidade, que antes parecia inatingível, estava se realizando e valorizei muito tudo o que estava sendo oferecido a mim: bons professores, ótimas disciplinas e a criação de uma rede de amigos e colegas de profissão. Minha pesquisa que havia ficado parada, obviamente, devido a todos os ocorridos do ano anterior estava ávida por ser retomada e para minha grande surpresa esse instituto (IFCH – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas) não possuía docentes interessados em me orientar. Análogo à “carreira do doente mental” que circula por diversos hospitais e médicos e não consegue um tratamento adequado, e/ou é internado por outros problemas que não os provenientes de seu estado mental e vai sendo encaminhado para outro e outro médico e/ou hospital infinitamente (Goffman, 1974) aconteceu comigo algo como:

- Nossa! Que temática interessante, que bacana, mas infelizmente não posso te orientar porque não domino a temática e já tenho muitos orientandos, por que não tenta com docente tal? E assim foi indo, somente no IFCH fiz tentativas com quatro professores diferentes e a reação era sempre a mesma de encantamento com a temática, mas um NÃO de prontidão me aguardava a cada e-mail ou conversa presencial que tinha com esses docentes. O ano de 2011 se passou e o que ouvi foram somente negativas quanto ao meu projeto de pesquisa e isso me deixou extremamente desestimulada, mas não a ponto de desistir da temática, ah não, isso não! Fui insistente e não abri mão de pesquisar aquilo que me fazia brilhar os olhos só de falar a respeito. Continuei pesquisando teorias sobre antropologia da saúde, depressão, saúde mental e paralelamente ao curso pesquisava sozinha tudo o que poderia me ajudar com a pesquisa e foi assim que descobri que no IFCH mesmo, não havia quase nada na tão suntuosa biblioteca que tratasse de antropologia da saúde, antropologia e saúde, antropologia médica, etc. Buscando pela base de dados do sistema de bibliotecas da Unicamp, para meu espanto, o resultado era quase sempre o mesmo: títulos de livros, artigos, dissertações e teses que se concentravam em apenas uma biblioteca a da FCM – Faculdade de Ciências Médicas. Achei isso muito

descabido, mas o que poderia fazer? Passei, então, a frequentar muito mais a biblioteca da FCM do que a do IFCH, instituto do qual era aluna. Minha busca e curiosidade eram intermináveis e comecei a pesquisar professores da FCM que talvez pudessem me orientar ou mesmo me apontar alguma ajuda. Encontrei no site da FCM o nome da antropóloga Ana Maria Canesqui e resolvi escrever a ela por e-mail falando de minha pesquisa e perguntei se havia algum grupo de estudos na área de antropologia e saúde. Ana Maria foi muito gentil e solícita e me respondeu logo, me convidou a frequentar o grupo de estudos de Antropologia e Saúde que ela coordenava na época. Estava tímida, afinal não sabia o que me aguardava por lá, e insegura, mas, ainda assim, compareci no dia e horário que havia me indicado. As reuniões do grupo eram mensais, e só havia alunos da pós-graduação, tanto da Saúde Coletiva como do próprio IFCH. Eles me receberam muito bem e passei a frequentar todas as reuniões, o que me permitiu uma abertura para outros temas e bibliografias da área de antropologia da saúde. Passei por mais uma tentativa, com a professora Ana, de angariar uma orientação para minha pesquisa e obtive mais um não e depois um talvez, mas só caso mudasse a pesquisa para outro tipo de doença que não mental, pelo que me lembro Parkinson foi a sugestão dela. Não deixei de frequentar o grupo que depois me ajudou na discussão e construção de meu projeto de pesquisa para pleitear uma bolsa de iniciação científica em 2013. Escrito o projeto iniciou-se mais uma maratona para conseguir orientação e depois de muito insistir, consegui uma professora do IFCH que já havia negado duas vezes o meu pedido, mas desta vez resolveu topar e sou muito grata por isso.

Após fazer muitas leituras da bibliografia da área de antropologia e saúde e pouco encontrar literaturas que tratavam diretamente da depressão escrevi meu projeto e encaminhei para avaliação do PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Paralelo a tudo isso eu ainda cursava disciplinas do bacharelado e da licenciatura em ciências sociais e trabalhava no AEL – Arquivo Edgard Leuenroth como bolsista BAS, bolsa de auxílio social. Quando da renovação dessa bolsa em 2013, o SAE – Serviço de Atendimento ao Estudante resolveu que não me concederia mais esse auxílio, sendo que a renda da família era única e exclusivamente a pensão por morte do meu pai que minha mãe recebia e que o valor era o mesmo desde quando havia conseguido esse auxílio em 2012. Eu que dependia dessa renda da bolsa para sobreviver em terras de Barão tive de ir atrás de algum trabalho, pois o resultado da PIBIC só sairia no meio do ano. Nesse meio tempo fui cursando as disciplinas, enviei meu projeto para seleção de iniciação científica e fiquei trabalhando de garçomete no restaurante da

Adunicamp – Associação de Docentes da Unicamp. Depressão para mim só era, a essa altura, temática de pesquisa, pois já estável e recuperada da depressão que tive em 2010, medicada há pelo menos dois anos e meio me sentia muito bem. Meu psiquiatra resolveu me dar alta, passei meses bem, feliz que não dependia mais daquele medicamento para me sentir de bem com a vida. Quando menos esperava a tal depressão me pegou novamente e outra vez uma ironia do destino: quando saiu o resultado positivo da bolsa PIBIC estava em meio à terceira crise depressiva da minha vida. Estava muito mal: não dormia, não comia, sentia apertos no peito, ânsias de vômito, minha vida era um verdadeiro inferno e só queria desistir de tudo inclusive da pesquisa que tanto havia sonhado e lutado para conseguir seu lugar nesse ambiente acadêmico ifichiano. Resolvi mesmo doente assinar os papéis da bolsa de iniciação e quando me estabilizei retomei os estudos e dei início à pesquisa. Tamanha era minha vontade em realizar esse estudo que nada me fez desistir.

Tive muita vontade em realizar essa pesquisa, o tema sempre me fascinou, primeiramente porque muitos familiares já haviam passado pela depressão e, também, eu já havia sido vítima mais de uma vez desse mal-estar. O preconceito, a ignorância por parte das pessoas e a visão limitada que via na medicina psiquiátrica me intrigavam e me estimulavam a querer investigar outras formas de ver, sentir, compreender e experienciar isso que chamam de depressão e resolvi que deveria ir adiante com isso e ultrapassar os obstáculos que apareciam. Foram idas e vindas entre meu interesse em estudar a *depressão*¹⁴ e a imensa não receptividade e rejeição por parte dos professores. Quando já estava estabilizada, em 2013, resolvi contatar a associação que poderia vir a ser meu local de trabalho de campo, a ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos e me deparei com a responsável pela associação na época, uma psiquiatra que demonstrou muito interesse em abrir espaço para realizar a minha pesquisa ao passo que muita preocupação em receber alguém que não sabia a procedência, nem os interesses que me motivaram a querer pesquisar um tema tão delicado. Expliquei tudo claramente e falei como é uma pesquisa na antropologia e ela pareceu ficar mais tranquila e disse que mostraria o projeto ao CC – Conselho Científico da Associação e me daria um retorno. A essa altura estava abarrotada de trabalhos das disciplinas do primeiro semestre de 2013 e já cursando as do segundo (já que havia ficado doente e precisei ficar afastada), fazendo o levantamento bibliográfico da pesquisa e lendo. Fiquei no

14 Como disse, inicialmente, antes do campo, tinha o interesse de pesquisar primeiramente as experiências relacionadas à categoria médica depressão.

aguardo de uma resposta da Associação. Diante do silêncio da responsável da ABRATA e da grande demanda de tarefas a fazer, o trabalho de campo acabou ficando de lado e a pesquisa seguiu um caminho mais teórico, inclusive em seu segundo ano, 2014 em que consegui renovação da bolsa PIBIC. Dada as circunstâncias, resolvi fazer uma iniciação científica teórica, o que de um lado me rendeu muita leitura e aprendizado e de outro rendeu algumas torcidas de nariz quando falava que não tinha feito trabalho de campo, porque na antropologia ele é muito cobrado. Incoerentemente na graduação não houve espaço, nem tempo, muito menos incentivo para realizar esse tipo de atividade. Apesar disso tudo, segui minha pesquisa e cursando as disciplinas finais da licenciatura. Na metade desse mesmo ano de 2014 resolvi escrever um projeto de pesquisa com a bagagem que adquiri na IC para prestar a seleção do mestrado em antropologia desse programa ao qual hoje estou a defender minha dissertação. Inscrevi-me na seleção sem muita pretensão, queria fazer mais para saber como era, até porque o que poderia esperar de um lugar que já havia demonstrado tantas rejeições ao meu objeto de pesquisa? O que queria mesmo era fazer a prova, ver como me saía, treinar para que em 2015 estivesse mais preparada. Fui surpreendida, mas nem tanto assim, com a não aprovação do projeto, ou seja, não pude nem ir para a segunda fase que é a prova teórica. Isso me irritou e me decepcionou. Continuei minha pesquisa de iniciação sem muita vontade, sem perspectiva.

Tanta rejeição assim não pode ser acaso, pensava comigo mesma. Trata-se de uma temática extremamente tabu em todos os âmbitos sociais: família, mercado de trabalho entre tantos outros ambientes que ocupamos. Creio que por trás de tudo isso deva estar o estigma e preconceito com as doenças mentais que vêm sendo arrastados por décadas; o mal-estar mental fica naquela categoria de que todos sabem que existe, muitas pessoas têm, mas ninguém fala a respeito, porque é um tabu falar sobre isso. Nem em um ambiente em que as pessoas são, supostamente, estudadas e bem informadas, como a academia, a depressão arranja lugar para ocupar e ser sujeito principal de uma pauta. Somente no ano de 2017 comecei a ver uma ligeira movimentação em levar o tema para discussão dado o imenso número de pessoas que adoecem emocional e mentalmente na pós-graduação e/ou meio acadêmico. É preciso chegar ao ponto de haver alunos se suicidando para se levantar a bandeira branca e reconhecer que é de extrema urgência falar a respeito desse assunto? O ambiente acadêmico é quase que um Olimpo intocável. Percebo que quase todas as vezes em que falei sobre depressão fui vista como frágil e fraca. Eu mesma me questioneei muito se esse lugar era para mim, se era capaz de estar onde estou porque as pessoas parecem ser tão fortes, verdadeiras mura-

lhas intelectuais inquebráveis. Entretanto, é nas conversas entre uma aula e outra, na cantina, nos corredores e ambientes informais onde se tem um pouco mais de licença para a fala desinibida, que se vê o quanto nossos amigos, colegas, professores estão adoecendo e pior, em silêncio mórbido, como se estar daquela maneira fosse culpa deles, ou minha, como diversas vezes já me peguei pensando. Vive-se uma realidade em que a tristeza, o desânimo, o choro não têm lugar, são renegados e postos como assuntos do âmbito privado e/ou são patologizados, mas sempre vistos como alheios, não se pensa que amanhã possa ser você que esteja passando por algo do tipo. A doença mental é tão silenciosa quanto o silêncio imposto aos que estão adoecidos, aos que adoecem mentalmente.

A depressão é como uma *poeira nas coisas*, como afirmou um de meus interlocutores, por mais que você limpe, ela sempre está ali, ela sempre volta e se ninguém olhar para ela, ela se instala e fica incrustada do mesmo jeito. Uma vez que ela te visita haverá sempre resquícios dela em sua vida, como um visitante que a cada vez que vem à sua casa esquece um objeto e aquilo vai ficando ali, por vezes você guarda e até muda de lugar, mas está ali ocupando espaço e lhe fazendo lembrar sempre de sua existência.

Pensando a depressão a partir dessa categoria nativa, *poeira das coisas*, e eu como estudante da pós-graduação em antropologia da saúde, diagnosticada com depressão há dez anos demonstro como é ser/estar depressiva – mesmo que estável há anos, tenho consciência de que ela está aqui e que carrego comigo características dela – e ainda fazer um mestrado sob a pressão de prazos curtos, carga de trabalho excessiva, burocracia do comitê de ética em pesquisa, demora em conseguir o aval definitivo para realizar o campo na associação, a situação política, social e econômica do país caótica, entre tantas outras situações adversas, não foi tarefa fácil. O relato que segue é ilustrativo de um dia sendo aluna do mestrado, ou mesmo um semestre, um ano ou mais.

A poeira que resiste e tem de ser dita

O corpo dói das inúmeras noites mal dormidas e hoje foi mais uma: vira para um lado, vira pro outro e a cabeça fica perto demais do vento que bate na janela e se insistir posso acordar com o rosto doendo de sinusite.

- Sinusite?!

- De novo?! Digo eu, diz meu namorado, minha mãe, minha irmã, meus amigos e amigas... - É, de novo! Até meu quarto exclama: - DE NOVO?! De novo ela terá de dormir por horas, acordar se alimentar o melhor que puder, quem sabe tomar um banho e deitar de novo. De novo adormece porque o corpo está lutando contra uma infecção e então está pesado, mole e só precisa de silêncio, uma cama, boa comida e água, muita água. O corpo deita e a mente não para de pensar que já tem sido difícil aceitar o quão penoso está para abrir um livro, abrir o computador e lidar com as leituras do mestrado, especialmente aquelas em inglês que fico lendo três horas e quando vejo não foram nem cinco páginas. Frustrante! Olho o relógio e ainda são 15 horas e então beleza, durmo um pouco e trabalho depois. Tudo bem, penso comigo. A mente fica mais tranquila e o corpo doente em sua moleza embala em um sono profundo de reparação, afinal quanto tempo a moça já não está em ciclos de idas e vindas, altos e baixos da sua rotina de sono? Qual foi a última vez que dormiu bem? Não sabe dizer, não se lembra. Lembrar, verdade, lembrar é uma coisa que tem falhado muito, me esqueço das coisas rapidinho, sinto um oco na cabeça, um hiato, um vão que dá um vazio, uma angústia, um desespero entre o que sou, o que fui, o que preciso ser e o que preciso fazer.

Ah! A moça grita! Mas lembrar... Onde estava mesmo? Hummm... sim, no momento em que a mente se aquieta e ao corpo é permitido o descanso que há tanto necessita. Durmo por três horas, acordo e já está escurecendo. Meu Deus, dormi quanto?! Nossa! Seis da tarde e não fiz nada, só dormi. E vem a consciência e diz: claro que você dormiu seu corpo está pesando uma tonelada, sua cabeça dói e todo o seu organismo precisa que você repouse sem culpa. Mas e o mestrado? E as leituras? E a escrita? Puxa, o dia acabou e não fiz nada. Fez sim, você se permitiu parar e dormir porque seu corpo está gritando por isso. A sua mente maluca não para de pensar. Pensa, pensa, repensa, pensa outra coisa e dessa coisa deriva tantas outras e vai sentindo um aperto no peito, uma falta de ar e uma sensação de falta, ausência... Socorro! Assim vai indo, vai passando dias e nem percebe que vai se matando aos poucos, vai se matando de ansiedade. Outro dia e vem a esperança de um dia melhor:

- Ah... amanhã acordo cedo, faço caminhada, depois vou ler, anotar, resenhar, vou render e me sentir bem. O outro dia vem e ela não dormiu, ficou insone, ou até dormiu mas acordou umas cinco vezes na noite e das cinco vezes duas delas demorou mais de uma hora para pegar no sono novamente.

- Mas e amanhã? Eu não tinha falado que era para acordar cedo e fazer caminhada, depois trabalhar no seu mestrado e assim poder ter rotina de dormir cedo, acordar cedo para fazer o dia render?

- E quem disse que consegui dormir? Como acordar cedo? Meu corpo dói de tanto que me revirei na cama à noite, demoro pelo menos quarenta minutos para levantar e quando levanto sinto cada músculo, cada pedacinho do corpo doer agudamente e não consigo pensar na primeira coisa a fazer. Humm... Está certo, senti que preciso fazer xixi e então é a primeira coisa que faço. Ao entrar no banheiro, sentar na privada sinto que um rolo compressor passou por cima de mim, lavo o rosto... Ah! Para de se preocupar! Calma, acorda direito, come... Uma coisa de cada vez, depois você pensa, calma, para, respira... Ah! Respira, para, chega! Caramba, o dia nem começou e estou cansada como se tivesse trabalhado por doze horas. Mais um dia daqueles... E o que direi para as pessoas quando perguntarem: como foi seu dia? O que você fez de bom hoje? Caramba, não fiz nada, estou cansada desde que acordei.

- Ufa!! Cheguei! Que cansaço! Ok, agora vou comer e depois penso no resto. A moça come, respira, assiste a um desenho na internet que via quando criança para arejar a cabeça. Quando olha a hora de novo vê que está perto do almoço e é melhor já ir preparando algo, não pode mais ficar sem comer, tem de se alimentar bem para não ficar mais doente e não “perder” mais dias que vão atrasar ainda mais o mestrado e sua vida. Tolice a dela, a minha. Perdendo ela já está, mas não tempo, ou até pode ser um pouco de tempo sim, porque a vida parece que não anda, não sai do lugar, e sim perdendo horas de sono que são imprescindíveis para qualquer ser humano; está perdendo a sanidade mental.

Isso é uma amostra muito pequena do que um aluno de mestrado, e em particular, do mestrado em antropologia social da Unicamp passa de estresse. Essa descrição é um exemplo qualquer, de um dos infinitos dias que passei do meu mestrado.

Iniciei a minha fala e escrita nesse tom ansioso, pois é disso para pior a maneira que vive uma pessoa que faz mestrado ou doutorado: ansiosa, inquieta, insone, estressada e com a sensação de que fez pouco, faz pouco e de que não vai dar conta de ler tudo, de escrever o que tem de ser escrito dentro dos prazos preestabelecidos pelo programa de pós-graduação, pela agência de fomento e pela própria vida, mais especificamente de pessoas como eu que só teve a bolsa de mestrado, R\$ 1.500,00, como fonte de renda para viver em terras de Barão Geraldo e, ainda, em tempos obscuros como os atuais que vive o nosso país, em que se olha e não se vê perspectiva alguma. A iminência também é sentimento que define a atual situação do Bra-

sil. Pode ser hoje, pode ser amanhã, foi mês passado, semestre passado, ano passado... O tempo passou e já vivemos alguns golpes onde direitos conquistados a duras penas foram retirados em votações secretas, feitas na calada da noite e outros estão em processo de serem votados. Direitos esses inclusive os trabalhistas e previdenciários, os direitos à educação gratuita e de qualidade. O Brasil vive um momento de retrocesso tão grande que não se sabe se dormindo hoje o que haverá de surpresas no amanhã. Surpresas essas bem ruins como a destituição do ensino superior público gratuito, as reformas no ensino básico que pretendem retirar do currículo as disciplinas que ensinam a ter um olhar crítico da realidade como a sociologia. Diante disso o que penso eu, o que pensei eu e meus colegas sobre nossa profissão, sobre os anos dedicados a cursar licenciatura e acreditar na educação? O que vale o meu diploma hoje de licenciatura? Nada perante esse cenário brasileiro retrógrado e conservador.

Lembro-me de levantar em uma manhã de maio ou junho de 2016, quando fazia as disciplinas do mestrado e com o que me deparo? Com a votação para realizar o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, e poucos meses depois assumiu seu vice Michel Temer e uma bancada inteira de homens brancos, ruralistas, evangélicos e preconceituosos. O país mergulhou em um golpe de Estado, as universidades públicas fizeram greve e tantos outros setores que aderiram às paradas nacionais de expedientes, a pós-graduação que nunca tinha nem ouvido falar que havia aderido à greve, aderira em 2016. Como ter gana para continuar a estudar as mais de quinhentas páginas de teorias antropológicas I em inglês que falam de povos melanésios no século passado ou retrasado, resenhar e ir para sala de aula debater a cultura desses povos, o parentesco e os costumes enquanto olhava em volta e é isso o que via acontecendo em meu país? Digam-me, como?

– Ah, mas o mestrado é curto, não há tempo a perder e ainda o pessoal da Abrata não me respondeu dando o aval definitivo para fazer a pesquisa. E agora? Já é meio do ano (isso foi em 2016), tenho que qualificar em outubro e me sinto totalmente despreparada para continuar isso que se chama estudar, pesquisar e não consigo parar de pensar na situação do país e de que a qualquer momento pode inclusive já afetar o meu bolso, porque do jeito que está amanhã pode sair uma notícia afirmando que haverá corte de bolsas CNPq, Fapesp, Capes, etc. Sim, toda essa pressão, como se já não bastasse a pressão acadêmica dos prazos, quantidade imensa de leitura e escrita que tenho de cumprir. E sim, é agosto de 2017 e a notícia que vejo nas redes sociais é a de que o presidente da CNPq afirma que se o governo não descongelar os gastos com saúde e educação a agência de fomento à pesquisa só terá capital para pagar as

bolsas até outubro desse mesmo ano. Pois então, pergunto como ter ânimo de continuar esse mestrado? Olho o calendário e não vejo como tudo aquilo que tenho de fazer possa caber nos dias que restam. A situação piorou ainda mais... Já é 2019 e ainda estou aqui na luta para terminar esta dissertação. O mestrado, que era um sonho, tornou-se um trauma, um pesadelo e grande peso que parece não ter fim. A situação do país piorou ainda mais, tive outra depressão em 2018, desempregada, já sem a bolsa, fiquei muito mal e tive que pedir o trancamento do mestrado, pois seria humanamente impossível defender no prazo final que era março/2019. Com crises de pânico diárias e vontade de morrer fiquei cinco meses muito mal, arranjei um emprego ruim para pelo menos pagar meu aluguel e contas, ia trabalhar passando mal e tentando fingir que estava tudo bem.

Por diversos momentos tive a sensação de adormecer, piscar os olhos, olhar em volta e ver que a poeira se instalara na minha mesa, já havia tomado conta dos meus livros que há semanas não eram tocados, mas não por falta de vontade. Não entendia o que estava acontecendo: entre mim e os livros tinha uma muralha, e outra muralha de angústia e tempo foi construída e a poeira nunca cessa de acumular. Há semanas que limpo, mexo nos livros, na mesa, mas a *poeira* sempre volta calma e silenciosa, enquanto que dentro de mim só cresce a ansiedade e a angústia perante a tudo o que vivencio, ao que tenho de viver e fazer. Quantas não foram as vezes que pensei em desistir do mestrado, especialmente no primeiro ano, com aquelas disciplinas super puxadas, que tinham cada uma oitocentas páginas em outro idioma para serem lidas para a próxima aula. Não fazia sentido para mim aquela imensa quantidade, não tinha cabimento. Nenhum ser humano daria conta de tudo aquilo, mas éramos cobrados por isso, não dar conta seria sinônimo de fracasso. Pois, então, éramos eternos fracassados. Olhava em volta e meus colegas de turma estavam todos com cara de assombro, olheiras gigantes, insegurança, sentimento de falta, porque era assim, sempre estava faltando, a ausência era presente em nosso dia a dia, o não conseguir cumprir tudo que nos era exigido passou a fazer parte do cotidiano. *A poeira* só se acumulava...

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004 *apud* OLIVEIRA, 2015.
- ANDRADE, Ana Paula M. de,. *O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira*. In_____.Gênero, Saúde e Aflição – Abordagens antropológicas, MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis – SC, 2010.
- ARGENTA, Milena. Itinerários Terapêuticos e Modelos de Sofrimento entre voluntárias da Pastoral da Saúde do Bairro Saco Grande II – Florianópolis/SC. In_____. MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). Gênero, Saúde e Aflição [abordagens antropológicas]. Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis – SC, 2010.
- AZIZE, Rogério Lopes. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. Trabalho, educação, saúde, v.8, n.3, p.563-574, nov. 2010/fev. 2011.
- BAPTISTA, Makilim et. al. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? Psicologia, 1999, vol. 1, n. 2, p. 143-156 *apud* OLIVEIRA, 2015.
- BARBIERI, T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: RODRÍGUES, R. (Ed.). Fin de Siglo: género y cambio civilizatorio. Santiago: Isis International, 1992.
- BERQUÓ, Elza S.; CUNHA, Estela Maria G. (orgs). Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995). Editora Unicamp, Campinas – SP, 2000.
- BRASIL. Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS. 2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf> *apud* SANTOS, 2015.
- BRAZ, R., LORENZO, R. D., LOTFI, G., VASCONCELOS, Eduardo Mourão & REIS, T. R. Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social de Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013 *apud* SANTOS, 2015.
- BUTLER, Judith. Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción. Universitat de València, 2001 *apud* OLIVEIRA, 2015.

- BRUM, Eliane. Doentes de Brasil – Como resistir ao adoecimento num país (des)controlado pelo perverso da autoverdade. *Jornal El País*, 02 de Agosto de 2019. Acessada em 02/08/19 através do link: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044_448590.html
- CACHADINHA, Manuela Benvinda Vieira Gomes – A Medicina Popular no Noroeste de Portugal, *Mediterrâneo*, n.º 3, Instituto Mediterrânico, Lisboa, 1993, pp. 365-374.
- CAMILO, J. A. O. e FURTADO, R. N. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades*, 16(3): 34-44, dezembro, 2016.
- CAPONI, Sandra. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *Physis*, v. 17, n. 2, p. 343-52, 2007.
- _____. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Interface*, v. 13, n. 29, p. 327-338, 2009.
- _____. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.2, pp. 529-549.
- CARLOTTO, Maria C. Resenha de Nikolas Rose, *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século xxi*. São Paulo, Paulus, 2013. *Tempo Social*, revista de sociologia da USP, v. 26, n.º 2, 2014, p. 242-248.
- “Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha ‘Vamos conversar’”. Publicação online acessada em 07/04/17 no endereço eletrônico: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839.
- CÔRTEZ, Mariana. Diabo e fluoxetina = formas de gestão da diferença. 2012. 384 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.
- DIEHL, Eliana; BECKER, Marina; MANZINI, Fernanda. “A *minha melhor amiga se chama fluoxetina*” *Consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde*. In _____. *Gênero, Saúde e Aflição* [abordagens antropológicas].
- MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). *Gênero, Saúde e Aflição* [abordagens antropológicas] Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis – SC, 2010.
- DAS, Veena. *Affliction: Health, Disease, Poverty*. Fordham University Press, New York, 2015.

DUARTE, Luiz Fernando D. *A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?* In_____. Saúde e Doença: um olhar antropológico. ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1998 (1ª reimpressão).

_____. *Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciência & Saúde Coletiva, vol.8, no.1, Rio de Janeiro 2003.

_____. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*, Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.

EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, Paris, 1998 apud OLIVEIRA, 2015.

FOUCAULT, M. *A casa dos loucos; O nascimento da medicina social; O nascimento do hospital*. In_____ *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3a ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124 apud SANTOS, 2015.

GAUDENZI, P. e ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012 apud SANTOS, 2015.

GAULEJAC, Vincent de. *Gestão como doença social*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007 apud OLIVEIRA, 2015.

GODBOUT, Jacques T. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999 apud LOECK, 2009.

GOFFMAN, Erving. *A carreira moral do doente mental*, p. 109 – 144. In_____. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva S.A, São Paulo, 1974.

GOMES, M. A. S. M. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1080-1082, Dez. 2004 apud SANTOS, 2015.

GONÇALVES, Amadeu Matos. *A doença mental e a cura: um olhar antropológico*. *Millennium – Revista do ISPV* nº 30 outubro de 2004.

HORWITZ, Allan. V.; WAKEFIELD Jerome. C. *A tristeza perdida: como a psiquiatria*

- transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010 *apud* OLIVEIRA, Vanilda Maria de. 2015. 334 p. Curar a própria história – Uma análise sociológica da terapêutica da depressão. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília/Unb – Instituto de Ciências Sociais. Brasília (DF).
- JUSTO, Luís P. e CALIL, Helena M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista Psicologia. Clínica*, 33 (2), 2006, p.74-79 *apud* OLIVEIRA, 2015.
- KEHL, Maria Rita. O tempo e o cão: a atualidade das depressões - São. Paulo : Boitempo, 2009.
- LANGDON, Esther Jean. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista. [mar-abril, 2009]. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2): 323-6. Entrevista concedida a Sandra Greice Becker, Luciana Martins Rosa, Gisele Cristina Manfrini, Marli Terezinha Stein Backes, Betina H. S. Meirelles e Sílvia Maria Azevedo dos Santos.
- LATOUR, B. Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: EDUFBA-Edusc, 400 p., 2012.
- LOECK, Jardel Fischer. Adicção e ajuda mútua: estudo antropológico de grupos de narcóticos anônimos na cidade de Porto Alegre (RS). 2009. 158 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Porto Alegre/RS.
- MANEEN, John V. *Tales of the field – On writing ethnography*. The University of Chicago Press, Second edition, Chicago, 2011.
- MALUF, Sônia W. *Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*. In _____. *Gênero, Saúde e Aflição [abordagens antropológicas]*, MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis-SC, 2010.
- _____. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 5, n. 12, dezembro de 1999, 69-82.
- MASTROIANNI, Patrícia C.; VAZ, Amanda C.R.; NOTO, Ana R.; GALDURÓZ, José C.F. Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 968-971, out. 2008 *apud* DIEHL et al. 2010.
- MAUSS, M 1960. *Sociologie et anthropologie*. Presses Universitaires de France, Paris *apud* MOREIRA, 2004.

- MEDRADO, B., LYRA, J., and AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. Saúde do homem em debate [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 39-74. ISBN 978-85-7541-364-7.
- MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 136-142, Junho 2012 *apud* SANTOS, 2015.
- MOREIRA, Martha Cristina N. Resenha de “*A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos* de Leonardo Mota. Editora Paulus, São Paulo, 2004, 199pp. (Série Alternativa). *Ciênc. saúde coletiva*, vol.9n.4, Rio de Janeiro, Oct./Dec.2004.
- MOTA, Leonardo. *A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos* de Leonardo Mota. Editora Paulus, São Paulo, 2004, 199pp. (Série Alternativa) *apud* MOREIRA, 2004.
- OLIVEIRA, Vanilda Maria de. 2015. 334 p. Curar a própria história – Uma análise sociológica da terapêutica da depressão. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília/Unb – Instituto de Ciências Sociais. Brasília (DF).
- PIGNARRE, Phillipe. Comment la dépression est devenue une épidémie. Paris: Hachette, 2001 *apud* OLIVEIRA, Vanilda Maria de. 2015. 334 p. Curar a própria história – Uma análise sociológica da terapêutica da depressão. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília/Unb – Instituto de Ciências Sociais. Brasília (DF).
- QUARTILHO, Manuel João Rodrigues – Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência, Quarteto Editora, Coimbra, 2001.
- QUINTELLA, Rogério R. Vicissitudes da crença narcísica: a depressão no mundo contemporâneo. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- KLEINMAN, Arthur. Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China. Yale, University Press, New Haven, Connecticut, 1986.
- _____. Patients, and healers in the context of culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press, 1981.
- RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo Cesar Alves. Tecendo o *Self* e Emoção nas Narrativas do Nervoso. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo Cesar Alves.; SOUZA, I.M. (orgs). Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

- ROEDER, Maika Arno. *Serviço Residencial Terapêutico – Morada do Gênero*. In_____. Gênero, Saúde e Aflição – Abordagens antropológicas, MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis – SC, 2010.
- ROSE, N. (2013). A política da própria vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus.
- SANTOS, Felipe L. dos. Saúde Mental, atenção básica e ajuda mútua: o cuidado como uma artesanaria através do NASF. 2015. Artigo apresentado para o IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL "A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA: DESVER O MUNDO, PERTURBAR OS SENTIDOS", setembro de 2015. Salvador – Bahia.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R. & COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 7-17, 2005 *apud* Schraiber e Figueiredo, 2011.
- SCHRAIBER, LB., and FIGUEIREDO, WS. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R., org. *Saúde do homem em debate* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 19-38. ISBN 978-85-7541-364-7.
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2): 71-99, 1995 *apud* MEDRADO, LYRA e AZEVEDO (2011).
- SILVA, Andréa Tenório Correia da *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, Nov. 2012 *apud* SANTOS, 2015.
- SILVA, Daniela Ferreira A. Histórias de vida com transtornos alimentares: gênero, corporalidade e a constituição de si. 2011. 292p. Tese (doutorado) Programa de pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.
- SILVEIRA, Maria Lúcia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Editora Fio-cruz: Rio de janeiro, 2000.
- _____. *Nervos e nervosas no contexto das aflições contemporâneas: entrevista com Maria Lúcia da Silveira*. In_____. Gênero, Saúde e Aflição – Abordagens antropológicas, MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis – SC, 2010.

- SPITZER, Robert L.; WAKEFIELD, Jerome C. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem?. *American journal of Psychiatric*, Volume 156 Issue 12, December 1999, pp. 1856-1864 *apud* OLIVEIRA, 2015.
- TAVARES, A. H. A. et al. Relações de gênero no Programa Saúde da Família do Recife: diagnóstico de situação. Relatório final de pesquisa. Recife, São Paulo: Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife, USP-FM/DMP, SOS-Corpo, Fages/UFPE, 2004 *apud* Schraiber e Figueiredo, 2011.
- TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, Junho 2006 *apud* SANTOS, 2015.
- TESSER, C. D., POLI NETO, P., CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010 *apud* SANTOS, 2015.
- TORNQUIST, Carmen Susana; de ANDRADE, Ana Paula M.; MONTEIRO, Marina. *Velhas histórias, novas esperanças*. In _____. *Gênero, Saúde e Aflição – Abordagens antropológicas*, MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs.). Editora Letras Contemporâneas, Florianópolis – SC, 2010.
- TROIS, João F. De M. A cura pelo espelho: uma leitura antropológica do dispositivo terapêutico dos grupos de auto-ajuda de Neuróticos Anônimos. 1998. 158 p. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul *apud* LOECK, 2009.
- VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1751-1762. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.
- WHYTE, Susan R.; VAN DER GEEST, Sjaak; HARDON, Anita. Woman in distress: medicines for control. In: WHYTE, Susan R.; VAN DER GEEST, Sjaak; HARDON, Anita (org.). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p.50-63 *apud* DIEHL et al., 2010.