

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**CURAR A PRÓPRIA HISTÓRIA – UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA DA
TERAPÊUTICA DA DEPRESSÃO**

Autora: Vanilda Maria de Oliveira

Brasília, 2015

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**CURAR A PRÓPRIA HISTÓRIA – UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA DA
TERAPÊUTICA DA DEPRESSÃO**

Autora: Vanilda Maria de Oliveira

**Tese apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para obtenção do
título de doutora em Sociologia.**

Brasília, agosto de 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**CURAR A PRÓPRIA HISTÓRIA – UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA
DA TERAPÊUTICA DA DEPRESSÃO**

Autora: Vanilda Maria de Oliveira

Orientadora: Prof. Dra. Christiane Girard Ferreira Nunes

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Christiane Girard Ferreira Nunes (SOL/UnB)

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Penso (UCB)

Prof. Dr. Paulo Sergio de Andrade Bareicha (FE/UnB)

Prof.^a Dr.^a Tânia Mara Campos de Almeida (SOL/UnB)

Prof.^a Dr.^a Christiane Machado Coelho (SOL/UnB)

Prof.^a Dr.^a Analia Laura Soria Batista (SOL/UnB)

A minha família, sempre.

AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese envolve tanto solidão quanto parcerias. Exige o isolamento necessário para a leitura, a reflexão, produção e análise dos dados e do próprio texto. Proporciona encontros produtivos com sujeitos da pesquisa, professores, colegas, amigos que contribuem para ampliar sua perspectiva e melhorar seu trabalho.

Preciso agradecer aos professores do Departamento de Sociologia da UnB, sobretudo por continuarem alimentando meu interesse, conhecimentos e amor pela sociologia. De uma forma especial, a Carlos Benedito Martins, Lourdes Bandeira, Luís de Gusmão, Edson Farias, Christiane Girard, Arthur Trindade Maranhão Costa e Tânia Mara de Almeida.

À Christiane Girard Ferreira Nunes por ter aceito orientar uma “desorientada”, que chegou até ela no segundo ano do doutorado, com o desejo de mudar seu objeto de pesquisa para estudar depressão. Agradeço pelas contribuições, pelas valiosas conversas, por ter me ajudado a desenvolver o olhar interdisciplinar que o objeto exigia.

Às professoras Christiane Machado Coêlho e Ana Magnólia Mendes, por terem participado da minha banca de qualificação e contribuído com orientações para a pesquisa.

À Capes, pela concessão de bolsa para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos funcionários do PGSOL, por todo o apoio.

A todos os terapeutas que me receberam, falaram comigo, explicaram sobre seu trabalho e indicaram sujeitos para a pesquisa.

A cada pessoa que aceitou falar de si, seus sofrimentos, sua vida, sua trajetória terapêutica a fim de contribuir com essa pesquisa. Muito Obrigada.

À minha família e amigas queridas pelo carinho, apoio, alegrias e paciência com meus isolamentos necessários para a produção da tese.

NO LUGAR DE UMA EPÍGRAFE

Em um quarto na Lapa:

Cliente - As coisas nunca fizeram muito sentido pra mim. Mas eu continuei jogando o jogo, dia a dia, sempre esperando por um sinal, alguma pista de que tudo ia acabar bem. Mas nunca aconteceu nada. Todos os dias da minha vida eu sempre esperei por um milagre, mas ele nunca chegou. É como se eu estivesse do lado de fora pra sempre, uma espécie de voyeur da vida alheia, invejando os felizes, desprezando o sucesso dos sem talento, me solidarizando com os marginalizados, os malditos. Mas eu poderia ter sido qualquer coisa que eu quisesse na vida, qualquer coisa que eu quisesse. Qualquer outra coisa.

Puta - Aceita as coisas como elas são, meu amor. Tem gente que nasce pra ser feliz, tem gente que não.

Cliente – (Mostra uma arma que trazia com ele) Hoje é minha última noite, não precisa ter medo, você não faz parte dessa história.

Puta – Eu tive um cliente parecido contigo, sabia? Falava umas coisas estranhas. Um dia se atirou na frente de um carro.

Cliente – História triste, ne?

Puta – Não, é até bem engraçada, ele não morreu. (E, pegando a arma) Tá carregada?

Cliente – Sabe o que me assusta nessa história toda? Não é a ideia de que daqui há algumas horas uma bala vai atravessar a minha cabeça, não é isso. Na verdade, essa é a parte mais fácil. O que me aterroriza é a possibilidade da vida continuar depois da morte. Já pensou que tremenda ironia, depois desse trabalhão todo despertar em um maldito reino espírita do além?

Ela ri muito.

Cliente – Eu sinto uma claustrofobia horrível quando penso nisso:preso eternamente a mim mesmo, sem alívio, sem saída.

Diálogo retirado do filme *Incuráveis*, de Gustavo Aciole, 2006.

RESUMO

A depressão tem sido considerada uma epidemia e tido grande visibilidade atualmente. Ela é classificada pela psiquiatria como um transtorno afetivo, ou seja, uma patologia da vivência anormal dos afetos. Em contrapartida, ao definir a depressão, a maior parte dos sociólogos e psicanalistas foca no trabalho contínuo e estafante de realização de si mesmo, tendo como referencial a cultura do individualismo, do narcisismo, do gerencialismo, da autonomia e da performance. O indivíduo deprime por estar fatigado por toda a demanda de se tornar ele mesmo e culpabilizado por não atender ao ideal de eu. Nesse sentido, a depressão não é apresentada como uma patologia, mas uma forma de subjetivação baseada na em uma ferida narcísica, na perda, na falta, na insuficiência e no fracasso. O sujeito deprimido é o resultado das contradições sociais que produzem um profundo abatimento, cansaço e desesperança de si na contemporaneidade. Tratar a depressão é parte importante da regulação afetiva contemporânea. Mobiliza recursos modernos como a ciência, a medicina, a farmacologia e a psicoterapia para auxiliar os indivíduos a atenderem as exigências da vida em sociedade. As terapias holísticas emergem com uma nova perspectiva, lidam com a depressão entendendo-a como um desequilíbrio energético que se reflete no físico e no mental. Nelas, há uma ampliação do sentido de corpo, considerado não apenas em seu aspecto biológico, mas que inclui também a mente, a alma, o espírito e a energia. Os cuidados de si propostos por essas diferentes terapêuticas envolvem procedimentos, exercícios, tecnologias que atuam no corpo e produzem subjetividades. A pesquisa aqui desenvolvida utiliza da narrativa biográfica para compreender os processos de acometimento e enfrentamento da depressão, tendo como foco histórias de vida e os itinerários terapêuticos dos sujeitos deprimidos, sobretudo os mais acometidos por esse mal-estar, as mulheres. A análise dos itinerários terapêuticos empreendidos pelos sujeitos deprimidos permitiu compreender percursos e produção de sentidos envolvidos na terapêutica da depressão. Mostrou dinâmicas de legitimação, aproximação e afastamento das terapias disponíveis. Por fim, evidenciaram desconfortos, descobertas e investimentos que fizeram parte da busca de saúde psíquica, e que, em alguns casos, deram origem a novas subjetividades, já não deprimidas.

ABSTRACT

Depression has been view an epidemic and had great visibility today. It is classified by psychiatry as an affective disorder. On the other hand, when defining the depression, most sociologists and psychoanalysts focus on the ongoing and grueling work of production itself, taking as reference the culture of individualism, the narcissism, managerialism, autonomy and performance. The individual depresses to be fatigued by all the demand to become himself and blamed for not meet the ideal of self. In this sense, depression is not understood as a disease, but a form of subjectivity based on a narcissistic wound, in loss, in absence and failure. The depressed subject is the result of the social contradictions that produce a deep discouragement, weariness and hopelessness of itself in the contemporary world. Treatment of depression is an important part of emotional adjustment contemporary. Mobilizes resources as modern science, medicine, pharmacology and psychology to assist individuals to meet the demands of life in society. The holistic therapies emerge with a new perspective, deal with depression understanding it as an energy imbalance that reflects physical and mental. In them, there is a broadening of the meaning of the body, not just in its biological aspect, but that also includes the mind, the soul, the spirit and energy. The self-care offered for these different therapies involve procedures, exercises and technologies that act in the body and produce subjectivities. This research developed here uses of biographical narrative to understand the processes of involvement and coping with the depression, focusing on life stories and the therapeutic itineraries of depressed subjects, especially those most affected by this malaise, women. Analysis of the therapeutic itineraries undertaken by depressed subjects allowed understand pathways and production of senses involved in the treatment of depression. It showed dynamic of legitimation, approximation and remoteness of therapies available. Finally, evidenced discomforts, discoveries and investments that have been part of the search for mental health, and that, in some cases, gave rise to new subjectivities, not already depressed.

RESUMÉ

La dépression a été considérée comme une épidémie et a eu une grande visibilité aujourd'hui. Il est classé par la psychiatrie comme un trouble affectif, ou d'un trouble de l'expérience anormale de l'affect. D'autre part, pour définir la dépression, la plupart des sociologues et psychanalystes se concentrent sur le travail en cours et de la production exténuant lui-même, en prenant comme référence la culture de l'individualisme, le narcissisme de gestionarisme, autonomie et performances. L'individu déprime d'être fatigué par toute la demande à devenir lui-même et a blâmé pour ne pas répondre à l'idéal de je. En ce sens, la dépression est pas présentée comme une maladie, mais une forme de subjectivité basée sur une blessure narcissique, une perte, en l'absence, l'insuffisance et l'échec. Le déprimé sujet est le résultat de la que les contradictions sociales produisent un profond découragement, la lassitude et le désespoir d'eux-mêmes dans le monde contemporain. Traitement de la dépression est une partie importante de régulation de l'humeur contemporaine. Mobilise des ressources comme la Science moderne, la médecine, de la pharmacologie et de la psychologie afin d'aider les individus à répondre aux exigences de la vie en société. Les thérapies holistiques émergent avec une nouvelle perspective, traiter la dépression comprise comme un déséquilibre énergétique qui reflète sur le physique et le mental. En eux, il y a un élargissement de la signification de l'organisme, et non pas seulement dans son aspect biologique, mais qui comprend également l'esprit, l'âme, l'esprit et de l'énergie. L'autogestion de la santé offerts par ces différentes thérapies impliquent des procédures, des exercices, des technologies qui agissent dans le corps et produire des subjectivités. La recherche développée ici utilise le récit biographique de comprendre les processus de participation et de faire face à la dépression, en se concentrant sur des histoires de la vie et les itinéraires thérapeutiques des sujets déprimés, en particulier les plus touchés par ce malaise, les femmes. L'analyse des itinéraires thérapeutiques entrepris par les sujets déprimés autorisés à comprendre les voies et production de significations impliqués dans le traitement de la dépression. A montré dynamique de légitimation, le rapprochement et l'éloignement des thérapies disponibles. Enfin, en témoignent les malaises, les découvertes et les investissements qui ont été une partie de la recherche pour la santé mentale, et que, dans certains cas, ont donné lieu à de nouvelles subjectivités, pas déjà déprimé.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – UMA REVISÃO DO CAMPO DE ESTUDOS	21
CAPÍTULO 1 – DEPRESSÃO E PSIQUIATRIA: SOFRIMENTO PSÍQUICO OU DISFUNÇÃO CEREBRAL?	22
1.1 Da Melancolia à depressão - e da bílis aos neurotransmissores.....	23
1.2 O diagnóstico psiquiátrico – algumas ponderações sobre as CIDs e os DSMs.....	32
1.3 A indústria farmacêutica e a medicalização do sofrimento.....	41
CAPÍTULO 2 –DEPRESSÃO COMO SINTOMA SOCIAL: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE O TEMA	46
2.1 Mal-estar, subjetividades e depressão	47
2.2 Subjetividade do deprimido.....	59
2.3 Tratar a depressão e produzir subjetividades.....	62
CAPÍTULO 3 – TERAPIAS HOLÍSTICAS E O NOVO PARADIGMA ENERGÉTICO EM SAÚDE	75
3.1 Itinerários Terapêuticos.....	75
3.2 As crises na biomedicina e a emergência do paradigma holístico	78
3.3 As terapias holísticas e o paradigma energético.....	87
CAPÍTULO 4 – O QUE HÁ DE DIFERENÇA DE GÊNERO NA DEPRESSÃO?.....	92
4.1 Depressão e desigualdades de gênero	92
4.2 Anatomia e adoecimento psíquico feminino	109
4.3 A depressão e o sofrimento das mulheres	114
PARTE II – A PESQUISA	117
CAPÍTULO 5 – MÉTODOS E TÉCNICA DA PESQUISA	118
5.1 Quadro conceitual	118
5.2 Método biográfico: Como acessar o íntimo e o sofrimento	120
5.3 O recrutamento dos sujeitos da pesquisa.....	128
5.4 A realização das entrevistas	132
5.5 Cuidados éticos	135
5.6 A análise dos dados	136
5.7 Perfil dos entrevistados	137
CAPÍTULO 6 – HISTÓRIAS DE VIDA E FACES DA DEPRESSÃO.....	142
6.1 Sofrimento e negação da alteridade.....	143
6.2 Sofrimento e rejeição	152

6.3	Sofrimento e violência	164
6.4	Sofrimento provocado por uma doença.....	178
CAPITULO 7 – ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS PARA CURAR A DEPRESSÃO: ENTRE O CAMPO PSI E O ENERGÉTICO		192
7.1	Itinerários	193
	Berilo.....	193
	Esmeralda.....	200
	Rubi.....	205
	Cristal	216
	Ametista	226
	Jade.....	234
	Ágata	245
	Jaspe	255
	Olivina.....	263
	Citrino	273
7.2	O sentido do tratamento – crise, terapia e autotransformação.....	278
CAPITULO 8 – TRANSFORMAÇÃO DE SI E CURA ENERGÉTICA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO		282
8.1	Depressão e biografia	282
8.2	Itinerários terapêuticos	286
8.2	Eliminar o sofrimento e transformar a si mesmo	303
CONSIDERAÇÕES FINAIS		306
REFERÊNCIAS		312

INTRODUÇÃO

A sociologia da saúde tem nos permitido traçar um quadro do adoecimento e das práticas de saúde em contextos sociohistóricos precisos. A partir dela, é possível observar o conjunto de doenças que predomina em cada sociedade, em cada momento histórico; a distribuição social delas; as práticas de saúde mais adotadas e com maior relevância nas sociedades; a diversidade de discursos sobre elas; os modos mais legitimados de cuidar da saúde e enfrentar as doenças.

Outra forma pela qual a sociologia tem procurado compreender a saúde e doença é a partir dos sujeitos enfermos. Interessa principalmente a construção do status e da identidade social do doente; a relação social do doente com a doença; as percepções, experiências subjetivas e objetivas de cuidados com a saúde; o nível de adesão ou distanciamento crítico do discurso médico oficial; a construção de caminhos terapêuticos particulares, oficiais ou alternativos.

A saúde mental configurou-se um campo de estudo particular e relevante dentro da sociologia, especialmente devido à relevância dos trabalhos de Michel Foucault e Erving Goffman.

Mas, sob o aspecto das transformações da própria compreensão de saúde, as categorias de transtorno mentais têm crescido e se diversificado vertiginosamente, tanto que, nesse trabalho, em especial, nos determos a um campo dentro dos transtornos mentais, que são os transtornos de humor. Mais especificamente, trataremos da depressão. De acordo com a psiquiatria moderna, principal agente definidor de psicopatologias, a forma como os sujeitos lidam com seus afetos mereceram um tópico particular inscrito nos manuais de diagnósticos psiquiátricos e médicos.

A psicoterapia, a psiquiatria e a psicanálise tem produzido uma ampla gama de análises sobre a intensidade, expressão e duração saudável ou doentia da angustia, tristeza, alegria, ansiedade e medo, por exemplo.

Estados de humor foram classificados e catalogados em manuais médicos de acordo com a recorrência e duração. Se um estado afetivo considerado patológico ocorrer

episodicamente e tiver pouca duração ele será considerado uma patologia leve. Caso essa manifestação seja recorrente ou dure por um período maior, ele configura uma grave.

Ao lado de diagnósticos, surgem uma ampla gama de medicamentos que prometem tratar e curar “transtornos do humor ou afetivos”.

Na contemporaneidade, tem emergido diversas neuroses: anorexia, bulimia, ansiedade, pânico, transtorno bipolar, depressão. Entre todas, a depressão tem tido um lugar privilegiado de destaque, já classificada entre as cinco maiores epidemias do mundo.

Estatísticas produzidas pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), indicam que em todo o mundo existem mais de 340 milhões de deprimidos. Dados da OMS (2012) indicam que 5% da população mundial sofre de depressão, com prevalência das mulheres (4,5 a 9,3%) sobre os homens (2,3 a 3,2%). Nas mulheres, ela é também mais prolongada, dura geralmente o dobro de tempo do que nos homens. Esses dados advertem ainda que 10% das pessoas podem sofrer ao menos um episódio depressivo ao longo da vida. Esse mesmo estudo mostrou que a depressão é a quinta maior questão de saúde pública no mundo e calcula-se que até 2020 estará em segundo lugar. Ela já é a segunda causa de afastamento do trabalho no Ocidente. Para se ter uma ideia de seu impacto sobre os deprimidos, a taxa de suicídio entre eles é trinta vezes maior do que no resto da população.

É consensual nas mais diversas pesquisas sobre a depressão que ela tem um alto custo social, emocional e financeiro para os indivíduos.

Conforme observou Carrenho (2007), a depressão vem atraindo tanto a atenção pública que alguns estão chamando nossa época de a “era da depressão”, em contraste com a “era da ansiedade” que se seguiu à Segunda Guerra Mundial.

A academia não escapou à sedução da depressão. A investigação sobre ela tornou-se tem crescido vertiginosamente, como discutiram Horwitz e Wakefield (2007). 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 definição de transtorno depressivo. A quantidade de artigos beirou os 10000 logo depois da publicação da quarta versão do Manual. Esse número tem aumentado progressivamente, desde então.

As tentativas de compreender esse fenômeno tem se multiplicado: as ciências biológicas procurando mostrar como a genética interfere no acometimento da depressão; as neurociências buscando provas de que o cérebro é o responsável pelo humor, resultado de sinapses, e maneiras de intervir nele; a neurofarmacologia produzindo crescentemente medicamentos que prometem acabar com o sofrimento psíquico, sobretudo a partir da regulação dos neurotransmissores; a psicoterapia desenvolvendo novos e mais eficazes tratamentos; a psicanálise procurando explicar como a depressão é um mal-estar novo, relacionado à ausência de desejo e sensação de perda de si mesmo na contemporaneidade.

Além disso, a depressão tem sido objeto de interesse crescente das mais diversas áreas como a nutrição, enfermagem e, nas ciências humanas, educação, antropologia e sociologia.

Especialmente a partir dos trabalhos de Goffman e Foucault sobre o tratamento com pessoas classificadas como doentes mentais em instituições de saúde modernas, a sociologia passou a observar como a psiquiatria tem transformado inadaptação em patologia e, a partir daí, medicalizado e controlado os corpos e condutas dos indivíduos, interferindo inclusive na produção de sua subjetividade.

Diagnósticos psiquiátricos têm servido para classificar e medicalizar diversos comportamentos socialmente indesejados ou impróprios, para utilizar os termos de Goffman (2011). O indivíduo se transforma, a partir do diagnóstico, em objeto de práticas terapêuticas, e recebe uma série de investimentos que objetivam transformar o comportamento marcado como impróprio.

Ao longo da história, alguns corpos e sujeitos tem recebido ainda mais atenção médica e psiquiátrica. A patologização do corpo feminino, sobretudo da sua psique, foi um investimento importante nos processos de regulação dos corpos, denominado por Foucault de biopolítica. A própria relação do sujeito com o seu corpo, os cuidados de si, estaria submersa em relações de poder/saber que constituíam modos de existência. Esses cuidados de si envolvem procedimentos, exercícios, tecnologias cotidianas adotadas pelo próprio sujeito na produção de seu corpo e de sua subjetividade (FOUCAULT, 1998).

Sociologia, psicanálise e antropologia têm atentado para como, na medicina, a depressão é apresentada como uma vivência anormal dos afetos.

A depressão visibiliza o modo como o humor e os afetos se transformaram em objeto de interesse e intervenção médica na modernidade. A forma de lidar com eles já pode ser classificada como patológica e, mais do que isso, epidêmica.

Essas ciências têm salientado o grande sucesso das neurociências e da indústria farmacêutica na modernidade conseguiu colocar os afetos no patamar das reações químicas.

De acordo com essa perspectiva, é possível conseguir um bom desempenho afetivo dos indivíduos com o auxílio de psicotrópicos, o que tem sido chamado de “produção farmacológica de si”, que ocorre por meio do uso de hipnóticos, tranquilizantes, barbitúricos, antidepressivos ou estimulantes. Essas técnicas que tem em vista a gestão do humor, das condições de sociabilidade e dos usos de si. Chama a atenção, sobretudo, que, nessa via farmacológica, o mais importante não é o restabelecimento dos órgãos comprometidos por alguma doença, mas da eficácia social do indivíduo acometido por ela (LE BRETON, 2003).

Para Homem (2003), concomitante a essa transformação no modo de lidar com as emoções, nasce um projeto de aquietamento da alma humana via produtos psicofarmacológicos, cada vez mais eficazes na tentativa de domesticar o medo, a tristeza, a depressão, a ansiedade e a angústia e produzir novas subjetividades, mais funcionais e alegres.

É preciso observar que a saúde, a doença e os processos de cura são construções sociais, resultantes de um processo complexo que integra fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e religiosos, que permeiam o contexto da história de vida das pessoas e exercem marcada influência nas suas atitudes face à doença e aos processos de cura (KLEINMAN, (1992).

De acordo com Luz (1997), distintas racionalidades coexistem de fato em nossa cultura, de maneira conflituosa, pacífica ou mais ou menos integrada, frequentemente de modo híbrido. Esse processo se verifica nas práticas e representações tanto dos agentes institucionais (médicos-profissionais) como nas dos pacientes envolvidos nos processos de diagnose, terapêutica e cura.

Na contemporaneidade, os indivíduos têm se tornado cada vez mais consumidores de uma diversidade de serviços de saúde, que combinam diferentes perspectivas sobre o que é ser saudável.

A pesquisa desenvolvida nessa tese parte de uma questão inicial sobre quais seriam as demais respostas que a sociedade atual tem criado para lidar com a depressão, para além das terapias psi, ou seja, psiquiatria, psicoterapia e psicanálise.

A sociologia tem atentado para dois processos importantes nas transformações do campo na saúde: de um lado, o fortalecimento do modelo biomédico, que procura promover a saúde dos corpos a partir de um tratamento médico-alopático e, de outro, o crescimento já a algumas décadas de medicinas alternativas.

O aumento do consumo das terapias alternativas ou complementares está relacionado à expansão de um movimento de autoajuda, em que as pessoas são apresentadas às possibilidades de controlar suas vidas, reformulá-las, definirem os cuidados com seus corpos e suas mentes. Emerge uma série de práticas corporais que envolvem uma noção ampliada de corpo e de saúde, em que se misturam elementos de diversas culturas, religiosidades, confrontantes ou não com a ciência e a medicina ocidental moderna.

O discurso de defesa dessas práticas alternativas e complementares é de que seu objeto principal passa a ser o sujeito como um todo, não um corpo doente. Elas não visariam apenas combater doenças, mas criar um novo tipo de sujeito que se preocupa com seu bem-estar, viva de forma saudável, crie para si um ambiente harmônico e equilibrado, gerador de saúde física, mental e social. Isso se daria a partir de um processo de autoconhecimento de seu corpo e dos mecanismos psíquico, físico, espirituais e energéticos que envolvem o bem estar e uma vida saudável. (ALBUQUERQUE, 2001).

As medicinas alternativas teriam trazido ideias e valores capazes de desestabilizar e até mesmo concorrer com o paradigma dicotômico saúde-doença ou normalidade-patologia da medicina ocidental moderna. Para essas medicinas, a doença não seria reflexo de uma patologia, ou seja, de uma disfunção nos órgãos do corpo, mas um desequilíbrio espiritual ou energético, que se refletiria no físico-mental. Há uma ampliação do sentido de corpo, considerado não apenas em seu aspecto biológico, mas que inclui também a mente, a alma, o espírito e a energia vibracional. Seu paradigma é o da vitalidade-energia (TAVARES, 1999; LUZ, 2008).

As práticas corporais alternativas partem de uma visão global e unitária que procura reintegrar corpo e mente, físico e psicológico, material e espiritual e homem e natureza.

Essas estruturas fazem parte do estado geral de saúde do indivíduo relacionado ao equilíbrio de suas energias. Suas técnicas envolvem a valorização de capacidades autoreguladoras e regeneradoras, inerentes ao ser humano, que prometem garantir aos indivíduos autonomia na gestão do seu corpo e da sua mente. A resposta à doença e a conquista do bem-estar estaria no trabalho de consciência corporal, que envolve aprender a se ouvir, escutar o próprio corpo, necessidades, desejos e vontades e, a partir daí, abrir um canal de comunicação entre razão, emoção e físico (RIBEIRO & MAGALHÃES, 1997).

No Brasil, em 2006, foi estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que vem contribuindo para o fortalecimento de medicina alternativa e complementar no nível primário de atenção à saúde. O uso de diversas terapias foi legalizado e estimulado no SUS, em especial a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, florais de Bach, cromoterapia, entre tantas outras. Mas, além do SUS, há uma extensa rede de clínicas, consultórios e profissionais oferecendo esses serviços.

Se admitirmos que, de modo crescente os sujeitos vem participando das decisões sobre seu tratamento e cura, uma análise de itinerários terapêuticos tem adquirido cada vez mais importância. No caso dessa pesquisa, que será uma investigação de itinerários terapêuticos de deprimidas (os), pretende-se compreender as novas formas de gestão de si e regulação emocional a que esses sujeitos têm aderido a fim de eliminar o sofrimento causado pela depressão.

Pesquisas sobre itinerários terapêuticos nos permite compreender como as pessoas constroem suas trajetórias em busca de tratamento para suas aflições e, mais que isso, é conhecer os elementos que influenciam suas escolhas, que adquirem importância no percurso do tratamento e o porquê. Com o uso de narrativas biográficas, os itinerários terapêuticos podem ser considerados recursos importantes para compor experiências e significados de cada pessoa na busca do alívio do seu sofrimento.

O foco dado aqui às terapias holísticas deve-se ao fato de as discussões sobre integralidade e diversificação de abordagens terapêuticas serem abundantes, mas ainda pouco abordadas para o tratamento de transtornos psíquicos em geral e da depressão, em especial.

O recorte de gênero deve-se a duas razões: primeiro, as mulheres são duas vezes mais diagnosticadas com depressão do que os homens; segundo, elas são a maioria das pessoas que procuram por terapias complementares e alternativas.

A escolha metodológica de analisar narrativas biográficas deve-se ao fato de que uma abordagem biográfica permite relacionar o itinerário individual ao contexto social.

A análise objetiva compreender os contextos sociais enunciados como vulnerabilizadores da depressão; o modo como mulheres e homens deprimidos absorvem discursos tanto biomédico quanto das terapias holísticas e se utilizam deles; do entendimento que tem sobre as terapias utilizadas; quais foram as terapias holísticas privilegiadas para o tratamento e sob que argumentos essa preferência é justificada; por fim, a principal questão é o que os sujeitos da pesquisa fizeram das terapias disponíveis e o que essas terapias fizeram deles.

O primeiro capítulo da tese, **Depressão e psiquiatria: sofrimento psíquico ou disfunção cerebral?** foi construído de modo a apresentar um resumo do desenvolvimento do conceito, diagnóstico e tratamento da depressão ao longo da história da medicina. Obviamente omite vários aspectos, tendo em vista que tão diversas especialidades tem se voltado para a compreensão desse fenômeno, desde a genética às múltiplas neurociências. O capítulo está centrado em evidenciar o aspecto biológico dado aos humores e afetos humanos, sua classificação como estados patológicos e a centralidade no cérebro nesses discursos biomédicos. Traz um levantamento de ponderações epistemológicas e éticas sobre os manuais de diagnósticos médicos e os psicofármacos, feitos por cientistas sociais e psicanalistas que tem se dedicado à análise desses objetos. No que diz respeito aos diagnósticos, são apresentadas discussões que evidenciam a falta de clareza, de fronteiras bem definidas entre um e outro, a relação estreita entre a fixação de uma patologia e a descoberta de reguladores do humor.

O segundo capítulo, **Depressão como sintoma social: um olhar interdisciplinar sobre o tema** apresenta uma compreensão da depressão como sintoma social. Nele, são trazidos discussões de sociólogos, antropólogos, psicólogos e psicanalistas que questionam a centralidade biológica dada a depressão pelas ciências médicas e apresentam diversos aspectos socioculturais que contribuem para o adoecimento psíquico dos sujeitos. Nesse capítulo, lembraremos trabalho de estudiosos para os quais a depressão é resultado das

características da sociedade contemporânea, como o narcisismo, individualismo, consumismo exacerbado, fragilidade dos vínculos, das certezas e da segurança. Uma sociedade que torna o sujeito o único responsável por si mesmo, por produzir a si mesmo de acordo com ideais sociais de sucesso, beleza, autonomia, realização. Diante de demandas altíssimas e falta de recursos sociais e psíquicos para lidar com elas, os sujeitos voltam-se contra si mesmos. A imagem de si mesmos como fracassados diante da sociedade narcisista e consumista desenvolve nos sujeitos uma desesperança de si, cansaço de si, rejeição por eles mesmos e sua vida, ou seja, deprimem.

O terceiro capítulo, **Terapias holísticas e o novo paradigma energético em saúde**, exhibe respostas alternativas às que o sistema de saúde formal tem trazido para o adoecimento psíquico. Como se sabe, diversas medicinas alternativas e complementares foram sendo adotadas no Ocidente sobretudo a partir de uma postura crítica à biomedicina, com seu excesso de especialização e medicalização. Essas medicinas trazem uma perspectiva holística e energética para a compreensão da saúde e ampliam a perspectiva de corpo para além do físico e mental, incluindo o emocional, energético e espiritual. A proposta de abordagem dessas terapias é um tratamento que considere o sujeito por inteiro e integrado ao universo do qual faz parte, agindo de forma que vai além do combate aos sintomas. O debate central do capítulo é como essas terapias holísticas podem contribuir para o alívio ou cura da depressão.

O quarto capítulo, **Depressão feminina: uma discussão sobre gênero, vulnerabilidade social e saúde**, aprofunda a discussão sobre o aspecto social da depressão, colocando em pauta a maior vulnerabilidade de determinados sujeitos diante dela, sobretudo as mulheres. Ele mostra como, apesar da justificativa biológica dada pela medicina para a prevalência da depressão em mulheres, há diversos aspectos socioculturais que contribuem para que elas se deprimam 2,5 vezes mais do que os homens. São retomados aspectos relacionados tanto à tradição médica de patologizar o comportamento e sofrimento feminino e as desigualdades de gênero que promovem esse sofrimento e adoecimento feminino.

O quinto capítulo, **Métodos e técnica da pesquisa**, trata mais diretamente da pesquisa empírica. Nele são apresentados os métodos e técnicas utilizadas para a pesquisa: a narrativa biográfica, coletada por meio de entrevista gravada em gravador digital. O

capítulo traz ainda um pouco sobre o perfil dos sujeitos e seus itinerários; os cuidados éticos adotados na pesquisa e os critérios utilizados para o recrutamento dos sujeitos e para a análise dos dados.

O sexto capítulo, **Histórias de vida e faces da depressão**, traz as narrativas de vida dos sujeitos, em que cada entrevistado expõe os aspectos significativos de sua história que acredita ter contribuído para o desenvolvimento do seu quadro depressivo. São narrativas bastante centradas em destacar rejeições, violências, dificuldades, sofrimentos diversos que marcaram suas trajetórias e foram considerados desencadeadores de suas depressões. Nos relatos, é possível perceber uma compreensão de depressão como resultado de sua história e das relações que foram estabelecidas com os sujeitos que fizeram parte dela.

O sétimo capítulo, **Itinerários terapêuticos para curar a depressão: entre o campo psi e o energético**, apresenta as narrativas sobre o itinerário terapêutico de cada sujeito em busca do alívio para sua aflição. Nele são destacadas as idas e vindas a diferentes profissionais, busca de diversos recursos, afinidade e distanciamento com variadas ferramentas. A psiquiatria, psicoterapia e as terapias holísticas têm destaque especial nessas narrativas. Dinâmicas de legitimação, aproximação e afastamento dessas abordagens são explicitadas nos relatos, assim como os significados dados aos sintomas da depressão. As narrativas mostram que tratar a depressão envolve uma série de desconfortos, descobertas e transformações.

O capítulo 8, **Transformação de si e cura energética no tratamento da depressão**, é dedicado a uma análise mais cuidadosa dos diversos elementos que surgiram nas narrativas sobre os itinerários terapêuticos. Que significado era atribuído aos sintomas; quais foram os aspectos mais relevantes para a adoção ou rejeição à psiquiatria, psicoterapia ou terapia holística; de que modo cada abordagem contribuiu para o tratamento da depressão, conforme a percepção das (os) entrevistadas (os); que mudanças na compreensão da depressão e de si mesmos ocorreram ao longo dos tratamentos.

Por fim, são feitas considerações sobre os avanços e lacunas apresentados na tese.

PARTE I - UMA REVISÃO DO CAMPO DE ESTUDOS

CAPÍTULO 1 – DEPRESSÃO E PSIQUIATRIA: SOFRIMENTO PSÍQUICO OU DISFUNÇÃO CEREBRAL?

A depressão tem sido bastante associada especialmente à melancolia, vista como uma variação moderna ou contemporânea deste mal, ambas marcadas sobretudo por uma tristeza intensa e permanente. Embora haja debates em torno dessa comparação, reconhece-se que os afetos têm sido objeto de estudo e controle médico desde a antiguidade.

Muito debatida na medicina, filosofia, literatura e mesmo na astrologia, a melancolia ocupou por bastante tempo lugar de destaque na compreensão das perturbações dos afetos humanos.

Ora competindo com visões filosóficas ora religiosas, a medicina triunfou em qualificar estados afetivos como patológicos, fixá-los em manuais médicos e tratá-los de acordo com orientações médicas de cada período histórico.

Nesse capítulo, é feito um rápido levantamento dos aspectos mais importantes que contribuíram para a classificação dos estados afetivos como patológicos, desde o interesse médico pela melancolia na antiguidade até epidemia depressiva contemporânea, devidamente classificada em manuais psiquiátricos. Sobretudo, será destacada a compreensão biológica que se impôs pela medicina e que vinculou estados afetivos às disfunções orgânicas, ou melhor, à maior ou menor concentração de neurotransmissores no cérebro.

Será feito, portanto, um breve percurso de como a medicina definiu que a maior ou menor concentração da bile negra ou de neurotransmissores no cérebro pode alterar o modo como os humanos sentem o mundo, apreciam a vida e se relacionam com os outros.

É pertinente lembrar os debates acirrados sobre a medicalização dos afetos e à relação entre indústria farmacêutica e psiquiatria na contemporaneidade, que tem provocado sérias críticas e dúvidas em torno dos diagnósticos psiquiátricos.

Por fim, apresentaremos rapidamente as recentes discussões sobre o caráter normativo e a centralidade do cérebro na psiquiatria. Colocado no lugar de super órgão, o

cérebro tem sido apontado como grande mestre de nossas ações e até mesmo de nossa subjetividade. Autores como Ehrenberg e Ortega tem utilizado o conceito de “sujeito cerebral” para destacar como as neurociências atribuíram a subjetividade ao cérebro. Esse “cerebrarismo” tem sido cada vez mais legitimado a partir da neuropsiquiatria. Isso será melhor explicado no devido momento.

1.1 Da Melancolia à depressão - e da bílis aos neurotransmissores

Desde o século V a.C., na Grécia, o humor era estudado pelos pensadores da época. Foi o caso de Hipócrates, quem primeiro descreveu a melancolia como uma condição de desalento, abatimento, insônia, irritabilidade e inquietude. Para ele, a melancolia era resultado de distúrbio biliar. O humor era sinônimo de fluidos corporais, e consistiam em quatro: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. (CORDÁS, 2002; PERES, 2003).

Interessante é que já com Hipócrates, em 460 a.C., a explicação era de que o estado de humor dos sujeitos dependia do equilíbrio de substâncias corporais. Mais especificamente, a concentração de uma substância em particular, a bile negra, em um órgão em especial, o cérebro, daria origem à melancolia. Deste modo, tínhamos um modelo explicativo para o humor pautado no fisiológico, ou seja, em órgãos e substâncias.

Como bem explicou Rezende (2009), a teoria dos quatro humores encaixava-se perfeitamente na concepção filosófica da estrutura do universo. Ela teria surgido a partir de uma correlação dos quatro humores com os quatro elementos (terra, ar, fogo e água), com as quatro qualidades (frio, quente, seco e úmido) e com as quatro estações do ano (inverno, primavera, verão e outono). Na concepção médica, a enfermidade era resultante do desequilíbrio dos quatro humores no corpo. A saúde seria efeito, precisamente, do equilíbrio em proporção, propriedade e quantidade desses humores no corpo.

Inclusive, cada humor era relacionado a um elemento ou estação correspondente. A bile negra foi definida por Hipócrates como um humor de natureza fria e seca, produzido pelo baço, mas que poderia se espalhar pelo corpo. No caso de se encaminhar para o cérebro, resultava na melancolia. Mas outros efeitos poderiam advir de problemas com a bile negra, por exemplo, se ela se esquentasse poderia desenvolver uma exacerbação do

erotismo, da sensibilidade ou da raiva. No caso de esquentar em excesso, levaria à loucura (REZENDE, 2009).

Uma desordem da bile amarela poderia deixar o indivíduo com humor colérico, do sangue poderia deixá-lo com humor sanguíneo e na fleuma o deixaria fleumático. O reequilíbrio, por sua vez, se daria de três formas: pela ação do próprio corpo, que eliminaria o humor em excesso; com intervenção médica, que retiraria do corpo uma quantidade desses humor excedente; por fim, via medicamentosa, o médico poderia indicar as substâncias certas a ser ingeridas que ajudariam o corpo a se reestabelecer.

Ainda na antiguidade, o romano Galeno, estudioso de Hipócrates, ampliou a teoria dos humores, descrevendo a personalidade que o sujeito desenvolveria a partir da maior concentração de determinado humor. O humor se tornaria um traço marcador da personalidade, não mais apenas um fluido corporal. Um sujeito com mais humor sanguíneo seria mais otimista, falante e irresponsável; com humor mais colérico seria mais explosivo e ambicioso; com humor fleumático seria um indivíduo lento e preguiçoso; por fim, com humor melancólico seria mais pessimista e introspectivo (CORDÁS, 2002).

Aristóteles abordou o ponto positivo da melancolia que, se moderada, poderia resultar em indivíduos cheios de inspiração e brilhantismo (SOUZA e LACERDA, 2012). Esta percepção de melancolia como inspiradora e capaz de aguçar a visão e a mente perdurou por muito tempo nas artes.

A teoria dos humores de Hipócrates permaneceu como referência para a compreensão dos humores até a Idade Média, em que a visão científica foi substituída pela religiosa cristã no ocidente. O domínio religioso nesse período abarcava todas as esferas da vida. Como bem define Cordás (2002), “o mundo ocidental mergulha, então, numa nosologia que abandona órgãos e humores e passa a se basear na culpa, no pecado, na bruxaria e em todas as formas que o demônio pudesse assumir” (p. 30).

Estados de humor que antes eram considerados sintomas de um desequilíbrio corporal, passaram a ser relacionados ao pecado, tais como apatia, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento. Santo Agostinho declarou que o que separava os homens dos animais era o dom da razão. Portanto, a perda da razão era punição divina para uma alma pecadora e o tratamento deveria ser punição terrena, com isolamento social, aprisionamento ou morte, via Santa Inquisição. A melancolia era vista como um desconhecimento de Deus, afastamento de tudo o que era sagrado, pecado que também

deveria ser punido com prisão e tortura (CORDÁS, 2002; PESSOTTI, 1994; SOUZA e LACERDA, 2012).

Enfim, foi um período em que a Igreja Católica estabeleceu que tudo o que era ruim ou não era cristão passa a ser considerado demoníaco, alvo de legitimada perseguição e a intolerância religiosa, o que incluía os doentes. Estes eram socialmente isolados, levados para hospitais da Igreja e deixados para se curarem ou morrer, segundo a vontade de Deus (PESSOTTI, 1994).

Enquanto o conhecimento no ocidente era dominado pela Igreja, o mundo oriental continuou desenvolvendo diversas ciências e artes, inclusive a medicina, a partir dos estudos das teorias dos humores de Hipócrates e Galeno. No Século X, o médico persa Avicenna escreveu sobre aspectos da vida mental, classificou demência, alucinações, delírios, insônia, epilepsia e melancolia. Novamente a melancolia torna-se objeto de interesse médico, descrita pelo comportamento dos indivíduos acometidos por ela, que apresentavam tristeza, inquietação, agressividade, perda de apetite, flatulência e palpitações, segundo Avicenna. O tratamento indicado para a melancolia seria a música.

No Século XI repercute a tradução do livro *De Melancolia*, do médico árabe Ishad Ibn Imran. Nessa obra, o médico islâmico descreve a melancolia como um mal em que se observa o mutismo, imobilidade, distúrbios do sono, falta de apetite, agitação, desânimo, choro, risco de suicídio e medo de fatos que não são realmente ameaçadores (CORDÁS, 2002).

É a partir do Século XI que médicos orientais que se converteram ao cristianismo migram para a Europa e começam a introduzir novamente a medicina como estudo, inspirada nos conhecimentos greco-romanos e árabes (Idem).

Depois de um grande período mergulhada em horrores, especialmente a Inquisição, a Peste Negra e a Guerra dos cem anos, a Europa volta a revalorizar o homem como centro de tudo. A perspectiva secular vai crescendo e dando lugar a uma insubordinação em relação à Igreja. A libertação dos dogmas e pensamento teológicos e eclesiásticos permitiram o reerguimento da ciência na Europa. Dá-se início ao Renascimento e à Idade Moderna.

Durante o Renascimento, os pensadores europeus ainda estavam divididos entre a religião e a medicina e começaram a escrever tratados sobre doenças mentais que misturavam características orgânicas e espirituais. Em diversas classificações da melancolia, como por exemplo na obra *A Anatomia da melancolia*, de Robert Burton, trazia uma distinção entre os estados de melancolia corpórea e os estados espirituais, caracterizados por um grande sofrimento associado a sentimentos pecaminosos (CORDÁS, 2002; PESSOTTI, 1994; SOUZA e LACERDA, 2012).

O Século XVIII trouxe o Iluminismo, com seu racionalismo. O dogmatismo religioso é superado. A doença mental passa a ser compreendida a partir de uma perspectiva biológica, filosófica e psicológica.

O filósofo inglês John Locke (1632-1704), defendeu a experiência como fonte de conhecimento, mas definiu o cérebro como o órgão responsável pela organização e integração das impressões e ideias sobre o que é vivido. Assim, a incapacidade de transformar experiência em conhecimento era resultado de uma falha nos processos cerebrais. Ideia que foi adotada posteriormente pela psiquiatria.

A loucura é associada a falta de razão, mas agora, as doenças dos humores vão dando lugar às doenças dos nervos. A melancolia torna-se um problema nervoso. Isso porque, por volta de 1750, William Cullen, médico escocês, afirmou que na melancolia ocorreria uma alteração da função nervosa e não dos humores. A compreensão a partir daí era de que havia um funcionamento desigual das diferentes partes do cérebro, que provocava a loucura. Doenças nervosas eram descritas especialmente pela incapacidade de associar as ideias e executar julgamentos adequados (CORDÁS, 2002; PESSOTTI, 1994).

O século XVIII foi descrito por Pessotti (1996) como “Século dos manicômios”. O tratamento consistia em internação em hospitais e asilos, banhos surpresa, dietas, sangrias e vomitórios, a fim de diminuir a excitação cerebral.

Amarante (1996), Cordás (2002), Foucault (1993, 1999, 2003) e Souza e Lacerda (2012) estão entre os que escreveram sobre o nascimento e a consolidação da psiquiatria como especialidade médica a partir do século XIX.

No século XIX, França e Alemanha despontam no desenvolvimento da psiquiatria, preocupada tanto com o avanço do conhecimento sobre as doenças mentais quanto no domínio dos loucos. A partir desse século, a loucura e os loucos tornam-se domínio de uma medicina especializada neles, a psiquiatria.

Em 1809, o médico Philippe Pinel publicou o *Tratado médico-filosófico da alienação mental ou mania*, no qual classifica quatro espécies do gênero de loucura: mania, melancolia, demência e idiotismo. A loucura foi concebida por ele como uma expressão das paixões e de excessos emocionais dos indivíduos. O tratamento deveria consistir então na regulação emocional dos doentes especialmente por via psicológica mais do que física. Acima de medicamentos e castigos físicos, os doentes mentais deveriam continuar reclusos em manicômios, mas recebendo um tratamento que procurasse modificar seu estado melancólico e seu pensamento circular.

Além disso, Pinel insistiu que a loucura deveria ser rigorosamente observada, descrita e classificada. Seu posicionamento contribuiu para a consolidação da nosografia. Cada doença estudada deveria ser classificada em categorias e subcategorias. A melancolia foi descrita por Pinel como um estado patológico, caracterizado por um grande abatimento e desespero. Além disso, na melancolia havia delírio sobre um assunto exclusivo, cujos principais sintomas eram a tristeza, excesso de reflexão, a desconfiança e a busca da solidão.

Foucault (1993 e 1999), observou que, a partir de Pinel nasceu a medicina dos loucos. Antes, os hospícios eram apenas uma espaço para isolamento do louco. A partir de Pinel, surge uma proposta de enclausuramento com caráter terapêutico. O tratamento pineliano consistia na separação e classificação dos diversos tipos de "desvio" ou "alienação mental" que encontrava, com o objetivo de estudá-los e tratá-los. O chamado "tratamento moral" proposto insistia no isolamento, mas também em um grupo de exercícios e imposição de normas que pudessem recuperar a razão dos loucos, afetando-lhes o corpo e a mente. Antes de tudo, era a arte da subjugação do louco por quem tinha qualidades físicas e morais para exercer um domínio sobre ele.

Esquirol, discípulo de Pinel, sustentava que a psiquiatria deveria ser baseada na anatomia cerebral. Ele escreveu em 1838 a obra *Des Maladies Mentales*, em que avançou no pensamento da época ao propor uma separação entre males emocionais e do intelecto. No lugar de melancolia, termo que considerava desgastado por ter sido apropriado por outros campos, que não o médico, Esquirol adotou o termo lipemania para se referir a uma doença do cérebro caracterizada por delírios fixos, desgosto de viver e uma tristeza intensa. Definiu, de outro lado, a monomania como outra doença que também apresentava delírios, mas provocava emoções expansivas e alegres.

Falret, em 1845, adotou o termo “Loucura Circular”, para descrever uma doença mental em que intercalava mania e melancolia, mas com intervalos de lucidez.

Na Alemanha Emil Kraepelin, escreveu o *Compêndio de Psiquiatria*, em 1883, que impulsionou o aperfeiçoamento da nosologia psiquiátrica no início do século XX. Entre suas várias contribuições Kraepelin estabelecia que toda doença mental possuía uma base bioquímica interna. Também separou as doenças mentais como adquiridas e hereditárias. Ele salientou ainda que doenças mentais manifestavam-se em um grau crescente, de forma leve que ia se agravando.

Kraepelin descreveu a “Loucura Maníaco-Depressiva”, considerando que a mania e a melancolia não eram entidades isoladas, mas uma mesma patologia que se manifestava em um dos seus extremos. Era, portanto, uma doença mista, que poderia surgir em duas fases, cada uma com seus sintomas, o humor rebaixado, na depressão, e exacerbado, na mania.

Castel (1978) chamou atenção para esse caráter classificatório que a psiquiatria adquire desde Pinel e que permanecerá como uma marca dessa medicina. Mais importante do que entender as razões das doenças que tratavam, era classificar os loucos por categorias e indicar-lhes tipos mais adequados de tratamento. Separar e intervir a partir de particularidades passa a ser o eixo da ação psiquiátrica.

A forma de diagnosticar, sem evidências orgânicas, como fazia todo o restante da medicina, chamou a atenção também de Michel Foucault. Para Foucault (2006), a psiquiatria se constituiu como uma medicina sem corpo, em que a doença era definida a partir do comportamento ou sintomas. Importava menos a capacidade de desenvolver uma explicação fundamentada organicamente para os sintomas do que definir formas de agir, sentir e se comportar como patológicos. Deste modo, entre as diversas classificações psiquiátricas, havia resumidamente uma dicotomia a se estabelecer: entre a razão e a loucura (Idem, 1993). O papel do médico é, sobretudo, o de exercer seu poder de esclarecer a verdade sobre o paciente. Os tratamentos dos doentes mentais nos asilos do século XIX, que consistiam no isolamento, interrogatórios, punições, disciplinamento rigoroso, o trabalho obrigatório, subordinação do doente ao médico, dizia respeito a domesticação moral e intelectual dos doentes.

Foucault atentou que a profusão de diagnósticos surgidos entre os anos de 1857 e 1880, deu origem a uma nova psiquiatria, a qual interessava menos saber se estava diante de uma alienação mental do que de um “desvio de uma conduta em relação às regras de ordem, de conformidade, definidas sob um fundo de regularidade administrativa, de obrigações familiares ou de normatividade política e social” (FOUCAULT, 1999, p. 147). Esse período marcaria a psiquiatria, suas definições e modos de intervenção. O interesse deixa de ser o reestabelecimento da saúde e passa a ser antecipar e reestabelecer a normalidade, a ordem, a disciplina, a docilidade e a afetividade, aspectos que passaram a ser psiquiatrizados. A normalidade passa a ser o objeto da psiquiatria, a normalização, seu objetivo e os anormais, seus alvos.

Assim, Pinel e Esquirol contribuíram pra recriar e reorganizar o saber médico, deslocando das doenças às condutas, das patologias às anomalias, dos sintomas às síndromes. A psiquiatria adquire a possibilidade de relacionar desvios, irregularidades e retardos a um estado de degeneração e conquista a possibilidade de gerenciamento dos comportamentos humanos. A essa medicina preocupa não apenas a cura das doenças, mas a delimitação do homem saudável, do homem modelo, cuja função do Estado é produzir. O objetivo continuava sendo classificar a loucura, isolar o louco e afirmar a psiquiatria como agente normalizador. Ainda que persistissem explicações biológicas para a loucura, resultado de uma lesão cerebral, o objetivo terapêutico da psiquiatria era normalizar comportamentos e domar paixões. Como consequência, a psiquiatria se desenvolveu no sentido de gerir a existência humana. Ela toma uma postura normalizante, que vai desde distribuir conselhos sobre como ter uma vida equilibrada até interferir nas relações do indivíduo com seu corpo, seus valores e a sociedade em que vive (Foucault, 2006).

Mas, o século XX dará ainda mais ferramentas para a transformação e consolidação da psiquiatria. Avanços e descobertas em psicopatologia, farmacologia, neurologia e genética possibilitaram que a psiquiatria adquirisse mais fundamentação científica. Por fim, a psicanálise e sua compreensão da melancolia e da terapêutica de fala influenciam a compreensão psiquiátrica dos transtornos mentais e do tratamento aos doentes (AMARANTE, 1996; SOUZA E LACERDA, 2012).

Contudo, segundo Del Porto (2004), a psiquiatria norte-americana e europeia tomam rumos diferentes. A primeira, centrada em pressupostos etiológicos e, geralmente,

dicotômicas, classificavam estados depressivos em: endógenos versus reativos; neuróticos versus psicóticos; primários versus secundários. A psiquiatria norte-americana preocupou-se também em construir uma nosologia, atribuindo as doenças mentais níveis de gravidade, características neuróticas, presença ou ausência de delírios ou alucinações, fatores genéticos, eventos precipitantes, etc. Já na Europa, a evolução da psiquiatria no início do século XX seguiu curso diferente, com maior influência da psicanálise.

Na década de 1950, os antidepressivos foram descobertos e a depressão tornou-se a estrela da psiquiatria. Em decorrência dessa descoberta, iniciaram-se estudos sobre o funcionamento dos neurotransmissores e, com eles, a convicção de que são os neurotransmissores os reguladores dos afetos humanos.

A partir dessa época, ocorreu o *boom* das neurociências. Desenvolvem-se várias ciências para compreender o funcionamento do cérebro, entre elas neuroanatomia, neurofisiologia, neuroendocrinologia, neuroimunologia, neuropsiquiatria, neuropsicologia, a neurofarmacologia, entre outras.

Vão surgindo também avanços tecnológicos para auxiliar no entendimento desse super órgão, o cérebro: eletroencefalograma (EEG), tomografia computadorizada de emissão de fóton único (SPECT) e tomografia com emissão de pósitron (PET) tem ajudado os neurocientistas a enxergarem o funcionamento do cérebro. Para a neuropsiquiatria, interessa compreender as atividades cerebrais que definem a cognição, o comportamento e afetos humanos. As regiões cerebrais mais responsáveis por eles já foram identificadas, que são a amígdala e o hipocampo (ROZENTHAL, LAKS e ENGELHARDT, 2004).

Mas, não era só a psiquiatria que mudava. Depois da segunda guerra mundial há uma mudança cultural, política e ética no mundo, com a crescente discussão sobre os direitos humanos. Essas transformações incluem o surgiram os movimentos sociais e comunitários que visavam modificar as formas de atendimento e assistência ao paciente psiquiátrico. Novamente na história a psiquiatria precisa lidar com as lutas para retirada dos doentes dos manicômios e um tratamento mais humanizado a eles. A sociedade estava agora preocupada com o fim das violências e violações aos direitos dos “loucos”. A psiquiatria teria que desenvolver formas de tratar as doenças mentais garantindo a integridade do seu “paciente”(AMARANTE, 1996; PESSOTTI, 1996).

Nesse novo cenário, no lugar do louco surge o “portador de sofrimento psíquico” e, no lugar dos manicômios, os psicofármacos. Entretanto, para Caponi (2009), essas estratégias de poder e controle dos alvos da psiquiatria não se limitam ao encerramento deles nas instituições fechadas. Nos centros de atenção psicossocial, a terapêutica se limita aos mesmos instrumentos da psiquiatria no século XIX (o interrogatório e o uso de drogas). Se a psiquiatria deixou de ter como ordem o internamento e o encerramento, trata-se agora de medicar e dominar as paixões, os delírios, os maus comportamentos, por meio do uso de psicofármacos. A esse respeito, a autora discorre:

Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam o risco de violência, mas que, ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado. O custo de perpetuar a ideia da psiquiatria clássica de “ausência do corpo do louco”. Só quando imaginamos essa ausência de corpo podemos compreender que sejam legitimados e minimizados os graves efeitos secundários e indesejados dessas drogas, tais como a impotência, o sono e fadiga permanente, a dor física, a insensibilidade corporal (Caponi, 2009, p. 102-103).

Nesse contexto, tão importante quanto a descoberta do funcionamento do cérebro, foi desvendar a ação dos antidepressivos nele. Essa foi a grande chave para se começar a explicar as emoções e as psicopatologias por meio dos neurotransmissores: norepinefrina, epinefrina, dopamina e serotonina. A partir da segunda metade do século XX, a depressão tornou-se uma disfunção da bioquímica cerebral e seu tratamento, a regulação da quantidade de neurotransmissores no cérebro.

Segundo Birman (2001), com a neuropsiquiatria os afetos são definitivamente biologizados, colocadas no patamar da bioquímica cerebral. Nenhum tipo de ideias, atitudes ou história de vida de qualquer pessoa seria tão importante para o surgimento da depressão do que a ação dos neurotransmissores. Na perspectiva de Birman, as neurociências reduziram o psiquismo a bioquímica cerebral. A psiquiatria, por sua vez, ao ter optado por essa vertente americana biologizadora e afastar-se da psiquiatria com influência mais psicanalítica, teria ignorado o papel da subjetividade tanto no desenvolvimento dos transtornos psíquicos quanto na terapêutica.

Para Bolguese (2004), a banalização do diagnóstico da depressão e a sua naturalização, a partir da tradução da depressão como uma doença de origem orgânica, tira-lhe o sentido de reação aos acontecimentos, enfraquece ou invalida a vocação crítica do sujeito frente à realidade, podendo assumir, portanto, uma função ideológica.

No entanto, como ponderou Serpa Jr. (1998), é preciso pensar que medicalizar e biologizar a experiência do sofrimento é também muito desumanizador e desubjetivador. Tratar o sofrimento psíquico como doença do cérebro e medicalizá-lo significa retornar a psiquiatria para um nível de medicina do orgânico e o sujeito para puro corpo.

1.2 O diagnóstico psiquiátrico – algumas ponderações sobre as CIDs e os DSMs

A união desses três aspectos – a tradição da psiquiatria em enfatizar a classificação das doenças mentais, o maior conhecimento sobre o cérebro e a descoberta dos psicofármacos – deu origem a outro *boom*, o de psicopatologias. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) criou seu próprio manual de diagnósticos psiquiátricos, para se impor definitivamente como campo legítimo e autônomo dos transtornos mentais. O DSM foi desenvolvido como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde. A APA publicou a primeira edição do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (DSM-I) já em 1952, e as edições seguintes foram publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV) e 2013 (DSM-V).

Em 1948 foi lançada a CID 6, que definiu três tipos de depressão: a reação maníaco-depressiva, a melancolia involutiva e a depressão neurótica. Ao chegar à sua décima edição, em 2000, a CID 10 contava com mais de vinte e cinco tipos e subtipos depressivos catalogados. O termo depressão passou, assim, a predominar na psiquiatria, sob as modernas classes de transtornos afetivos (CID-10) ou transtornos de humor (DSM-IV). O termo melancolia, por sua vez, tornou-se uma subclasse dentro da depressão. Os transtornos bipolares – antiga psicose maníaco-depressiva – são incluídos nos capítulos sobre os transtornos de humor e afetivos, e se referem à “depressão-mania”, e não mais à “melancolia-mania” (AGUIAR, 2004; HORWITZ e WAKEFIELD, 2010).

Em 1968 o DSM-II e a CID-9 já incluíam a depressão entre os transtornos de humor e de personalidade, contida no capítulo dos transtornos afetivos.

Em 1974, Robert Spitzer, foi nomeado pela APA para chefiar a elaboração do DSM III, que seria o novo sistema de classificação diagnóstica para a psiquiatria americana. Ele

deveria ser mais preciso do que os anteriores, pois a falta de provas empíricas e critérios somáticos para os diagnósticos, sobretudo depressivos, ainda gerava dúvidas sobre a psiquiatria. A resposta deste manual para criar confiabilidade 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. No DSM-III, a depressão estava dividida em duas principais categorias: a depressão maior ou unipolar e os transtornos bipolares. A depressão unipolar ou bipolar era diagnosticada unicamente com base nos sintomas, independentemente de sua relação com quaisquer eventos vitais, com a única exclusão do luto (Idem).

Para se ter uma ideia da multiplicação dos diagnósticos psiquiátricos no Século XX, basta observar as revisões e ampliações dos DSMs. O DSM-I trazia 106 categorias de desordens mentais; O DSM-II, continha 182 desordens; o DSM-III foi publicado com 292 diagnósticos; o DSM-IV foi publicado listando 297 transtornos. Ou seja, a psiquiatria “descobriu” 191 novas doenças mentais em 42 anos. O DSM tornou-se um manual usado ao redor do mundo por psiquiatras, clínicos, pesquisadores, companhias de seguro, indústria farmacêutica e organismos políticos. O DSM-V foi lançado em 2013 e continha mais de 300 diagnósticos, incluindo o vício em internet (MONTEIRO E LAGE, 2007; ARAÚJO E LOTUFO NETO, 2014).

O termo humor substituiu o termo afetivo sob a influência da psiquiatria norte-americana a partir da terceira edição do DSM. O objetivo da adoção do termo humor era enfatizar que se tratava de um estado duradouro, não meramente a expressão afetiva. (JARDIM, 2011).

Segundo os manuais de diagnóstico, a depressão existe se houver presença de cinco sintomas dentre os diversos listados, divididos entre os cognitivos, fisiológicos e comportamentais. Os cognitivos incluem humor deprimido, desânimo persistente, tristeza, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, vazio, culpa, irritabilidade, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades antes consideradas como agradáveis, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar, memorizar, de tomar

decisões e ideação suicida. Entre os sintomas fisiológicos estão a fadiga, sensação de perda de energia, alterações do sono (insônia ou hipersonia), alterações do apetite (perda ou aumento do apetite), redução do interesse e prazer sexual, agitação motora, inquietude. As evidências comportamentais compreendem retraimento social, choro frequente, comportamentos suicidas e automutiladores e lentidão generalizada. Em alguns casos, podem surgir também sintomas psicóticos, como delírios e alucinações.

A depressão é dividida ainda por ocorrência, podendo ser episódica ou crônica. Se ela ocorrer durante um curto período de tempo, diz-se que o indivíduo teve um episódio depressivo. Se os sintomas forem duradouros, a pessoa pode ser diagnosticada com um transtorno depressivo.

A medicina ocidental contemporânea diagnostica a depressão a partir de duas referências: a Classificação Internacional de doenças (CID), sob responsabilidade da Organização Mundial de Saúde e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria.

Nas duas versões mais recentes desses manuais, a depressão está classificada dentro dos Transtornos do humor ou dos afetos. Na psiquiatria, afeto é definido como a parte de nosso psiquismo responsável pela maneira de sentir e perceber a realidade. A afetividade seria a parte psíquica responsável por definir o que vivenciamos como agradável, prazeroso, sofrível, angustiante, se causam medo, se dá satisfação, prazer, etc. Os transtornos afetivos, nessa concepção, alterariam a maneira como os indivíduos percebem e interpretam o mundo e suas vivências, inclusive, o prazer pela a vida. (FU I, 2000; BALLONE, 2002).

A psiquiatria trata os afetos de forma dicotômica, com dois pólos considerados patológicos, a depressão e a mania. No caso de ocorrerem ambos, em diferentes períodos, o sujeito seria diagnosticado com transtorno bipolar.

Na verdade, a maior parte das discussões sobre esses manuais na sociologia, antropologia, psicologia e psicanálise se centram em suas limitações. Acusados de transformar mente em cérebro e sofrimento em patologia, os manuais são foco de duras críticas, que serão revistas aqui.

Dois tipos principais de problemas são apontados em relação aos diagnósticos desses manuais: de ordem epistemológica e de ordem ética.

Entre os problemas de ordem epistemológica, Caponi (2009) chama a atenção para a indefinição do próprio termo depressão. Essa expressão é usada para designar diferentes quadros, referindo-se ora a um estado afetivo (desânimo e tristeza persistente), ora a um sintoma (humor deprimido), ora a uma síndrome (depressão). Humor depressivo é um dos sintomas do transtorno depressivo. Humor depressivo é a sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa. Como sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Já como síndrome, a depressão inclui vários sintomas, como tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, alteração no apetite, no sono, cognitivas e psicomotoras.

Quintella (2008) discute as contradições que existem nos manuais que pretendem classificar a depressão como uma patologia, evidenciando incoerências nessas classificações. Segundo Quintella, primeiro, as definições dos transtornos não são claras, elas desembocam em diversas subdivisões, deixando-as pouco evidentes. O que, de fato, poderia caracterizar a patologia, fica obscurecido, tendo em vista a diversidade de sintomas que podem defini-la. Conforme Quintella, no DSM-IV, a depressão subdivide-se em vários outros transtornos, que entrecruzam-se nas descrições nosográficas, como nas relações entre o “Transtorno Depressivo Maior”, o “Episódio Depressivo Maior” e o “Transtorno Distímico”.

O que ocorre, nesses casos, é que explicação de um tipo de transtorno geralmente está inclusa em outros, por exemplo, uma “reação depressiva”, conforme o DSM, é caracterizada como “Transtorno Depressivo Recorrente”. Já um “Transtorno Persistente do Humor” é definido como um conjunto de sintomas persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam, contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente. Outro exemplo é a definição de Ciclotimia, um “Transtorno Persistente do Humor”, caracterizado na CID-10 como “instabilidade persistente do humor que comporta

numerosos períodos de depressão ou de leve elação, nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um Transtorno Afetivo Bipolar ou de um Transtorno Depressivo Recorrente”. Já a distímia é classificada por um “rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve”.

Por fim, Quintella observa que, apesar de se concentrarem nos chamados “Transtornos do Humor”, os sintomas depressivos fazem-se verificar em diversas outras classificações nosográficas, podendo ser identificados de maneira imbricada a tantas outras patologias. Tanto no CID-10 como no DSM-IV esses “transtornos depressivos” ou os sintomas diversos que lhes correspondem associam-se frequentemente a muitos outros. O exemplo que ele dá é de como a caracterização presente na classificação dos “Transtornos Alimentares” (DSM-IV), a Anorexia Nervosa contém, na grande parte dos casos, sintomatologia que satisfaz as exigências para a classificação de Transtorno Depressivo Maior, ou mesmo um Transtorno Distímico. Mais um exemplo é de como, na CID-10 a “Depressão ansiosa persistente” apresenta sintomas de depressão na Distímia intimamente associados à ansiedade crônica. Há ainda categorias que incluem dois tipos de transtorno, como “Transtorno Misto Ansioso e Depressivo”, em que o indivíduo apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado.

Com relação a depressão, em particular, Pignarre (2001) diz que esta é uma das poucas doenças em que os sintomas são identificados com o risco da doença. Os mesmos requisitos para se discutir risco de depressão define depressão leve. Pignarre vê nesse gradiente de diagnósticos em que uma diversidade muito grande de comportamentos pode ser patologizada um problema epistemológico. Pignarre argumenta que, na medicina, não é possível identificar "ser fumante" e "doente de câncer de pulmão" ou "comer gordura" e "ter a doença coronariana", mas, no caso da depressão, um sentimento de frustração ou culpa é, simultaneamente, condição de possibilidade, indicador de risco e um sintoma que permite o diagnóstico de depressão leve.

Outro problema está no fato da distância entre a explicação da doença, geralmente pautada no funcionamento bioquímico do cérebro, e a diagnose, feita puramente com base na clínica ou no desconforto narrado pelos sujeitos que procuram o psiquiatra. Quando se compara as descrições das causas dos transtornos de humor, como uma desordem na comunicação de neurotransmissores, nota-se uma grande contradição, indicada por Ehrenberg (1998). De um lado, há a evidente explicação da depressão baseada na neuroquímica cerebral, ou seja, no apontamento de um órgão, substância e disfunção responsável pela depressão. Por outro lado, o diagnóstico não está baseado em nenhum desses elementos, mas no modo como os sujeitos lidam com seus afetos e agem influenciados por eles.

Spitzer e Wakefield (2014) observaram que, ainda que a psiquiatria assuma que aspectos culturais podem eliminar um diagnóstico, critérios de exclusão do diagnóstico da depressão são muito restritivos. No DSM-IV, apenas o luto justificaria a tristeza e prostração que durasse por até dois meses. Se fosse usada paridade de raciocínio, deveria se reconhecer que há respostas de tristeza não-patológica intensas e duradouras para outras perdas pessoais graves.

Portanto, de acordo com as opiniões de Caponi (2009) e Spitzer e Wakefield (2014), seria prudente considerar o alargamento do critério de exclusão diagnóstico, considerando que há diferentes perdas capazes de provocar um grande abatimento nos sujeitos. Para muitos, tão doloroso quanto a morte de alguém é receber um diagnóstico muito ruim para si ou alguém amado; é perder um emprego que aprecia depois de muitos anos de dedicação ou perto da aposentadoria; o fim de um relacionamento; a imigração faz com que sujeitos se afastem de amigos, parentes e da própria cultura. Portanto, se considerasse mais as subjetividades, o luto não seria o único agente estressor, este seria definido pelo sujeito em sofrimento. O papel do psiquiatra deveria se limitar a compreender se há uma reação normal ou proporcional ao agente estressor psicossocial. A questão não seria apenas de duração e intensidade dos sintomas, mas da reação mais ou menos proporcional entre sintomas e evento estressor.

Enfim, como atentam Caponi (2009) e Spitzer e Wakefield (2014), há perdas tão impactantes na vida quanto a morte de alguém querido que justificariam que alguém passasse semanas com profunda tristeza, falta de interesses por atividades pelas quais se interessava, mudanças no apetite e no sono e um desempenho social prejudicado. Surge

então uma dúvida razoável: antes de fazer um levantamento de sintomas presentes em determinado tempo, não seria útil procurar um evento na vida do sujeito que originou esse quadro e, daí, ponderar se a reação a ele é normal ou patológica, principalmente quando se trata de diagnósticos episódicos ou leves? Não distinguir adequadamente transtorno de humor ou afetivo do comportamento normal diante de um fato vital pode representar uma perigosa medicalização do não-patológico.

Ainda segundo Caponi (2009), haveria outros dois problemas em não se considerar subjetividades, o tempo e a ideia de um sujeito genérico. Por exemplo, o DSM-IV define como "normal" sofrer pela perda de um ente querido pelo período de dois meses. Mais do que isso seria um sofrimento patológico. Isso sem considerar qualquer traço de personalidade, história de vida ou condições em que se deu o falecimento. Não seria possível que as pessoas sofressem mais ou menos em decorrência de uma morte inesperada, por exemplo? Outro aspecto é o diagnóstico de sujeitos genéricos. Caso se apresentem 5 sintomas em 9 o sujeito pode ser diagnosticado, independente não apenas de um fator desencadeador, mas também de gênero, idade, se está empregado ou desempregado, rico ou pobre.

Uribe (2000) destaca que os manuais tem procurado um olhar mais culturalista sobre o sofrimento psíquico. A cada versão do DSM, a APA tem procurado atentar para fatores de cunho psicológico, biológico ou de comportamento que podem contribuir para o diagnóstico ou excluí-lo. Entre as orientações do manual, está a de que a avaliação do comportamento não pode conter valor moral, religioso ou político. Assim, as determinações para observar a diversidade cultural indica que há religiões no mundo em que alucinações são aceitas. Sendo assim, ver ou ouvir Deus ou o diabo pode ou não ser considerado uma patologia, isso vai depender da história de vida e cultura do sujeito a quem se avalia.

Por outro lado, Birman (2014) observou que a construção das categorias diagnósticas que atendem a interesses de três instâncias institucionais que convergem para o mesmo objetivo: os laboratórios de pesquisa avançada em psiquiatria, as instâncias governamentais de saúde do governo norte-americano e os laboratórios farmacêuticos. Portanto, a construção do DSM envolve registros do saber, do mercado e do poder. O DSM tem contribuído para a legitimação da psiquiatria, para a regulação das populações e dos corpos e para o enriquecimento da indústria farmacêutica. Empreitada que teve ainda mais

sucesso com a internacionalização do DSM como referência para o diagnóstico psiquiátrico e, paralelamente, dos psicotrópicos como métodos de tratamento.

Outro problema apontado por Birman, Caponi e Ehrenberg, é o fato de se determinar quadros nosológicos a partir da resposta clínica às substâncias farmacológicas. O que aconteceu com diferentes transtornos descritos no DSM e na CID, como ansiedade, depressão e síndrome do pânico.

Caponi (2009) faz um paralelo entre antidepressivos e álcool para discutir a incoerência de se criar uma patologia a partir dos efeitos de uma droga no corpo. Conforme Caponi, a depressão é por ser um diagnóstico baseado especialmente nos efeitos dos antidepressivos. Sua etiologia “a posteriori” se assemelha à tentativa de identificação dos mecanismos neurológicos afetados por certas drogas que alteram comportamentos. Segundo ela, seria equivalente a relacionar os efeitos desinibidores que o álcool produz nos indivíduos e, a partir daí, patologizar a inibição e considerar o consumo de bebidas alcoólicas como terapêutico ou ainda considerar que a inibição é o resultado do déficit de álcool no sistema nervoso. Do mesmo modo, uma reação favorável a um ISRS, não permite afirmar que um sentimento de tristeza é patológico, que a terapêutica apropriada é o ISRS e, em consequência, que a depressão é o resultado do déficit de serotonina no Sistema nervoso.

Birman (2014) acusa essas mudanças diagnósticas a estarem voltadas para atender mais a interesses mercadológicos do que científicos. Os antidepressivos e estabilizantes do humor foram responsáveis por um aumento vertiginoso dos diagnósticos psiquiátricos, sobretudo os relacionados ao humor, e não é possível acreditar que as razões para isso são apenas de ordem científica.

Esse é o principal aspecto no que diz respeito à vertente ética da discussão sobre os DSMs: A falta de separação entre a organização médica que define o diagnóstico e a instituição que produz medicamentos para eles.

A médica estadunidense Marcia Angell (2007) publicou um livro denunciando que a APA nomeou como responsáveis pela discussão, planejamento e preparação do DSM-V, cerca de 140 especialistas, dos quais 70% tinha relações com a indústria farmacêutica. A expectativa da médica para o DSM-V era de que haveria tanto um aumento no número de transtornos catalogados como a ampliação dos limites diagnósticos, o que de fato ocorreu,

como já foi discutido acima. Com isso, ela queria colocar em dúvidas os diagnósticos e mostrar como os DSMs eram bastante interessantes financeiramente para a indústria farmacêutica.

Além de criar novas categorias de transtornos mentais, o DSM-V trouxe dois novos transtornos de humor: o transtorno da desregulação da disrupção do humor e o Transtorno disfórico pré-menstrual.

O primeiro, um diagnóstico para crianças e adolescentes que apresentam frequentes demonstrações de raiva e, o segundo, diz respeito a antiga TPM.

Nos interessa particularmente discutir o Transtorno disfórico pré-menstrual TDPM, tendo em vista o componente de gênero desse transtorno. Trata-se de um diagnóstico realizado através da queixa das mulheres e observação detalhada de mudanças no seu comportamento uma semana antes da menstruação. A sugestão do DSM é que se trate as mulheres que apresentam maior tristeza e irritabilidade uma semana antes de ter menstruação com antidepressivos do tipo inibidores de receptação de serotonina. A nova compreensão da APA sobre a fisiopatologia do TDPM agora inclui o componente serotonina. Justifica-se que haveria uma desregulação do sistema serotoninérgico a partir de flutuações dos hormônios sexuais femininos. O melhor tratamento, portanto, seria a inibição destas flutuações e o aumento da disponibilidade de serotonina na fenda sináptica. Assim, está corroborada a instabilidade hormonal, emocional e comportamental feminina, com base nos seu sistema reprodutor diferenciado, que atinge seu cérebro de forma particular.

Mais do que financiar atividades da APA, Angell revela que a indústria farmacêutica apoia grupos em defesa dos pacientes e organizações educacionais que defendem o uso de medicamentos no tratamento para os transtornos mentais. De outro lado, premiam psiquiatras que receitam medicamentos. Fatos que obviamente não deixam de afetar a população.

Mas nenhum diagnóstico ou medicamento tem dados tão impressionantes quanto os da depressão. Eles estão entre os medicamentos mais consumidos em todo o mundo. No Brasil, a vigilância sanitária informou que os antidepressivos estão entre os remédios mais consumidos, junto com analgésicos e anticoncepcionais.

Porém, como Foucault (2006) já havia atentado, atribuir a atuação psiquiátrica um interesse econômico seria por demais reducionista. Mais do que a contrapartida econômica

que ela produz, ela está interessada em construir o seu saber e poder em torno da normalização mental dos indivíduos, em produzir subjetividades. Para além das expectativas econômicas, interessam as possibilidades políticas da psiquiatrização dos corpos.

1.3 A indústria farmacêutica e a medicalização do sofrimento

Os medicamentos usados no tratamento das depressões são designados por antidepressivos. Com a evolução da ciência e da farmacologia, estes medicamentos são cada vez mais eficazes no controlo e tratamento da depressão, por interferência com a ação de neurotransmissores, como a serotonina e a noradrenalina, no hipotálamo, a zona do cérebro responsável pelo humor.

Conforme explicado pelo psiquiatra Ballone (2007), as drogas antidepressivas agem no Sistema Límbico, o principal centro das emoções. Este efeito terapêutico é consequência de um aumento funcional dos neurotransmissores na fenda sináptica, principalmente da Norepinefrina(NE), da Serotonina(5HT) e da Dopamina (DO). Pode se promover o aumento de neurotransmissores na fenda sináptica por meio do bloqueio da recaptação desses neurotransmissores no neurônio pré-sináptico ou ainda, através da inibição da Monoaminaoxidase (MAO), a enzima responsável pela inativação destes neurotransmissores.

No entanto, os psicotrópicos provocam vários efeitos colaterais. Mas, no caso dos antidepressivos, a astúcia médica foi impressionante. Fizeram de seus efeitos colaterais intervenções terapêuticas. Por provocar falta de apetite, os antidepressivos passaram a ser indicados para dietas. Paradoxalmente, por controlarem a ansiedade, são usados no tratamento de anorexia e bulimia. Os tricíclicos, que tem como efeito colateral o retardamento do orgasmo, começaram a ser receitados para ejaculação precoce (PEREIRA, 2010).

O IMS Health, instituto de pesquisa que faz auditoria para o mercado de medicamentos, detectou que foram vendidas 42,33 milhões de caixas de remédios para depressão no Brasil em 2012. No país, o faturamento com a comercialização desses

medicamentos cresceu mais de 200% nos últimos seis anos. Segundo essa mesma pesquisa, o consumo desses medicamentos no Brasil cresceu quase 50% na última década. Com esses dados não há dúvidas de que o antidepressivos, hipnóticos e estabilizantes do humor trazem mesmo a felicidade, dos fabricantes.

A depressão teria não apenas contribuído para o sucesso da psiquiatria como se tornado ela mesma um grande sucesso psiquiátrico, tendo em vista que tem sido cada vez mais diagnosticada e tratada. Mas seu destaque na psiquiatria é uma parte do fenômeno em que se transformou a depressão. Esta teria atingido também um sucesso social, haja vista que é cada vez mais visibilizada e fonte de mobilização e preocupação sociais. A depressão ganhou na mídia o status de “o mal do século” e acabou por designar a maior parte dos males psicológicos ou comportamentais com que cada ser humano pode se deparar ao longo de sua vida. Outro aspecto desse sucesso social, segundo Ehrenberg (2004), é que a popularidade da depressão impulsionou o interesse na descoberta de novos medicamentos, de novos tratamentos, de novas investigações, ou seja, todo uma gama de investimentos científicos e mercadológicos. Mais do que isso, o grande sucesso mercadológico dos antidepressivos consiste na propagação das promessas da indústria farmacêutica de lidar com o sofrimento psíquico com medicação.

Em um mundo dominado pelo econômico, a indústria farmacêutica desempenha uma forte influência neste cenário, com a crescente oferta no mercado de medicamentos para tratar a depressão. Os profissionais de saúde, sobretudo os psiquiatras, diante de um quadro deprimido, tendem a diagnosticar e medicalizar o corpo, sem uma preocupação em lidar com as causas do sofrimento. Os antidepressivos, além de serem ótimos produtos no mercado, são eficientes no objetivo de manter os sujeitos funcionais e sociáveis.

Elisabeth Roudinesco (2000) argumenta que a sociedade cobra terapêuticas que deem respostas mais rápidas. Dentro dessa manifestação contemporânea as terapias de curto prazo e os psicofármacos tornam-se uma opção que vai ao encontro do contexto atual. Essas terapias, baseadas nos sintomas, realizam intervenções que não chegam as verdadeiras causas da produção do sofrimento, no máximo, melhoram seu estado, trazendo um pouco de alívio.

A questão sobre os demais agentes interessados na terapêutica da depressão é abordada também por Pignarre (1999). Entre eles, estariam os laboratórios e os cientistas que Pignarre define como voltados para a “pequena biologia”, no sentido de que possuem objetivos muito específicos, produzir conhecimentos sobre psicofármacos e seus efeitos. Novas ciências voltadas para o aperfeiçoamento dos psicotrópicos.

Já para Calligaris (2000), o sucesso dos antidepressivos na década de 1990 não foi fruto de nenhum triunfo da ciência, antes, consequência da nova atitude cultural, retirar o sofrimento da condição de um drama subjetivo e transformá-lo em um problema médico.

Lefebvre (1983) já discutia no início da década de 80, que o grande sucesso da indústria farmacêutica foi a capacidade de atribuir aos remédios uma função simbólica: trazer de volta aos sujeitos um valor maior e altamente desejado, sua saúde. Essa simbolização se torna viável devido a um processo sociocultural que atribui limites médicos, morais e estéticos para a dor. Na sociedade de consumo, a dor não é somente desnecessária mas intolerável e pode ser facilmente combatida por mercadorias que estão à disposição dos consumidores: os comprimidos. Lefevre (1987) discorre sobre como a sociedade de consumo não apenas transformou medicamento em mercadoria, mas o fez a partir do discurso de uma economia de tempo e processos pelos quais as pessoas passam em busca saúde. Mais do que recuperar a saúde, os comprimidos passam a ser vendidos como solução rápida, o que Lefevre chama de saúde imediata. Outro procedimento importantíssimo para o sucesso dos medicamentos e que faz parte da economia simbólica dos medicamentos, é associá-lo à ciência. Assim, a fantasia e a ideologia da "saúde imediata" é associada a algo sólido e respeitável como a Ciência. No caso dos antidepressivos, estabilizantes do humor e hipnótico, é relacionada à neurociência. Nesse contexto, acrescentou Lefevre, o indivíduo e a sociedade não estão consumindo simples remédios, mas produtos da tecnologia científica.

Do mesmo modo, Healy (1997) argumentou que o início das vendas dos antidepressivos consistia em vender a ideia de que tristeza, ansiedade e medo eram patologias passíveis de tratamento medicamentoso. Antes que os antidepressivos, ansiolíticos e estabilizantes do humor se tornassem um sucesso mercadológico, foi preciso elaborar conceitos em que fossem reconhecidas clinicamente os benefícios de seus usos, o que aconteceu com as explicações serotoninérgicas e os ISRS (HEALY 1997).

Vargas (2001) trata da necessidade de perceber essas práticas de consumo de antidepressivos como uma maneira socialmente legitimada de intervir nos corpos e nos comportamentos, e lidar com o sofrimento. Seus usos estariam relacionados a mecanismos de partilha moral que condena e criminaliza o uso de algumas drogas e permite o de outras, com base nos saberes e práticas médicas e no comportamento socialmente desejado.

Mas, apesar dessa crítica diante de soluções limitadas e diversos efeitos colaterais, Arley (2008) afirma que o sucesso dos antidepressivos não se resume ao sucesso do marketing nem aos seus efeitos. Ele só pode ser compreendido na interação antidepressivos – deprimidos, sem se esquecer de todos os outros agentes envolvidos. Para Arley, mais importante do que entender como os antidepressivos funcionam é compreender como os deprimidos funcionam com eles. Assim, Arley afirma que o efeito perverso de tais abordagens contrárias à psiquiatria e a medicalização é perder de vista que ambos, remédios e pessoas, são capazes de fazer quando postos em relação. Não seria possível, nessa perspectiva, reduzir o fenômeno que é o sucesso dos antidepressivos a uma manipulação ideológica ou mercadológica. Fazer isso consistiria em ignorar toda uma complexa rede de agenciamentos a qual estão vinculados medicamentos, médicos, indústrias farmacêuticas, Estado e os consumidores. Estes, vistos aqui não apenas como vítima da ação dos outros, mas agente que interage com os médicos, demandando por antidepressivos, atribuindo a eles eficácia.

Sobre a dinâmica da interação antidepressivos – deprimidos, Arley (2008) atenta para que a função do primeiro é provocar diferenças nas performances dos deprimidos, com os quais se associam. Os antidepressivos não seriam tão populares entre nós, se não pudessem adaptar-se às demandas diversas que a sociedade tem para eles. Seria inadequado, portanto, perguntar se os antidepressivos realmente funcionam, no sentido comum que se costuma atribuir aos medicamentos, o de curar. Mais profícuo seria tentar entender como funcionam e como as pessoas funcionam com eles.

Birman (2014) tem uma percepção bastante pertinente da transformação do uso das drogas. Segundo ele, se antes, no século XIX, as drogas serviam para possibilitar uma expansão do olhar sobre o mundo, influenciando a arte e a literatura. A partir da segunda metade do século XX ela passou a ser um objeto de contestação da política. Utilizada por sujeitos que pretendiam uma transformação da política, da ética e da cultura ocidental. A

partir da década de 80, há um grande crescimento das drogas de caráter não contestador, mas que passaram a se inscreverem em um projeto existencial, voltado sobretudo para ajustar a performance do sujeito à sociedade, ao mundo do trabalho e aos ideais de desempenho da contemporaneidade. As drogas mais utilizadas no século XXI já não são uma linguagem de transformação do mundo, mas de conformação de subjetividades, segundo Birman.

Isso será pauta de discussão no capítulo seguinte, que traz a perspectiva não médica da depressão, mas a compreende como resultado da vida na sociedade contemporânea.

CAPITULO 2 –DEPRESSÃO COMO SINTOMA SOCIAL: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE O TEMA

Como vimos, a regulação afetiva compõe uma das preocupações sociais centrais desde a antiguidade, tema de debates filosóficos, médicos e religiosos. Aliás, o controle afetivo foi importante marcador civilizacional inaugurador da Idade Moderna, como foi salientado por Elias (1993). O domínio dos afetos foi um dos aspectos definidores do homem civilizado moderno, cada vez mais interiorizado como valor coletivo e como exercício pessoal.

No capítulo anterior já mostramos como as psicopatologias são um produto de sua época. Tomar aspectos comportamentais como sintomas e classificá-los dentro de diagnósticos médicos ou psiquiátricos depende de avanços de conhecimentos e de legitimação desses diagnósticos.

Aqui, trataremos de como na psicanálise e nas ciências sociais, as psicopatologias também são compreendidas como resultantes de uma época, mas no sentido de que cada momento histórico, sociocultural e político cria suas condições de vida, de sociabilidade e de sofrimento psíquico.

Se, por um lado, o surgimento de novas categorias médicas e novas drogas influenciam a construção de novos diagnósticos e tratamentos dos transtornos afetivos, de outro, cada época tem demandas aos sujeitos que definirão suas relações com o mundo, com os outros e consigo mesmo.

O que separa a psiquiatria das compreensões não médicas é a percepção predominantemente biologizante desse fenômeno.

Psicanalistas, antropólogos e sociólogos têm pensado a depressão como resultado das novas formas de sociabilidade e às exigências da vida contemporânea. Têm reconhecido que o social produz efeitos psíquicos e que, sendo assim, a depressão é um sintoma social. As sociedades criam situações de exploração, injustiças, de esvaziamento de significado pra vida, de enfraquecimento dos vínculos, de um investimento exaustivo em si mesmo para atingir metas inalcançáveis. Cria-se, desse modo, um social doentio e adoecedor. Sendo assim, é na relação entre o social e o psíquico que será encontrada a compreensão para a depressão.

Autores como Birman, Azize, Ehrenberg e Gaulejac relacionam a alta incidência de depressão à subjetivação contemporânea, caracterizada pelo imperativo da ação, da autonomia, do gerenciamento de si em busca da autorrealização e do melhoramento de si. Atualidade em que diferenças são patologizadas, já não há espaço para a alteridade.

Esses pensadores analisam a contemporaneidade como um tempo em que não há mais tempo, em que as pessoas sentem-se desamparadas, desprotegidas, inseguras, vulneráveis e, sobretudo, impotentes. Com o fim ou enfraquecimento dos grandes ideais sociais, das lutas de classe e grandes ideologias, o sujeito torna-se seu próprio ideal, a quem deve se dedicar, moldar, aprimorar e superar constantemente. Época em que o princípio do “cuidado de si” nunca esteve tão aceito e valorizado, mas que trouxe, ao mesmo tempo, uma grande epidemia de neuroses.

Esse capítulo trata de como os deprimidos são o resultado de uma sociedade e de uma época. As discussões apresentadas aqui fazem parte de um diálogo interdisciplinar entre a antropologia, a sociologia, a filosofia, a psicologia e a psicanálise.

2.1 Mal-estar, subjetividades e depressão

Freud e seu trabalho sobre o mal-estar na civilização foi certamente o principal elemento que possibilitou a aproximação entre a psicanálise e a sociologia. Ao apontar a cultura e as exigências sociais como limitadores da felicidade, Freud alavancou a discussão sobre a relação entre o social e a psique na configuração do mal-estar dos sujeitos.

Explicado de uma forma simples, em *Mal-estar na civilização*, Freud teorizou que a felicidade almejada pelos indivíduos dependia de dois movimentos: evitar o desprazer e o sofrimento e buscar prazeres. Porém, a satisfação seria encontrada apenas em algumas situações, porque haveria empecilhos para ela vindos de nosso próprio corpo, de normas sociais e dos outros com quem nos relacionamos. Ao lado do princípio de prazer existe o de realidade, que indica o que é possível alcançar. O social nos serviria de advertência para nossos limites o que por um lado é positivo, permite-nos a vida em grupo, e por outro negativo, impede nossa satisfação máxima. Assim, o ser humano, como ser social, apenas episodicamente conhecerá a satisfação total, ou felicidade. A psique responde a esse

processo de busca de satisfação, evitação de sofrimento e constrangimentos sociais de diversas formas, inclusive com o desenvolvimento de neuroses como a melancolia e a histeria, estudadas por Freud.

No entanto, a sociedade mudou desde a época de Freud. De acordo com interpretes da contemporaneidade, ela é marcada exatamente pela ordem da satisfação imediata, da autonomia, da liberdade de escolha e forte individualismo. Os constrangimentos sociais também já são outros.

Então, a questão que se faz é: quais são as características da sociedade contemporânea e que novas neuroses ela faz emergir?

Bauman (1998) foi um desses interpretes da contemporaneidade, denominada por ele como pós-modernidade, que se atentou em dialogar com Freud e destacar a transformação social que teria ocorrido desde a publicação de *Mal-estar na civilização*. Para Bauman, as forças civilizadoras atuais, ao invés de refrear a satisfação pessoal em nome do social, incitam árdua e continuamente a obtenção da satisfação através do consumo. A renúncia e a moderação valorizadas na modernidade, teriam sido substituídas pela caça ininterrupta de novas satisfações e experiências. Segundo Bauman, essa sociedade que glorifica o excesso de consumo, cria um círculo vicioso em que, depois de se obter satisfação, seja por meio de uma mercadoria, experiências ou relacionamentos, deixa de satisfazer e surge a necessidade de novas aquisições ou experiências.

Dado o ritmo em que novos produtos são lançados no mercado, os consumidores permanecem sempre um passo atrás das evoluções ofertadas. O consumo se torna o grande objetivo e um marcador de identidades. No entanto, a capacidade de consumir é desigual. Bauman (2001) trata do consumo com uma metáfora de uma corrida, em que a linha de chegada sempre se move e de forma cada vez mais veloz. Ademais, as condições dos corredores são bastante dispare, dividindo-se entre os mais preparados e com ótimos pulmões até os de pulmões e músculos mais flácidos. Surgem diante dos consumidores infinitas possibilidades em um curtíssimo intervalo de tempo, o que torna o último consumo sempre descartável e desatualizado.

Interiorizada a lógica do mercado, ela torna-se válida para lidar com quaisquer aspectos da vida, mesmo no relacionamento com as pessoas. Os vínculos humanos são

postos no patamar dos vínculos com os objetos de consumo e, desse modo, pessoas podem ser descartadas ou substituídas com a mesma facilidade que as mercadorias. Nada mais é estável (BAUMAN, 2004).

No entanto, Bauman chama a atenção para um aspecto, se somos livres das amarras de antes, sem vínculos obrigatórios, grandes ideologias, também somos afligidos pelo reverso da moeda, nada mais é certo ou seguro. O sujeito pós-moderno é tomado pela insegurança, “a desgraça dos livres” (BAUMAN, 1998, p. 10). Em uma nova configuração, sem regras imutáveis, vínculos eternos, estaríamos absortos em um jogo de cada um por si e, conseqüentemente, desorientados.

Desse modo, a liberdade, autonomia, o acúmulo de bens, experiências e informações proporcionadas pela contemporaneidade vem acompanhados da insegurança e da incerteza. Os sujeitos estão constantemente ameaçados pela possibilidade de perda, seja do emprego, da posição, de algum vínculo ou da própria vida. Mais ainda, a possibilidade de satisfação está sempre distante, tendo em vista que há sempre novas ofertas.

O sujeito pós-moderno permanece no mal-estar por não atingir a satisfação e ainda mais atormentado devido à falta de certezas.

Não é apenas o consumo, mas o excesso de consumo uma característica marcante da sociedade pós-moderna. A estratégia do excesso, segundo Baudrillard (1995), seria criar um modo de viver orientado para o consumo da novidade. Como explica, a felicidade constitui a referência absoluta da sociedade de consumo, medida pela aquisição de objetos e signos do conforto e bem-estar.

Para Lipovetsky (2004, 2005), as marcas da contemporaneidade são o liberalismo globalizado, a mercantilização dos modos de vida, a individualização crescente, a integração com as lógicas modernas do mercado, um consumo desenfreado e a aceleração do tempo. Muito importantes também são a perda de sentido das grandes instituições morais, sociais e políticas. A essa sociedade, ele batiza de hipermoderna, em que o prefixo “hiper” é empregado para designar a exagerada intensificação dos valores criados pela era moderna, sobretudo da cultura do excesso.

Segundo Lipovetsky, esse consumismo exacerbado teria sido desenvolvido graças a fatores como a expansão do sistema de crédito, a elevação do poder de compra da classe trabalhadora e a otimização da produção, a partir do modelo taylorista-fordista, que permitia produzir mais em menos tempo. Posteriormente, surgem estratégias comerciais de

diversificação dos produtos bem como processos visando reduzir o tempo de vida das mercadorias. Há sempre mais coisas e que duram menos tempo. A lógica é a da moda, o imperativo é renovar sempre e com rapidez em busca de um hedonismo centrado em satisfações imediatas. Além disso, há uma recursividade psicologizada, que consistia em apelos a um estilo de vida que incluía o consumo de bens e serviços.

A marca dos novos tempos é o excesso, mas também a rapidez. Tudo se torna intenso e urgente, caracterizada especialmente pela obsessão com o tempo. Falta tempo até mesmo para o exercício da dúvida e da criticidade. O culto à urgência modifica a maneira como os sujeitos lidam com o tempo, afetando intensamente a forma de se viver, repleta de desespero e ansiedade

Mas o próprio tempo torna-se objeto de consumo e apreciação. Na redescoberta do passado, surge a valorização da memória e das tradições. Se os modernos queriam se ver livres das tradições, na hipermodernidade a tradição ressurge valorizada como patrimônio social e cultural, apta a ser exposta e consumida. Tradições adquirem valor memorativo, de autenticidade, de conservação, em um jogo discursivo que mistura valores do passado e do presente. É o que Lipovetsky (2011) denomina capitalismo cultural e mercantilização da cultura.

Lipovetsky (2005) também destaca o consumo como um marcador social, adquiridos para se tornarem signos de status e diferenciação. O abandono dos ideais políticos-coletivos gera uma nova disposição nos indivíduos, unidos agora pelo consumo. Diversas novas formas de consumo são inauguradas, como o “consumo emocional”, nascido da demanda por novas experiências afetivas, imaginárias e sensoriais.

As utopias também mudaram, agora relacionadas ao consumismo e ao individualismo. Os novos sonhos envolvem o corpo perfeito, a alimentação saudável e natural, a interação entre os diferentes. Sendo assim, nota-se que a sociedade hipermoderna tem demandas bastante paradoxais, exigindo o excesso e elogiando a moderação. Essas mensagens paradoxais deixam os sujeitos bastante desorientados e dão origem a neuroses novas. Por exemplo, com relação à alimentação, surgem condutas anoréxicas ou bulímicas, relacionadas ao corpo, ao excesso e ao controle.

Além do excesso de consumo, do crescente individualismo, enfraquecimento dos vínculos e da escassez de tempo, a contemporaneidade seria marcada, segundo Lasch

(1986), pela cultura do narcisismo. As características desta cultura é que os sujeitos estão cada vez mais centrados em si mesmos, em detrimento do bem social. O que preocupa o narcisista é o seu desempenho, sua saúde, sua beleza, seu prazer a todo custo. Para Lasch, as culturas capitalistas contemporâneas acabaram por produzir subjetividades centradas na realização individual, estreitamente ligada ao consumismo, em detrimento dos ideais coletivos. Não são mais questões públicas, mas as privadas que tomam conta da vida do sujeito. Quer atender aos apelos da mídia, procurando criar para si a mesma imagem vendida nas propagandas e programas televisivos.

O indivíduo dirige-se ao outro em uma demanda narcísica:

O narcisista depende dos outros para validar sua autoestima. Ele não pode viver sem um público admirativo. Sua aparente liberdade de laços familiares e de pressões institucionais não o liberta para ficar sozinho ou glorificar-se de sua individualidade. Ao contrário, contribui para a sua insegurança, que ele só poderá superar vendo o seu 'ego grandioso' refletido nas atenções dos outros ou ligando-se àqueles que irradiam celebridade, poder e carisma (LASCH, 1983, p. 30-1).

O que surge na contemporaneidade, segundo Lasch, é um “individualismo contra o indivíduo”, no qual a sociedade cria uma ilusão de que estão dadas todas as condições para a realização plena dos indivíduos, quando na realidade ele está sempre defrontado com o abismo entre a realidade e a fantasia das publicidades. Diante dessa contradição e sob constrangimento para alcançar sua realização pessoal, dentro dos modelos de sucesso, beleza e saúde midiáticos, o eu se contrai num núcleo defensivo, em guarda diante da adversidade. Ou seja, quando confrontado com sua impotência, sacrifício, vazio e falta de controle, o sujeito reafirma sua autossuficiência, num ato de defesa de um "mínimo eu", egocentrado, que não se permite reconhecer e respeitar o outro enquanto sujeito. Assim, nutre fantasias de onipotência e acredita ter o direito de explorar o outro e ser gratificado.

Portanto, em Lasch (1983), emerge novamente como fruto da contemporaneidade um sujeito voltado para si mesmo, sua satisfação e autorrealização, que já não se reconhece no todo e, inclusive, nega a alteridade, fazendo do outro não um igual, mas um objeto de satisfação. Contudo, mais uma vez reconhece-se que toda a liberdade e a imensa gama de possibilidades ajudam a criar também a insegurança, angústia, provocando danos psíquicos. O sujeito vê-se com a necessidade de sempre realizar investimentos em si mesmo, assim, a vida torna-se uma interminável busca de saúde e bem-estar. É preciso estar sempre atendo ao corpo e à mente, fazer exercícios, dietas, usar drogas, seguir caminhos espirituais, consumir autoajuda e terapias diversas.

O psicanalista Joel Birman (1999) reflete de maneira próxima sobre a subjetividade contemporânea. Afirma que há uma exaltação da individualidade e a negação da alteridade. O resultado é a diminuição da solidariedade, tão importante nas relações humanas. Atualmente, o sujeito já não consegue se descentrar de si mesmo e nega ao outro o mesmo status, encarando-o apenas como um objeto para seu usufruto.

Segundo Birman, a subjetividade que antes era construída a partir de noções de interioridade e de introspecção, dá lugar a novas definições, em que a exterioridade é o valor. Os signos externos, a imagem, os bens de consumo, são os delimitadores do que cada um é. O sujeito vale pelo que parece ser; portanto, é necessário ter boa performance, porque o que interessa é a forma e não o conteúdo. Paradoxalmente, o sujeito passa a ser prisioneiro de si, na busca fracassada de uma imagem ideal. Acrescenta que, em uma sociedade que constrói laços sociais precários, assistimos a uma proliferação de psicopatologias que afetam pessoas autocentradas e esvaziadas de autorreflexão.

Esse autocentramento teria consequências desastrosas para o sujeito, segundo Birman (2000). Em um mundo em que tudo é fluído: imagens, posições, condições de consumo, o próprio sujeito está sempre ameaçado de perder as condições de sustentar sua imagem. Com isso, a economia do narcisismo que sustenta o seu eu se esvai progressivamente e pode produzir diferentes formas de mal-estar psíquico.

A consequência de uma sociedade individualista e narcisista, em que o sujeito volta-se para si mesmo, é que ele passa a ter só a si mesmo. Castel (1998) salientou que a intensificação de dispositivos subjetivos, econômicos e sociais que pressionam o indivíduo a depender apenas e tão somente de si mesmo para sobreviver, de seu corpo e de suas possíveis potencialidades, dá origem a um conflito do sujeito com ele mesmo. Ele é empurrado para ser ele mesmo e voltar-se para si mesmo e, por fim, ter só a si mesmo, situação profundamente vulnerabilizadora.

Essa vulnerabilidade criada em torno do individualismo negativo se caracteriza pela conjugação de dois fatores concorrentes: a precariedade do trabalho e a fragilidade dos vínculos. Parece não haver mais para o sujeito garantias ou segurança, seja social ou econômica. A consequência disso é o desenvolvimento de um individualismo negativo, perverso, em que os sujeitos não conhecem mais do que a falta de referências, de apoios sociais e de vínculos estáveis. Voltando-se somente para si e tendo de permanente só a si mesmo, é exigido dos sujeitos todo seu investimento na própria realização. Esse conjunto

de situações produz consequências desastrosas para o sujeito, desencadeando sérios danos psíquicos: a permanente insegurança, a ansiedade advinda da pressão exercida pelos riscos e desafios cada vez mais altos, humilhação, vergonha.

Ehrenberg (1998, 2004 e 2010) compreende a depressão como uma patologia da ação no mundo contemporâneo, em que a norma é agir, e agir no sentido de uma eficácia individual imediata. Nesse mundo instável, em que tudo muda e tudo deve ser conquistado, o indivíduo torna-se o responsável pela sua realização. O eu ideal é de um indivíduo que assume riscos e aventuras em nome de si mesmo, sempre voltado para a performance e para o incremento de suas potencialidades. Cabe ao sujeito expandir suas possibilidades, a partir de sua própria iniciativa.

Do ponto de vista sociológico, segundo Ehrenberg (1998), a depressão seria um sinal de uma transformação social importante: a passagem de uma sociedade que se refere à disciplina (interdição, obediência, autoridade, etc.) para uma sociedade que se encontra sob o primado da autonomia, isto é, a decisão e ação pessoais. Em sua análise, Ehrenberg apresenta uma nova explicação causal para a depressão, segundo à qual, a explicação freudiana de neurose como um conflito do desejo dá lugar a uma patologia que coloca em questão a ação individual. A depressão, 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, precariedade 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. Nesse âmbito, o culto à imagem é o que faz da aparência o espetáculo ao qual o sujeito se sustenta em sua busca narcísica.

Ehrenberg (1998) denominou de “homem insuficiente” esse sujeito contemporâneo cuja angústia neurótica seria proveniente da sensação de insuficiência e incapacidade diante dos excessos de possibilidades e também de exigências da sociedade de consumo. Sociedade em que o consumo torna-se termômetro de realização pessoal, regida por uma nova moral em que o individualismo é glorificado. Todos devem confiar em si mesmos para construir uma vida. Os velhos referenciais coletivos estão perdidos, na nova moralidade da sociedade de consumo, antes sinônimo de alienação e passividade, tornou-se um modelo de conduta.

Nesta perspectiva, além de uma patologia da ação, a depressão seria uma “patologia da responsabilidade”, pois o deprimido sente-se aquém da empreitada da iniciativa individual e da sua responsabilidade sobre seu sucesso. Cansado de ter que permanentemente “tornar-se si mesmo”, expressando assim um sentimento de insuficiência. O fracasso surge como sendo o outro lado da moeda da demanda de performance. De um lado, destaca-se a ideia de triunfo, de excelência, de qualidade total, engendrando o imaginário da perfeição e da superação de si próprio. De outro, têm surgido novas formas de exclusão, produzindo o imaginário da inutilidade, que acenam aos valores de fracasso, de falta de inserção e desqualificação. No entanto, a liberdade e autonomia para governar a si mesmo fazem dele também o único responsável pela sua trajetória. O vigoroso exercício de realização de si exige de cada vez mais de cada um. O indivíduo torna-se um peso para si mesmo. A depressão seria resultado dessa fadiga de ser si mesmo. Do enorme cansaço provocado pelas atribuições de tornar-se você, de acordo com as exigências sociais e os modelos midiáticos (EHRENBURG, 2010).

Em uma cultura que exige o domínio de si, domínio psíquico e afetivo, capacidade de ação, impõem a todos “a tarefa de adaptação permanente a um mundo que perde

precisamente sua permanência, um mundo instável, provisório, feito de fluxos e de trajetórias irregulares” (EHRENBERG, 1998, p. 200-201).

Em meio às exigências de realização de si e a condições contraditórias, o indivíduo diante das novas ameaças e desafios externos e internos a si mesmo, está cronicamente fragilizado. Nesse cenário, Ehrenberg observa que as principais demandas clínicas estão voltadas para questões factuais como desemprego, precariedade econômica, insegurança, etc. – sendo a depressão o principal elemento articulador da sintomatologia e do sofrimento em pauta. A depressão ameaça um indivíduo aparentemente emancipado dos interditos, mas certamente marcado pela separação entre o possível e o impossível. A depressão é uma tragédia da insuficiência.

Para responder a demanda de produzir a si mesmo por meio de seus próprios recursos internos, o indivíduo recorre a dispositivos que auxiliem a sua sobrevivência psíquica, tais como as terapias, os medicamentos psicotrópicos, os profissionais especializados e terapias das mais diversas.

Outro sociólogo francês, Vincent de Gaulejac, tem ponderações que contribuem para pensar a depressão. No livro *Gestão como Doença Social*, Gaulejac analisa o mundo atual como base em como a gestão tem se tornado uma ideologia, uma tecnologia de poder, mediadora entre os interesses econômicos do capital e a força de trabalho.

Para Gaulejac (2007), se o consumo é parte importante da subjetivação contemporânea, também o é o trabalho enquanto possibilidade inserção social e econômica. Mas ele também já é incerto e precário. O modelo atual de gestão, o gerencialismo, mobiliza a psique dos trabalhadores em função do alcance dos objetivos financeiros e mercadológicos, colocando em ação um conjunto de técnicas que buscam colonizar os desejos e angústias das pessoas colocando-os a serviço da empresa. No universo gerencial, a subjetividade é mobilizada sobre objetivos, resultados, critérios de sucesso empresarial, que tende a excluir quem não é útil e rentável. Daí a emergência de técnicas de gestão da subjetividade que mobilizam o indivíduo, do lado da autonomia, da autoestima, do reforço narcísico, da flexibilidade, canalizando totalmente os investimentos psíquicos para objetivos mercadológicos de rentabilidade e desempenho.

Gaulejac apresenta o modo como o poder gerencialista substituiu o poder disciplinar, agindo agora a partir da sedução dos sujeitos para a adesão ao projeto da empresa e do mercado econômico em última instância. Tudo passa a ser mensurável,

regulável, previsível. O homem fica submetido aos ritmos do trabalho, que se afastam do tempo biológico, do tempo da vida humana. Mas, se o gerencialismo celebra o enriquecimento, a liberdade e a autonomia, ele cria, ao mesmo tempo, um estado de crise permanente: a competição contínua com os outros, a luta para se manter naquele espaço, à submissão aos acasos das carreiras profissionais e dos mercados financeiros, o não questionamento a uma racionalidade instrumental.

A cooptação para o projeto da organização faz com que o poder gerencialista opere como um sistema de produção de um sujeito flexível, adaptável ao contexto, às flutuações do mercado, às descobertas tecnológicas e estratégias da concorrência. Um novo trabalhador conformado com a colonização do espaço-tempo particular, em que o indivíduo perde a posse do seu tempo pessoal, mas aceita isso como uma exigência lógica do mercado e do seu desejo de sair-se bem e ter sucesso. A gestão de si objetiva a realização de si mesmo. Trata-se aí de uma concepção subjetivista da ação, o sujeito centrado sobre si mesmo.

Uma nova moral é legitimada. Nela, o bem comum passa a ser compreendido como resultado da união dos interesses particulares, favorecendo a lógica do “cada um por si”. O risco passa a ser aceito naturalmente como consequência das incertezas, instabilidade e imprevisibilidade do mercado.

A degradação nas condições de trabalho tem produzido e aumentado as doenças profissionais e o sofrimento psíquico no trabalho. Criam-se ambientes de trabalho em que o estresse e o assédio tornam-se naturalizados. A crescente pressão por resultados provoca uma situação de estresse constante e a distância entre exigências, promessas e recompensas efetivas pelos esforços de trabalho geram uma situação esgotamento com o trabalho. Cria-se um ambiente obsessivo: há que se fazer sempre mais, melhor, em menos tempo, preferencialmente, com menos custos. Um cenário doentio, em que predominam o estresse, a pressão por resultados imediatos, o assédio e cujas consequências são o adoecimento dos sujeitos cada vez mais instrumentalizados e desumanizados para atender às exigências financeiras inatingíveis, porque visa sempre mais.

A pressão existente no trabalho transborda para as outras áreas, toma conta da vida do indivíduo. Nas famílias, a educação dos filhos também tem como fundamento produzir

sujeitos empregáveis. A educação torna-se mais um meio de aperfeiçoamento profissional e de garantia de competitividade e empregabilidade. A saúde é algo que deve ser gerida e controlada, porque o sujeito já não controla seu tempo, não tem tempo para convalescer e se recuperar, está cercado de exigências, concorrentes e prazos. Os indivíduos são pressionados a aguentar o ritmo e as condições do trabalho, caso contrário, são considerados vulneráveis, culpados pelo seu fracasso. Devem suportar, nem que seja base de drogas, antidepressivos e ansiolíticos os sofrimentos causados pelo seu cotidiano.

Soma-se a isso o crescente processo de individualização, em que os coletivos estão cada vez mais frágeis, raros e até mesmo cooptados pela ideologia gerencialista. A luta de classes dando lugar a luta de posições e os sindicatos agora afinados com a ideologia gerencialista, passam também a adotar o discurso de adaptação ao mercado, de lei da concorrência, de responsabilização do trabalhador pelo seu desempenho e até pela sua capacidade ou não de lidar com a pressão do trabalho. O que se vê, como resultado dessa nova realidade, são indivíduos desprotegidos, esgotados, ansiosos, deprimidos, sob forte medicalização, drogados por antidepressivos e ansiolíticos (GAULEJAC, 2007).

Com o desenvolvimento do capitalismo financeiro, o ego de cada indivíduo tornou-se um capital que é preciso fazer frutificar. A gestão gerencialista gera uma rentabilização do humano, e cada um deve tornar-se o gestor de sua vida, fixar-se objetivos, avaliar seus desempenhos, tornar seu tempo rentável. Delineia-se um verdadeiro projeto de sociedade: transformar o homem em empreendedor para um mundo produtivista e financeiro. O homem ideal é aquele que empreende, capaz de assumir riscos, decidir, resolver problemas complexos, suportar o estresse, desenvolver sua inteligência cognitiva e também emocional, por todas as suas qualidades a serviço da rentabilidade.

A partir das análises de Ehrenberg e Gaulejac, podemos pensar a depressão como resultado de uma sociedade em que são exigidas dos sujeitos disposição, pró-atividade, criatividade, rapidez, e boas relações interpessoais. Contudo, ao mesmo tempo em que o sujeito seduzido pela ideia de autonomia, competência e reconhecimento, ele se depara com pouca capacidade de ação, metas e objetivos predefinidos, expectativas geralmente impossíveis de se atender. O sujeito vê-se confrontado o tempo todo com os riscos de perda de reconhecimento, de estabilidade, de posição e de identidade.

Os aspectos ressaltados pelos analistas que consideram as neuroses como sintoma social são diversos, como o crescente individualismo, consumismo, narcisismo, o

enfraquecimento dos vínculos sociais junto com a precarização do trabalho. Essa lógica perversa, torna-se ainda mais cruel quando volta para o próprio sujeito a responsabilidade sobre seus fracassos. Uma sociedade que vende fantasias e ideias de vida e de eu inalcançáveis para a grande parte da população, mas que condena quem não os alcança. Por fim, quando adoece, ele é culpabilizado pelo seu adoecimento, diagnosticado, classificado e medicalizado. O deprimido é o culpado pelo seu fracasso profissional, pessoal e social e ainda sente-se em dívida com a sociedade por não atender ao ideal social. Portanto, como resultante desse cenário, há o desencadeando de psicopatologias diversas.

Nesse sentido, deve-se retomar a definição de Sawaia (1999), que vê a depressão como um sofrimento ético-político, oriundo da dor das injustiças sociais às quais os sujeitos são expostos, mas que os integrantes de categorias mais subalternizadas vivenciam de forma particularmente acentuada. Sujeitos subalternizados se deparam frequentemente com situações em que se veem desvalorizados, humilhados, envergonhados e desqualificados.

O sofrimento ético-político afeta o corpo e a alma desses sujeitos, impactando em suas vidas de diferentes formas, interferindo na sua relação com os outros e consigo mesmo. Ele aponta as questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente o sofrimento que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, inútil. Mas há que se atentar ainda para a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação à maioria dos sujeitos de se apropriar da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto nas mesmas condições de igualdade (SAWAIA, 1995).

Perguntar por sofrimento e por felicidade no estudo da exclusão é superar a concepção de que a preocupação do pobre é unicamente a sobrevivência e que não tem justificativa trabalhar a emoção quando se passa fome. Epistemologicamente, significa colocar no centro das reflexões sobre exclusão, a ideia de humanidade e como temática o sujeito e a maneira como se relaciona com o social (família, trabalho, lazer e sociedade), de forma que, ao falar de exclusão, fala-se de desejo, temporalidade e de afetividade, ao mesmo tempo que de poder, de economia e de direitos sociais (SAWAIA, 1999).

O mal-estar produzido por essa sociedade tem efeitos psicossomáticos nos sujeitos. O estresse e a depressão estão entre os efeitos psíquicos mais comuns dessa sociedade doente. A partir das análises acima podemos pensar a depressão não mais como um

transtorno somático, resultado de falhas de processos bioquímicos, mas como um sintoma social.

Nesse ponto, é importante retomar a observação de Gaulejac (2009) de como o psíquico e social estão interligados de modo que não se pode entender um sem o outro. A nossa família, escola, trabalho, instituições diversas, estabelecem as normas e valores que definem o contexto sócio histórico. Desse modo, se formam tanto os suportes quanto limites para o sujeito pensar, agir e se relacionar com os outros. Psique e social estão sempre em uma relação sistemática e recursiva e é essa relação e o registro do que fica dela, que permite ao sujeito tornar-se quem é. Subjetivação é uma combinação de registros psicológicos, sociais e familiares, que explicam a singularidade.

Gaulejac acrescenta que não apenas a subjetividades, mas as neuroses precisam ser vistas a partir do entrelaçamento entre psique e social. Para Gaulejac (2009), as neuroses seriam geradas por expectativas normativas irrealistas, que atribui a cada um a responsabilidade pelas falhas criadas por estruturas sociais. É cobrado do sujeito que gerencie de forma coerente a si mesmo e sua participação em uma sociedade que já não guarda coerências. Mas, longe de pensar o sujeito determinado por constrangimentos externos a ele, há sempre a possibilidade de si reinterpretar.

2.2 Subjetividade do deprimido

A subjetivação dá-se de acordo com os recursos de cada época. Se o século XIX apresentou a histeria como modo de subjetivação sintomático, no fim do século XX e início do XXI, a depressão torna-se o principal sintoma cultural (PINHEIRO, 2003).

Do ponto de vista psicanalítico, na depressão ocorre um processo de desnarcisação dos indivíduos, resultante da mácula da vergonha que incidiu violentamente sobre as suas identidades sociais. Seria isso que promoveria a perda significativa da estima de si destes indivíduos. Portanto, nas subjetividades contemporâneas, o psiquismo procura livrar-se do excesso, do empobrecimento simbólico, da agressividade, da compulsão produzida pela cultura, lançando mão do adoecimento psíquico e da somatização, ou seja, da descarga do mal-estar no corpo (BIRMAN, 2006).

Segundo Hornstein (2008), psicanalista argentino, a depressão seria resultado de um sentimento deficitário de si mesmo em função da história pessoal, das vivências atuais e dos projetos de vida que não se realizaram. Nas depressões, a perda do objeto afeta e modifica a subjetividade, provocando um retraimento e um empobrecimento do ego.

Pinheiro, Quintella e Vertzman (2010) veem na crença narcísica o desencadeamento da depressão. Nesses termos, a crença narcísica é um hiperinvestimento nas ideias de imortalidade e onipotência do eu. Revela-se como um modo de subjetivação que se sobrepõe à constituição do ideal do eu nos dias de hoje. O discurso do deprimido diz de uma perda de si, mais precisamente a perda de uma imagem perfeita subjugada ao assombro de sua própria transitoriedade. O sujeito valoriza a imagem do que ele considera que foi e, deprimido, sente que perdeu a si mesmo. Criou uma imagem de si no narcisismo, mas nela se centralizou como possibilidade única de soerguimento do universo subjetivo. Estes psicanalistas argumentam que na depressão o sujeito não pode ser o que foi, recuperar o que foi perdido, então, já não deseja ser. Se não consegue reconstruir-se com essa perda, reinventar a si mesmo, corre o grave risco da aceleração de sua própria morte. O autocentramento subjetivo contemporâneo, com sua idealização do eu, o favorecedor da depressão. Na depressão, o sujeito acha-se centrado no eu ideal perdido.

Baztan (2008), por sua vez, analisa a depressão de forma mais severa, mais relacionada à necessidade de morte do que de reconstrução da vida. Ele explica a depressão como "naufrágio vital" em que o sofrimento por viver se alia ao desejo de morrer.

Por outro lado, a psicanalista Maria Rita Kehl compreende a depressão como uma forma de resistência ou recusa às formas de vivência e sociabilidade contemporânea. Kehl (2009) traz abertamente o debate sobre a depressão como um sintoma social. Para ela, o aumento das depressões na atualidade configura um sintoma social, visto que há sintomas ou estruturas clínicas que, dada sua posição de desacordo frente a normatividade social, denunciam as contradições de uma época. A autora argumenta que, em diferentes épocas históricas, temos diferentes sinalizadores do mal-estar derivado da vida em cultura. A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI (KEHL, 2009, p. 22).

Kehl aponta a depressão como o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos junto à versão imaginária do Outro. Sofrimento esse que atinge todas as certezas imaginárias que sustentam o sentimento de ser. Se o sujeito contemporâneo está relacionado ao tempo da urgência, do individualismo, do consumismo, centrado na performance e na autoimagem, o deprimido se recusa a essa lógica. Seu tempo é lento, irritante para quem convive com ele. Tempo que despreza à urgência das demandas dos outros. Seu refúgio não é o consumo. O depressivo é aquele que tenta se poupar do imperativo de satisfazer o Outro. No entanto, quanto mais ele se esconde, mais fica à mercê dele.

Kehl (2009), não são apenas as possibilidades, as normas, mas os laços sociais que se tornam muito mais frouxos na sociedade contemporânea. Em razão disso, ela afirma que a depressão pode estar relacionada a um sentimento de insegurança e desamparo. O depressivo escolhe não enfrentar a demanda social de onipotência sobre o indivíduo e oferecer-se como objeto inofensivo e indefeso à proteção do outro (KEHL, 2009).

Na opinião de Kehl (2009), uma sociedade que concebe a vida psíquica segundo o modelo do distúrbio e da cura neuroquímica é uma sociedade que não convoca os sujeitos a fazerem do pensamento um auxílio para a mediação das suas relações e negociação de suas diferenças.

Assim, o deprimido seria um sujeito que precisou voltar-se para si mesmo depois de perder a si mesmo. Ademais, para Kehl (2009), a depressão estaria relacionada a um evento qualquer em que o sujeito perde-se de si e precisa reconstruir a própria biografia. A marca da depressão seria, então, a reconstrução biográfica. O deprimido precisa reconstruir a si mesmo e a própria vida a partir de um fundamento marcador. Assim, a depressão não seria apenas uma nova subjetividade, mas alerta e ponte para o soerguimento de um novo eu.

Mas, é importante ressaltar como na depressão o sujeito continua voltado para o eu. 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 e 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.

Para sobreviver psiquicamente, precisa construir defesas, como o mínimo eu, de Lasch, o indivíduo negativo, de Castel ou o neurótico, de Ehrenberg, Gaulejac, Kehl, Birman e Roudinesco.

2.3 Tratar a depressão e produzir subjetividades

O que interessa aqui é ressaltar como tratar o deprimido também é intervir na sua subjetividade.

A psicanalista Maria Lucia Homem (2003) vê nas características da vida moderna elementos que produzem sofrimento. Segundo ela, os sujeitos teriam se transformado em grandes consumistas, consumidores inclusive de modelos de como ser. Na sua compreensão, tal consumismo penetra territórios até então sagrados e restritos ao âmbito do privado, como seu corpo, agora remodelado pela estética e reconstruído por procedimentos cirúrgicos. Conforme Homem, nem a alma escaparia a esse consumismo, agora aquietada com terapias diversas e produtos psicofarmacológicos cada vez mais eficazes na domesticação do medo, da tristeza e da angústia. O sujeito acaba por se constituir um consumidor obediente e submisso, preso aos modelos identitários da indústria cultural. Faz o possível para atingi-lo, mesmo que envolva submeter-se ao domínio do controle químico e psicoterápico do eu.

Para Bolguese (2004), a depressão é um bom exemplo de como os cuidados de si na contemporaneidade estão vinculados à lógica mercantil e, por isso, um objeto privilegiado de análise da construção de subjetividades, patologias, saberes e da cultura moderna. Segundo ela, a psiquiatria, unida à farmacologia, primeiro classifica sintomas, doenças e seus remédios, para depois diagnosticá-las e tratá-las. Mais do que isso, em sua pesquisa, Bolguese percebeu que a indicação de medicamentos para aliviar a depressão está fortemente influenciada por premiações dos laboratórios farmacêuticos aos médicos que

mais os receitam. Sendo assim, observa como a depressão tem sido traduzida para atender às lógicas financeiras e disciplinares das ciências e mercados envolvidos na sua produção.

Contudo, as neurociências e a psiquiatria não foram as únicas a produzir uma série de saberes e discursos sobre os afetos.

Ao longo do século XX, especialmente no último terço, nasceu um modo de gerir e cuidar da vida emocional que envolvia uma reorganização profunda das ideias, emoções e relações sociais. Na modernidade, como forma de lidar com o sofrimento, cresce a necessidade de um cuidado em relação às emoções, emerge a intensa valorização em falar de si, reconhecer seus próprios sentimentos, voltar-se para si mesmo. Por outro, cada vez mais a afetividade é submetida ao comando, à manipulação e à administração, inclusive transformada em mercadoria, o que pode ser notado facilmente pelo grande mercado de terapias e de autoajuda (ILLOUZ, 2007).

Mais ainda, surgiu uma diversidade de técnicas específicas para ajudar a entender e gerir essas emoções, muito pautadas na psicanálise e na psicologia. Um movimento que Illouz chamou de “psicologização de si”, popularizada pela literatura de autoajuda. A popularização da linguagem psicológica, a partir dos livros de autoajuda emocional, tornaram-se referência para a forma como os sujeitos começaram a definir e produzir a si mesmos. Esses livros traziam conselhos de como se utilizar de habilidades comunicativas e emocionais para adquirir competência profissional e social.

Contudo, segundo Illouz, o paradoxo da linguagem terapêutica consiste justamente em oferecer técnicas específicas para tomar consciência das emoções, a fim de vivê-los plenamente e de forma satisfatória, pretende fazer das emoções objetos externos, a serem observados e controlados. Isso porque há um claro estilo emocional a se seguir, reforçado nesses livros.

O aumento exponencial do consumo dos antidepressivos, assim como ansiolíticos, trouxe à tona o debate sobre os usos desse tipo de medicamento, junto com a dúvida se os estaríamos fazendo uso dessa tecnologia enquanto aprimoramento, melhoria de si, não necessariamente tratando estados patológicos.

Importante lembrar Foucault (1993), quando atentou para o quanto o imperativo da saúde está cercado pelas exigências de ideais normativos. Diagnósticos – que incluem os autodiagnósticos – tornam-se identidades e impõem medidas preventivas e tratamentos medicamentosos como práticas de si. Estas, por sua vez, são uma afirmação de

concordância com os parâmetros médicos biológicos de interpretação de si e de seu mal-estar, agora diagnosticado, classificado e apto a ser tratado.

No saber psiquiátrico e nas psicoterapias diversas, o sujeito é induzido a conhecer a si mesmo e a reconhecer-se nas práticas de si, de acordo com o poder médico e as exigências sociais de sua época. Ao reconhecer-se conforme a verdade que dele é extraída e que a ele é imposta. Este conhecimento de si encontra-se inscrito, segundo Foucault (1999), em uma relação mais ampla, em um cuidado de si, no qual é levado a cabo um trabalho que é efetuado pelo sujeito sobre o próprio sujeito. Neste trabalho são desenvolvidas diversas técnicas que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos, com o fim de alcançar certo estado desejável. Portanto, as tecnologias do eu ou do governo de si não têm como importância maior aprender algo acerca de si mesmo, mas a transformação da relação consigo.

Conforme Ehrenberg (1998), no final do século XX, foram estabelecidas normas sociais perpetradas pelo consumo, o qual se tornou fator associado e necessário para a felicidade. Os que não conseguem se adequar ao padrão atual de consumo, de performance e de sucesso são os mais suscetíveis à medicalização com o uso de antidepressivos e ansiolíticos. Recorrer às drogas seria sucumbir à obrigação de tornar-se si mesmo e ter sempre condições para agir.

Como tem procurado demonstrar sociólogos e psicanalistas contemporâneos, a depressão caracteriza-se por um funcionamento psíquico de fracasso na realização do eu, ou seja, o falha em participar da cultura do consumismo e do narcisismo. Nesse cenário, a droga surge como solução viável, possibilidade de resgatar a performance, exigida mesmo que por auxílio de psicofármacos.

Predomina a ideia de triunfo, de excelência, de superação de si próprio. Mas obviamente essa lógica produz seus opostos, suas formas de exclusão. O antagonista do sujeito qualificado, de sucesso, que realiza a si mesmo é o sujeito incerto, inútil, fracassado, desqualificado. Outra forma que pode adotar é do sujeito incapaz de agir, de regular suas emoções e sua saúde: o doente e, mais especificamente, o doente mental.

Do mesmo modo, Le Breton (1999) acredita que os psicofármacos são tecnologias que pretendem amansar o sujeito cansado de si e de sua vida. Diante da precariedade do trabalho, dos laços sociais, cansado e inseguro, criando uma fantasia de onipotência, o sujeito utiliza-se do consumo de psicotrópicos como um auxiliar da sua existência e da produção de si mesmo. As drogas ajudam-no a dar uma tonalidade diferente ao seu cotidiano.

Mas, adaptar-se é também submeter-se. Envolve reconhecer a ordem que lhe obriga a agir no mundo, da forma que é esperada de si. Medicalizar-se é procurar um equilíbrio artificial para viver em um mundo em turbulência. Ela contribui para que o sujeito surja não a partir do que é, mais do que deveria ser.

Le Breton (2003) afirma ainda que a modernidade colocou as emoções no patamar de reações químicas, em que se espera que psicotrópicos garantam um bom desempenho afetivo às pessoas. Afirma que essa perspectiva espera obter a produção de uma nova identidade pessoal e um estado emocional desejado para o paciente sem que ele tenha qualquer outro esforço além de beber remédios.

Nesse sentido, voltando a reflexão de que tanto a eficácia simbólica quanto à eficácia prática dos antidepressivos, somam-se aos desejos dos sujeitos que fazem um apelo por um melhoramento de si e alívio do sofrimento. Tavares e Hashimoto (2010) resumem essa reflexão:

Assim, vemos claramente que a medicalização exacerbada resulta numa apropriação dos corpos e das subjetividades na medida em que por este viés se concretiza o verdadeiro controle das individualidades. No entanto, o sujeito da atualidade é exatamente aquele que possui, como sua característica maior, a incapacidade de sofrer e, em contrapartida, demanda e deseja soluções rápidas; principalmente sem comprometimento subjetivo com a possível resolução de suas dificuldades. Nesta relação entre o sujeito e os discursos e práticas que lhe direcionam determinadas condutas e posicionamentos, o casamento perfeito em tempos pós-modernos é exatamente aquele entre a demanda (esta como desejo de “apaziguamento instantâneo da dor”) e os “milagres psicofar-mágicos” das medicações psiquiátricas. Se de um lado temos todo um arsenal psicofarmacológico disponível ao enfrentamento dos sofrimentos psíquicos, de outro lado temos os próprios sujeitos que demandam tal saber e prática apaziguadora, uma oferta aparentemente definitiva e instantânea (p. 90-91).

Para St-Hilaire (2009) os psicotrópicos deram origem a intervenções no “espírito” a nível molecular, sendo disso prova as novas gerações de antidepressivos e calmantes, que atuam diretamente no cérebro, redefinindo a depressão e a ansiedade como falhas nos neurotransmissores. As emoções como a tristeza ou a ansiedade, tendo uma base

neuroquímica, tornam-se então passíveis de intervenção e de correção. Os psicotrópicos ao intervir para a modificação do humor, das emoções, da cognição e da vontade, inaugura uma terapêutica química para o ajustamento às exigências da vida. Eles operariam uma normalização do indivíduo e uma domesticação do seu comportamento face às expectativas sociais. Dessa forma, St-Hilaire relaciona o uso de antidepressivos às cirurgias plásticas, que modificam o sujeito física e psicologicamente dando condições de atender às expectativas sociais.

Os antidepressivos e ansiolíticos alterariam condições mentais indesejadas, como a tristeza ou a ansiedade, contribuindo farmacologicamente para que as pessoas respondam às exigências de felicidade e equilíbrio. A psiquiatria estaria transformando sofrimento em problema técnico, promovendo a submissão das pessoas à regulação, contribuindo para que a população recorra sem cessar ao consumo de medicamentos, hospitais e serviços de saúde mental a fim de se libertar de suas tristezas e angústias via medicamentosa. Outro aspecto importante a se tratar, é do inquestionável lugar de destaque que o cérebro ocupa no imaginário contemporâneo ocidental e especialmente no que diz respeito à regulação afetiva.

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.

Nesse processo de fabricação da individualidade e da subjetividade em termos corporais, o cérebro ocupa um lugar privilegiado. O espetacular progresso das neurociências, o intenso processo de popularização pela mídia de imagens, as informações que associam a atividade cerebral a praticamente todos os aspectos da vida vêm produzindo, no imaginário social, uma crescente percepção do cérebro como detentor das propriedades e autor das ações que definem o que é ser alguém. Mais do que o centro de controle do sujeito e de suas emoções, o cérebro adquiriu o lugar central na definição da subjetividade (AZIZE 2008; EHRENBURG, 2009).

Azize (2001) emprega o termo “cerebralismo” para explicar essa emergência de um discurso da subjetividade atrelada ao cérebro. De acordo com essa perspectiva, a subjetividade está diretamente relacionada a de 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.

O cérebro surge nos discursos das neurociências e da psicofarmacologia como um rei e um déspota que domina a nossa subjetividade e nosso humor através de sua química. O corpo é tratado como um Outro, apartado do cérebro, que sofre as consequências do funcionamento deste, inclusive, ou sobretudo, do seu desequilíbrio bioquímico (AZIZE, 2008).

Contudo, Azize (2008) observa que não há um discurso em que o cérebro esteja mais atrelado à subjetividade do que nas propagandas dos antidepressivos, ansiolíticos e tranquilizantes. Nessas peças publicitárias, fisicalismo e subjetividade misturam-se em mensagens cujo conteúdo se concentra na moderação do cérebro ou, mais especificamente, da serotonina. Nas propagandas dos psicofármacos, sintomas emocionais dolorosos são entendidos como resultado do desequilíbrio químico no cérebro.

Ortega, Vidal e Ehrenberg optam por utilizar o termo “sujeito cerebral” para dar a dimensão dessa visão do sujeito, reduzido ao cérebro. O sujeito cerebral é revelado em termos neurocientíficos. Ao cérebro é atribuída a capacidade de nos dar identidade, de nos tornar quem somos. Cabe a ele todos os processos cognitivos e emocionais dos sujeitos.

Ehrenberg (2009) argumentou que essa concepção teria surgido na transição do século XX para o século XXI, em que as neurociências ajudaram a consolidar a crença de que o cérebro é a parte do corpo necessária para sermos nós mesmos, endereço biológico de nossa essência. Desse modo, enfim, cria-se a identidade pessoal como identidade cerebral.

Ehrenberg classificou dois programas das neurociências voltados para o conhecimento do cérebro e a produção do sujeito cerebral. De um lado, um programa fraco, voltado para desenvolver pesquisas envolvendo doenças neurológicas, Parkinson ou Alzheimer. De outro, um programa forte, que objetivava coincidir o conhecimento de si com o conhecimento do cérebro e tratar psicopatologias em termos de neuropatologias. De acordo com o programa forte, intervir no cérebro poderia produzir maneiras de agir, pensar e sentir mais eficazes. Constrói-se, portanto, uma biologia do espírito ou da subjetividade, uma “neurobiologia da personalidade” (idem, p.132).

Esse programa sugere tratar transtornos psiquiátricos como problemas neurológicos. A partir daí, pode-se pensar o sujeito como um cérebro saudável ou em desequilíbrio químico. Consequentemente, seria possível intervir nas subjetividades a partir da medicalização do cérebro.

Nikolas Rose (2003) define este processo usando o termo “self neuroquímico”, isto é, a formação neuroquímica da subjetividade. Para ele, essa perspectiva estaria centrada na compreensão de indivíduos somáticos, aqueles cuja personalidade é localizada no corpo, sobretudo no cérebro. Mais ainda, que pensam, julgam e agem sobre si mesmos com base na linguagem da biologia.

Ser um indivíduo somático, nesse sentido, corresponderia à codificar as suas expectativas e medos nos termos desse corpo biomédico, e tentar reformular-se, curar-se ou melhorar-se atuando no corpo, seja por meio de dietas, exercícios ou ingestão de medicamentos.

No que se refere à saúde psíquica, o cérebro é o lugar do transtorno e do tratamento. O cérebro, de um órgão do corpo, responsável pelo sistema nervoso, passou a ser visto pela neurociência como sujeito das ações humanas, o fundamento do espírito, um ator social.

Rose acrescenta que estão bastante relacionadas as condições de emergência desse self neuroquímico, o aparecimento de doenças como depressão e transtorno de ansiedade generalizada e o desenvolvimento de drogas como Prozac e Paxil. Para Rose, às estratégias de marketing das indústrias farmacêuticas, mudam a forma de refletir sobre transtornos de humor ou conduta e tem um enorme impacto no nosso cotidiano das pessoas, que “passam a entender mentes e *selves* em termos de nossos cérebros e corpos” (ROSE, 2003, p. 46).

Tomando os discursos das neurociências, da psiquiatria e da indústria farmacêutica como verdade, o ocidente estaria construindo, nos termos de Rose, sociedades psicofarmacológicas, em que a modificação do pensamento, do humor e da conduta por meios farmacológicos tornou-se mais ou menos de rotina. Em tais sociedades, capacidades subjetivas humanas têm sido rotineiramente remoldadas por drogas psiquiátricas, parte da tendência ocidental de definir problemas em termos de saúde, possíveis de serem biologizados e tratados.

À depressão foi atribuída uma base neuroquímica. Toda a explicação sobre ela passou a ser em torno de níveis de secreção e recaptção de monoaminas nas sinapses cerebrais, gradualmente vindo a concentrar-se sobre a serotonina. Explicações de variações no humor pautadas em substâncias químicas cerebrais penetraram profundamente na imaginação dos médicos e da população em geral.

A explicação serotoninérgica foi parte fundamental das campanhas vigorosas que as empresas farmacêuticas montaram de seus produtos para os médicos. Elas convidam o sujeito a envolver-se em risco constante da gestão de neuroquímicos para atuar continuamente em si mesmo, em um discurso que mistura cura, normalização e o reforço das capacidades. Embaraçados com certas concepções do que os seres humanos são ou deveriam ser, envolvendo, portanto, normas específicas, valores, juízos associados a própria ideia das drogas. Os fármacos incitariam formas particulares de vida em que o eu é algo natural mas que pode ser produzido. Assim, a emergência e o sucesso destes novos psicofármacos fazem parte de um crescente mercado para os artigos que prometem recodificar seus humores e seus males em termos de funcionamento dos seus produtos químicos no cérebro. Estaríamos vivendo um momento social e ético em que é não apenas possível, mas desejável, uma reformulação neuroquímica da subjetividade (Idem).

As bioidentidades, por sua vez, são definidas por Ortega (2008) como identidades somáticas, cujo eu é indissociável do corpo, numa concepção que abandona as antigas dicotomias corpo-alma, interioridade-exterioridade, mente-cérebro. Inteiro ou em partes, o cérebro aparece nesses movimentos como o único órgão verdadeiramente indispensável para a existência do *self*.

O sujeito cerebral dá lugar à aparição de práticas de si cerebrais, em que se destacam modos de agir sobre o cérebro para maximizar a sua performance. O cérebro responde, cada vez mais, por tudo aquilo que antes se atribuía ao sujeito. Crenças, desejos e comportamentos são frequentemente descritos em um vocabulário cerebral ou neuroquímico. Nasce os neuronegócios, desenvolvendo programas de computador e outros produtos neuroascéticos para garantir o aprimoramento do cérebro.

Birman (2003) denomina “cultura do somático” esse intenso processo de medicalização, em que o mal-estar é interpretado como especificamente corporal. O mal-estar contemporâneo é expresso no corpo. Nesse sentido, no caso do mal-estar psíquico, há uma carência de simbolização do sofrimento, que emerge como dor. Na dor, o sujeito fecha-se em si mesmo e na construção de uma autossuficiência. Já no sofrimento, o sujeito é capaz de agir, dirigir uma demanda aos outros, dar sentido ao mal-estar. Quando se localiza o sofrimento no corpo e o medica, atribui-se a ele um status de dor e, desse modo, não é possível superá-lo. Somatizado, o sofrimento não pode ser endereçado ao outro como demanda, de maneira a constituir um mundo de iguais. O que resta ao sujeito somático é se

entregar a exercícios e ginásticas, massagens, dietas e às drogas, pois este é incapaz de criar mediações no mundo. Por fim, perde as possibilidades que nos abrem as positivities simbólicas do sofrer.

[...] o sofrimento é uma experiência alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofrente, que se dirige a ele com o seu apelo. Daí sua dimensão de alteridade, na qual se inscreve a interlocução na experiência do sofrimento. Isso porque a subjetividade reconhece aqui que não é autossuficiente, como na dor. (BIRMAN, 2006, p.192).

Com a psiquiatria, o que se pretende é a regulação ostensiva do mal-estar, para impedir que este seja transformado em agressividade e em violência pelos sujeitos, na medida em que as instâncias institucionais de poder não reconhecem a legitimidade das demandas políticas daqueles segmentos sociais, destituídos que foram de quase tudo (BIRMAN, 2012).

No entanto, há que se lidar com os afetos dos incapazes, dos sem sucesso, dos excluídos. Para Carreiro (2003), a lógica que tem predominado tem sido a de silenciá-los. Instituições, indivíduos e grupos estão envolvidos nesse processo de apagamento, anulação e silenciamento do sofrimento. Quando não é mais possível invisibilizar os sofredores nos espaços dos quais participam, afasta-os. Há toda uma estrutura institucional legítima que contribui para isso, como a previdência, que afasta cada vez mais pessoas com transtornos psíquicos, sobretudo depressão. Na verdade, na opinião de Carreiro, a previdência acaba sendo o único aporte de reconhecimento do sofrimento, porque permite aos sujeitos doentes se retirem para procurar uma melhoria de seu estado e o protege com a manutenção de direitos, seguro social.

Para Roudinesco, a lógica ainda é de aprisioná-los, agora, a partir de camisas de força químicas. Roudinesco (2000) realiza uma forte crítica aos psicotrópicos vieram para substituir as camisas-de-força. Essa terapêutica visa deixar o humano mais polido, sociável, sem emoções, limitado e envergonhado.

"A partir de 1950, as substâncias químicas - ou psicotrópicos - modificaram a paisagem da loucura. Esvaziaram os manicômios e substituíram a camisa-de-força e os tratamentos de choque pela redoma medicamentosa. Embora não curem nenhuma doença mental ou nervosa, elas revolucionaram as representações do psiquismo, fabricando um novo homem, polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto" (ROUDINESCO, 2000, p. 21).

No entanto, para David DeGrazia, um filósofo estadunidense especializado em bioética, a rejeição aos antidepressivos também é moral. Esse filósofo quer debater com os críticos dos antidepressivos porque uma intervenção química que visa uma melhoria no

self seria menos legítima do que as diversas outras intervenções não-naturais que as culturas oferecem. Conforme ele discute, a sociedade dispõe de várias formas de produção e transformação do self, seja pela educação, cirurgias, atividades físicas e também de medicamentos.

DeGrazia (2004) não está enganado quando trata da vasta gama de intervenções no corpo amplamente aceitas atualmente para provocar transformações no eu, com grande aceitação pela população e todos com a promessa de construir um sujeito saudável.

Podemos mencionar o grande aumento de vendas de suplementos alimentares, de academias de ginásticas e de cirurgias plásticas. Mecanismos cada vez mais disponibilizados e utilizados pelos sujeitos que pretendem modificar-se a si mesmos e se manterem saudáveis.

Sendo assim, na sua percepção, o uso de psicofármacos está entre os vários recursos utilizados na atualidade para fins de melhoramento de si e não representariam um ataque à autenticidade do *self*. Para ele, os argumentos contrários a essa prática trazem embutidos a concepção de que o *self* é um dado, uma realidade preexistente. Ao contrário disso, DeGrazia coloca esse debate como um posicionamento ético-moral que delimita possibilidades de criação de si como mais ou menos autênticos. Segundo seu argumento, exercícios físicos e educação também consistem em técnicas artificiais de melhoramento do eu, mas não são criticados quanto o uso de antidepressivos. A psicoterapia é mais uma estratégia que pode ser utilizada pelo sujeito para um aperfeiçoamento de si e é percebida como uma forma legítima de transformação pessoal. Assim, esses debates colocariam um conflito moral nas discussões sobre identidade, mas deveriam também ser atravessadas pelas noções de ciborgue e pós-humano. Enfim, a defesa aqui é de que os limites do humano e das tecnologias estão sendo cada vez mais revistos e certamente irão cruzar com essas discussões sobre melhoramento de si via psicofármacos.

Os psicotrópicos são mesmo um dos meios mais utilizados no ocidente para lidar com o mal-estar psíquico. Antidepressivos e ansiolíticos tem tido um aumento de vendas vertiginoso. No entanto, não são os únicos. As psicoterapias, por exemplo, tem sido bastante utilizadas junto com eles, como aliadas na conquista de alívio, centradas na escuta. No entanto, essas abordagens também tem suas limitações.

A psicanálise debruça-se sobre as formações inconscientes singulares, ou seja, parte do particular para o geral, assim, atenta ao aspecto social do mal-estar. Nesse sentido, o sintoma está sempre situado numa zona de interseção entre o mais íntimo do sujeito e o coletivo, do eu com os outros. A psicanálise adota uma concepção de sujeito atravessada pelo desejo, constituído em meio a uma realidade psíquica e social (BIRMAN, 1999; KEHL, 2009).

No entanto, para Birman (2005), a psicanálise se construiu a partir do trabalho de Freud e sua análise da modernidade, cujos objetivos da clínica eram procurar a harmonia possível entre o registro do sujeito e o registro do social e, mesmo que posteriormente o próprio Freud tenha mudado de ideia e considerado a impossibilidade de curar o desamparo e o mal-estar do sujeito, a psicanálise continuou com a promessa de fazê-lo. Por não conseguir cumprir essa promessa e em decorrência da emergência de um novo agente que promete cumpri-la e em tempo muito mais rápido, houve um abandono progressivo da clínica psicanalítica pelos sujeitos.

Ehrenberg (1998) e Birman (2005) argumentaram que as promessas das novas medicações são cada vez mais sedutoras e amplas. Ao invés de meses ou anos de trabalho terapêutico, bastavam poucas semanas de consumo das novas drogas para desaparecer com os sintomas. A psiquiatria volta-se cada vez mais para as ciências do cérebro, procurando a solução definitiva para o sofrimento psíquico na bioquímica cerebral. Os antidepressivos aparecem como soluções rápidas e pouco questionadoras.

Além dos psicotrópicos, a psicoterapia emerge como possibilidade de tratamento mais rápido e especializado. Surgem as terapias de casal, familiares, comportamentais, entre outras.

A abordagem terapêutica da psicoterapia consiste em intervir no comportamento a partir da manifestação sintomática. O objetivo principal é a remissão dos sintomas (SCHESTATSKY e FLECK, 1999).

Os tipos de terapias mais utilizadas no tratamento da depressão são: a psicoterapia comportamental, baseada em uma análise do contexto dos sintomas, monitoração e planejamento de atividades com o paciente, manejo de experiências aversivas e desenvolvimento de habilidades sociais; psicoterapia cognitivo-comportamental, que foca

na predominância de pensamentos negativos sobre si mesmo no afeto deprimido e procura usar uma abordagem em que crenças disfuncionais arraigadas sobre si sejam problematizadas; as psicoterapias psicodinâmicas breves, que avaliam a depressão a partir de um fracasso adaptativo resultante de conflitos intrapsíquicos ou distúrbios relacionais. Sua terapêutica envolve focar nas perdas e separações e na elaboração da raiva e do pesar; por último, a psicoterapia interpessoal, que procuram auxiliar o paciente a manejar de forma mais adequada os problemas interpessoais associados depressão (Idem).

Na opinião de Rose (2008), o século XX foi certamente o século da psicologia. Não apenas porque ela deslanchou como profissão, mas porque foi central na construção das subjetividades contemporâneas. Ela ajudou a produzir nossas concepções de normalidade e anormalidade, nossas tecnologias de regulação, normalização, reforma e correção do nosso comportamento. Ela contribuiu para compreensões atuais da identidade, autonomia, liberdade e da realização pessoal foram reformadas em termos psicológicos. Houve uma psicologização da vida coletiva.

No entanto, o problema central da clínica psicológica está no seu modelo normalizador. A psicoterapia pauta-se no uso de testes psicológicos aplicados sobre aqueles que estavam envolvidos em problemas mentais e afetivos. Ela atua basicamente em verificar o grau de intensidade dos sintomas e criar mecanismos de diminuir a intensidade ou acabar com eles. Entre as principais estão a Escala de Depressão de Hamilton, a Escala de Depressão de Montgomery-Asberg e o Inventário de Depressão de Beck, que procuram fazer um levantamento da ausência ou presença de sintomas e da frequência com que aparecem.

Dentre as mais conhecidas e usadas no meio clínico e de pesquisa da psicoterapia estão as escalas de medição da intensidade os sintomas, ou seja, uma estratégia de quantificação do sofrimento. A partir daí, procura-se intervir para transformar a forma de pensar, sentir ou se comportar, dando origem a um sujeito renovado, novamente apaziguado.

Nessa perspectiva, uma terapêutica da depressão que objetive capacitar o indivíduo para a performance, para jogar o jogo da cultura do narcisismo, contribuiria para a produção de subjetividades apaziguadas, sem lidar de fato com o conflito, responder às ambivalências sociais e psíquicas.

Enfim, o sujeito que passou pela depressão e foi tratado, seja por qual for a abordagem, medicamentosa ou psicoterápica, tem a oportunidade de nascer como um sujeito novo. Acalmado e mais disposto com a ingestão de calmantes e antidepressivos, a par de novos conhecimentos sobre si e tendo em mãos técnicas para lidar com as emoções fornecidos pelas psicoterapias, ele está renovado. A regulação e autorregulação afetiva estão em andamento.

Para fechar esse capítulo, pretendo voltar à discussão sobre o caráter normalizador da psiquiatria, psicanálise e psicoterapia e deixar aqui algumas ponderações e perguntas.

Apesar da eficaz propaganda dos antidepressivos feitas pela indústria farmacêutica e dos alarmados avanços das neurociências em conhecer as causas da depressão, a própria psiquiatria tem tido que reconhecer recentemente que não é capaz de curá-la, mas somente atenuar sintomas (GUIMARÃES, 2005). Da mesma forma, a psicoterapia e a psicanálise não mostraram-se capazes de curar as neuroses advindas da sociedade hipermoderna ou pós-moderna, como queira. As perguntas que permanecem são:

1. A psiquiatria, psicanálise e psicoterapia não conseguiram desenvolver formas de lidar com esse sofrimento produzido pelo entrecruzamento do psíquico com o social? Elas ainda estão voltadas para produzir sujeitos normais, adequados, apaziguados?
2. Que outras respostas estão surgindo para o sofrimento psíquico para além dos campos psi?
3. Se a depressão não é apenas reflexo de desordem corporal, que outras abordagens podem ser utilizadas para conseguir libertar os deprimidos dela?

No capítulo seguinte, serão apresentadas as respostas das medicinas alternativas, especialmente as holísticas. Nelas o ser humano é visto como corpo físico, espiritual, mental e energético, todos relacionados. Ao contrário da perspectiva médica ocidental, elas acreditam que o corpo físico apenas reflete e denuncia problemas nos demais corpos, não devendo ser ele o objeto de intervenção terapêutica para a obtenção de saúde. Vejamos como isso é explicado.

CAPITULO 3 – TERAPIAS HOLÍSTICAS E O NOVO PARADIGMA ENERGÉTICO EM SAÚDE

3.1 Itinerários Terapêuticos

A forma como um sujeito lida com um mal-estar físico ou psíquico pelo qual é acometido é influenciada por diversos fatores, como suas crenças e valores culturalmente construídos e incorporados as suas pratica terapêuticas ao longo de sua vida.

Em suas trajetórias terapêuticas, as pessoas muitas vezes coligam sistemas referenciais diferentes, sejam eles populares, científicos, religiosos ou mesmo esotéricos. Ou seja, o cuidado de si envolve a interação de saberes, valores e expectativas. Sendo assim, as escolhas terapêuticas que as pessoas fazem, envolvam médicos, rezadores, benzedores, farmacêuticos ou terapeutas holísticos, não são definitivas. Elas podem ser revistas diante de novos diagnósticos, recomendações de profissionais, conselhos de amigos ou familiares, orientações religiosas.

Neste trabalho, itinerários terapêuticos se referem aos percursos empreendidos por enfermos na busca por resolver suas necessidades de saúde e o modo como traçam estes percursos nas múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença, que possam lhes apoiar na experiência de adoecimento (BELLATO et. ali, 2008).

Como destaca Madel (1997), essas racionalidades coexistem de fato em nossa cultura, às vezes de maneira conflituosa, às vezes de maneira pacífica e mais ou menos integrada, frequentemente de modo híbrido, justapondo ou integrando numa colagem. O principal problema do paradigma biomédico, segundo Madel, é ele estar centrado numa visão individualista da doença e do sofrimento e ignorar, muitas vezes, as determinantes sociais e culturais envolvidas. Isso resultaria, portanto, na produção de uma visão objetivista do sofrimento humano e na desvalorização da tradução subjetiva da doença.

Enfim, para Madel (1997), a saúde, a doença e os processos de cura são construções sociais, resultantes de um processo complexo que integra fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e religiosos, que permeiam o contexto da história de vida das pessoas e exercem marcada influência nas suas atitudes face à doença e aos processos de cura.

A análise dos itinerários terapêuticos empreendidos pelos sujeitos deprimidos nos permite compreender trajetórias e produção de sentidos para o enfrentamento desse sofrimento psíquico.

Alves et al. (1999) debatem questões epistemológicas em relação à produção de pesquisas sobre itinerários terapêuticos. De acordo com sua argumentação, as narrativas são a forma mais adequada de acesso aos itinerários terapêuticos, tendo em vista que elas dizem respeito a forma como as pessoas, inseridas em determinados contextos, distinguem, vivenciam e determinam respostas no enfrentamento das situações colocadas pela doença.

Deste modo, Alves e Souza (1999), indicam que, como não há um padrão único e predefinido no processo de busca terapêutica, a compreensão dos itinerários é uma tarefa complexa, que não pode ser reduzida a quaisquer generalidades de teóricos ou ao ponto de vista de especialistas. Os itinerários terapêuticos dos sujeitos, quando narrados, trazem muitas vezes o uso de tratamentos simultâneos até contraditórios, o que demonstra a subjetividade inscrita nesse percurso. E essa característica pessoal dada a cada trajetória é que deve ser objeto de atenção dos pesquisadores interessados em produzir conhecimento sobre esses itinerários e aos formuladores de políticas públicas de saúde, a fim de se ter uma real dimensão dos sujeitos e ferramentas envolvidas nos processos de saúde.

A interpretação do itinerário terapêutico, por seu turno, deve pôr em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, fornecido histórica e culturalmente.

“Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular” (ALVES E SOUZA, 1999, p. 133).

É preciso especialmente não perder o foco de que o itinerário terapêutico compreende um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. Além disso, ele é influenciado por interesses, emoções e acontecimentos circunstanciais. Sendo assim, o itinerário terapêutico não é produto de um plano esquematizado, predeterminado. Do mesmo modo, o melhor seria conceber a narrativa de itinerários como uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados e os sentidos

entrelaçados nas decisões, inter-relações e práticas que abrangiam o tratamento (ALVES; SOUZA,1999).

Entre os elementos indispensáveis na análise das narrativas é o quanto os sujeitos se apropriam do vocabulário ou paradigmas utilizados naquele momento histórico. Quais conhecem e de que modo, o que adotam como referência e de que forma reformulam conceitos e paradigmas dos diferentes saberes médicos na sua compreensão deles.

Paradigmas surgem e desaparecem a partir tanto de conflitos e revisões de saberes dentro do campo médico, motivado por novas descobertas, quanto por pressão externa do público que seria atingido por essas descobertas, os usuários dos serviços médicos. A construção da trajetória terapêutica vai depender também de quais são as interpretações, ideias e valores relacionados a cada abordagem.

Como destacou Luz (2003) paradigmas de pensamento orientam, embora nem sempre de modo consciente, as práticas, vivência e a interpretação e análise dessas práticas.

Há ainda um fator de origem pessoal que influencia na construção do itinerário terapêutico: o gênero. Primeiro, porque influencia no acometimento ou no diagnóstico. Mulheres são mais comumente afetadas e/ou diagnosticadas com transtornos mentais, afetivos. Elas são também quem mais procuram serviços de psicólogos, psiquiatras, medicinas alternativas e religiosas. Homens ficam mais restritos a biomedicina, em especial, à medicina familiar (VICTORA E KNAUTH, 2004). Portanto, é importante perceber que marcadores de gênero surgem nas narrativas.

Essa pesquisa em particular trata de um sofrimento psíquico, a depressão. Assim, as narrativas estão centradas em eventos e sentimentos dolorosos, que marcaram a vida, saúde e subjetividade dos sujeitos. A aflição principal é a impossibilidade de se livrar da tristeza, da raiva, de um sofrimento que de tão intenso provoca o medo da loucura, como retrataram os entrevistados. O mal-estar a ser superado na trajetória terapêutica envolvia a forma como os sujeitos viam a si mesmos, o mundo, os outros.

Procurar um tratamento para a depressão exige um grande esforço, sobretudo de lidar com a ambivalência da situação. A falta de desejo de viver, de vontade fazer qualquer coisa, de estima por si mesmo, de condições de lidar com os outros, tudo são sintomas da doença e, ao mesmo tempo, obstáculos para o tratamento. Assim, não são somente os problemas do serviço público ou privado de saúde, de encontrar profissionais em quem

confiar, dos limites da biomedicina, mas lidar consigo mesmo e procurar uma forma melhor de viver quando o desejo de morrer já era intenso.

Mas, um aspecto em especial chama atenção, enfrentar a depressão é tentar curar não só a si mesmo, mas, de certo modo, tratar da própria história. É isso que as narrativas aqui apresentadas vão nos mostrar.

3.2 As crises na biomedicina e a emergência do paradigma holístico

O campo da saúde tem passado recorrentemente por modificações. Várias foram as mudanças de paradigmas, por exemplo, que ocorreram no último século. Antigas dicotomias foram problematizadas e superadas, tais como o velho binômio saúde – doença. Novas noções foram incorporadas, tais como cuidado, bem-estar, prevenção, promoção de saúde, qualidade de vida, educação em saúde, entre outros.

Como discutiu Luz (1997), novos paradigmas emergem na saúde, sobretudo diante de crises nessa área, geradas por fatores socioeconômicos, culturais ou epidemiológicos. Aumento da violência, do uso de drogas, da desnutrição, de doenças crônicas, assim como epidemias, o ressurgimento de doenças controladas há muitas décadas têm criado essas crises na medicina e o questionamento de sua capacidade de promover saúde, sobretudo em países não-desenvolvidos. O que fica evidente nesses países é que saúde está atrelada à injustiças sociais e falta de políticas públicas eficazes que alcancem toda a população.

Luz (1997) define os aspectos dessa crise. Ela não representaria uma crise do saber médico, haja vista crescente capacidade das ciências médicas de investigarem doenças e atualizarem suas descobertas, mas seria uma crise marcadamente ética, política, pedagógica e social. No plano ético o principal problema estaria na degradação da relação médico-paciente, cada vez mais objetificada e mercantilizada. O antigo paciente ocupa definitivamente o lugar de cliente. Essa característica mais marcante teria culminado em grande privatização dos serviços de saúde e na relação hostil entre médicos e pacientes no serviço público de saúde. No plano pedagógico, a medicina teria substituído sua principal vocação, a de curar, pela de diagnosticar. Nos planos político e social, a incapacidade de

planejamento e implantação de políticas de saúde eficazes, cujas consequências são sentidas especialmente pelos grupos mais vulneráveis deve ser destacada.

Mas, para Tesser e Luz (2008), o grande equívoco da medicina científica moderna foi não conseguir implantar um projeto que admita a integralidade. Eles mapearam importantes problemas da racionalidade da biomedicina que prejudicam a construção da integralidade, que envolve a extrema especialização, o privilégio na mobilização do saber em prol da diagnose, que tem como sua outra face o descomprometendo com a terapêutica. Sobre a especialização, as biomedicinas se organizaram em torno das doenças e partes específicas do homem. Quando têm acesso, os doentes são tratados por muitos especialistas de doenças distintas, sofrendo variadas intervenções, como se fossem pacientes diferentes. O processo terapêutico envolve diversas profissões, especialidades, instituições e laboratórios, prazos, filas, consultas, coletas e realização de exames, retornos aos especialistas, uso dos remédios, administração e controle dos efeitos adversos. A consequência imediata disso é que ninguém se responsabiliza pela globalidade do cuidado e do tratamento, nem pelas suas consequências. Espera-se que a soma dos tratamentos parciais e especializados resulte num tratamento integral.

A respeito da diagnose, como a biomedicina vê a doença como entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetiváveis, que devem ser corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. Então, o foco está em construir um conjunto de saberes cientificamente válidos, extremamente especializados, mas que não contribuem de fato para a relação médico-paciente e nem para o processo terapêutico. Na medicina, saber e curar estão se separando cada vez mais.

Para além disso, Tesser e Luz (2008) recordam que a biomedicina envolve um valor ao mesmo tempo cognitivo, social, político e psicológico: o controle. O saber biomédico teria desenvolvido sua extensividade eminentemente nas direções de um tipo particular de controle, o controle heterônomo, por um agente especializado e cientificizado.

Segundo Luz (2008), quando se pretende avançar na direção de práticas, valores e representação de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligadas tanto a saberes tradicionais ou constituintes da atualidade, quanto a sistemas médicos complexos. Diversidade, fragmentarismo, colagem, hibridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea.

A biomedicina, alopática ou medicina científica, aparecem nesse cenário como o sistema médico oficial da cultura ocidental, sendo o setor de assistência à saúde sancionado legítima e legalmente, e caracterizado pela incorporação de alta tecnologia. Mas ele é marcado também por sua íntima relação com a indústria farmacêutica, o contínuo processo de medicalização da sociedade e a relação fortemente hierárquica entre médico e paciente, que ignora o saber do enfermo (LUZ, 2008).

A crítica ao modelo biomédico surgiu também como parte de um movimento ocorrido em diversas metrópoles em todo o mundo de questionamento da cultura ocidental. No campo da saúde, esses movimentos promoveram uma importação de modelos médicos de outros países e culturas e uma revalorização das medicinas populares, seja de origem religiosa ou indígena. Junto com elas, o incentivo ao consumo de remédios naturais, como plantas e ervas. Há toda uma reinterpretação também da cura e do corpo, incorporando-se a ideia de que o sujeito deveria ser considerado e tratado conjuntamente em sua mente, corpo e espírito. Ademais, ao invés de ser pensado como mero objeto de intervenção técnico-científica da medicina, o paciente deveria ser encarado como um agente importante no processo de cura (LUZ, 1995, 1997).

No entanto, ela não é a única prática terapêutica procurada pelas pessoas acometidas por alguma enfermidade. A partir da década de 60, com o movimento de contracultura, surgem os novos modelos de cura e saúde, que misturam elementos das culturas do continente europeu e importa modelos, sistemas e racionalidades médicas não europeias, como a medicina chinesa, indiana e ayurvédica. Acrescido a isso, nos países latino-americanos ganham destaque às medicinas populares, xamânicas e ligadas às religiões afro-indígenas (Idem).

Terapias complementares, alternativas, holísticas, não-médicas. São várias as formas como são denominadas as práticas terapêuticas que surgiram em oposição à medicina alopática ocidental, como fruto do movimento contracultural que teve início na década de 60. São essas as terapias que me interessa compreender por serem o resultado de vários fatores, como crítica cultural, oposição à medicina oficial, sincretismo de várias práticas terapêuticas de diferentes culturas, hibridismo entre medicina, ciência e religião, etc. A eleição dessas terapias como objeto de estudo ao invés de terapias tradicionais ou religiosas se deve a duas razões: por conterem esse caráter crítico e por entenderem o adoecimento como resultado de um desequilíbrio no corpo do sujeito, não algo causado por

uma entidade exterior, como em muitas religiões se compreende a depressão como possessão espiritual ou demoníaca.

Luz (1997) destaca ainda como essas medicinas alternativas promoveram ainda uma mudança nos paradigmas ocidentais de saúde, substituindo a centralidade da noção de doença pela de saúde, vitalidade, harmonia e equilíbrio. Essas novas racionalidades médicas adotam por fim, um paradigma vitalista, reivindicando novamente para a medicina um papel de promotora e recuperadora da saúde.

Tavares (1998) expõe como a postura holística vem do holismo, que significa todo, e que propõe uma visão não fragmentada da realidade, onde sensação, sentimento, razão e intuição se equilibram e se reforçam. É considerada como uma atitude diante da realidade, uma forma de ver e compreender o mundo, um espaço onde é permitido um intercâmbio dinâmico entre ciência, arte, filosofia e as tradições espirituais diversas; assim, o pensamento holístico permeia todos os níveis de atuação do indivíduo. Incorporado na compreensão da saúde, importante o paradigma holístico, que enuncia uma nova visão do sujeito, visto e tratado em sua totalidade, não de forma segmentada como faz a biomedicina. Com essa visão, a cura é buscada, não apenas na eliminação dos sintomas, mas em um movimento para restabelecer o relacionamento da pessoa com o todo.

A perspectiva holística que adotam também é um dos aspectos que as tornam de interesse para a pesquisa. De acordo com Albuquerque (2001), o adjetivo holístico, que caracteriza essas terapias, expressa a natureza desses novos tipos de cura. O holismo é uma teoria que vê o indivíduo como um todo indivisível, impossível de ser explicado como se seus componentes físico, psicológico e espiritual pudessem existir separadamente. A medicina holística seria, assim, a antítese do modelo biomédico, mecanicista, que se concentra no estudo isolado das partes da “máquina” humana e dos processos químicos específicos que a fazem funcionar. Diante de um doente qualquer, um terapeuta holístico subestimar a classificação da doença, voltando a atenção para o estilo de vida do doente, suas relações sociais, seu estado emocional, sua alimentação.

O que diferencia sobremaneira a perspectiva das terapias holísticas é que, nelas, a doença é vista como representação ou inscrição sobre o corpo dos problemas de ordem subjetiva, da personalidade do indivíduo ou de sua maneira de ser e de ver o mundo. Nessa concepção, segundo Maluf (2005), a medicina científica é criticada por somente considerar a doença ou o órgão doente, ao invés de olhar para as causas subjetivas do mal-estar. Para

esses terapeutas, para que um indivíduo esteja bem consigo mesmo, é preciso que seu corpo esteja equilibrado e harmonizado, permitindo a “circulação da energia”. De forma bastante diversa da perspectiva biomédica, na holística, a doença é a ruptura de equilíbrio emocional, espiritual ou energético. A cura, por sua vez, dependerá da estabilização espiritual e energética. Portanto, nesse ponto de vista, a doença apareceria no corpo como um reflexo de um problema no espírito e nas energias das pessoas. Daí, eles principalmente devem ser tratados, não o corpo biológico isolado.

Outro elemento a se considerar é que essas medicinas que rompem com essa lógica médica moderna ocidental têm lutado muito para conquistar espaço e legitimidade. Martins (2012) afirma que esta biomedicina moderna resiste muito a aceitar como sendo válidas outras práticas médicas que não se submetem ao mesmo princípio mecânico que funda a medicina moderna ocidental. Ele ressalta como a introdução da acupuntura no Ocidente, por exemplo, encontrou muitas resistências, mesmo sabendo-se que se trata de uma medicina com mais de cinco mil anos de existência e de comprovação prática.

Nesse enfoque holístico a doença do corpo físico é apenas, e tão somente, o reflexo ou a somatização das desarmonias já existentes nos corpos energéticos e ou emocionais. Assim sendo o tratamento holístico visa tratar não apenas as dores ou desajustes do corpo físico, ou seja, não somente o efeito, mas sim, busca detectar a origem do mal e tratá-lo para que assim deixe de existir não só o sintoma, mas também a causa que o provoca. Fazendo uso das mais variadas técnicas de trabalhos naturais, a terapia holística busca despertar na pessoa o equilíbrio corpóreo/psico/social através da correção e harmonização de seus próprios recursos físicos, emocionais e energéticos, transformando assim a desarmonia em saúde e autoconhecimento. Dentre as técnicas mais divulgadas no Brasil estão: Do-In, Shiatsu, Yoga, Acupuntura, Tai-Chi-Chuan, Florais De Bach, Reiki, Massagem Bioenergética, dentre outras (ALBUQUERQUE, 2001).

Conforme explica Albuquerque (1999), práticas e saberes corporais do ocidente moderno, sincretizaram-se com a cultura corporal alternativa, especialmente a partir dos conhecimentos oriundos de tradições antigas da China, Japão e Índia, muitas vezes arcaicos. Esses novos saberes, originais no sentido de que são resultado de uma releitura e readaptação dos antigos, trabalham com os elementos naturais como a água, a terra, o sol,

o fogo, etc. Há ainda um resgate de atributos do universo sagrado e a adoção de uma visão holística, que integre corpos e mentes, humano e natureza, físico e psicológico.

Apesar da grande diversidade de práticas, Albuquerque (2001) percebe elementos comuns entre essas diversas terapias alternativa tais como: hibridismo cultural; uma reapropriação do antigo, haja vista que absorvem elementos de culturas pré-modernas; uma orientalização, muitas vezes reeditada, que combinam elementos das tradições orientais com conhecimentos próprios do ocidente; o holísmo, ou seja, adoção de uma visão global e unitária que procura reintegrar corpo e mente, material e espiritual, humano e natureza; um reencantamento, já que as práticas corporais são inseridas num universo sagrado mais abrangente, o que se expressa através do resgate de mitos e ritos antigos, símbolos religiosos e divindades. Outro aspecto que tem contribuído para que seus adeptos e terapeutas holísticos é que o tratamento é baseado na autonomia ou automonitoramento e no autoconhecimento do enfermo.

Nesse ponto, é importante frisar que há um hibridismo de diversas práticas e filosofias de diversas culturas do globo. De acordo com Tavares (1999), a ascensão crescente, nos últimos 30 anos, do que se convencionou designar de “medicinas paralelas”, “alternativas” ou “complementares” surpreende pela sua capacidade de extrapolar os locais de sua origem e ser adotada em uma extrema heterogeneidade de contextos culturais. Essas práticas, ideias e valores terapêuticos diversos comunicam-se com culturas distantes, são absorvidas e reelaboradas sem muita dificuldade em outros contextos sociais, estabelecendo uma espécie de rede mundial onde as informações circulam e são transpostas a despeito das diferenças e das possíveis dificuldades de implementação no âmbito local.

O panorama político e cultural do Brasil dos anos 1960/1970 apresentava-se como um período de questionamentos da ordem vigente, de busca por alternativas e também por mudanças. Diante dessa realidade, o Brasil não deixou de escrever uma história contracultural, alternativa e assumidamente marginal. O imaginário hippie, a opção por uma vida despojada – uma das características do movimento *underground*– vai ter influências na produção cultural em vários níveis. Assim, parece-nos que a Nova Era é tida, atualmente, como um recurso cultural e prático, abarcando indivíduos provenientes, em sua grande maioria, da classe média urbana, com alto grau de educação formal. A partir

dos anos 1980 e 1990 há efetivamente a difusão dos temas alternativos à sociedade ocidental moderna: procura por práticas místicas e médicas orientais, movimentos ambientalistas, práticas xamânicas, entre outros (TAVARES, 2010).

Pensadoras como Sonia Maluf incluem o *boom* da medicina alternativa ou complementar dentro como relacionadas também ao que se denominou movimento Nova Era. Para Maluf (2008) a Nova Era é um fenômeno que se refere à emergência de um vasto campo de experiências e discursos voltados para a articulação entre o terapêutico e o espiritual, e a confluência de diferentes práticas e higiênes corporais e saberes (espirituais e terapêuticos). Ela atenta que, ao lado do sofrimento psíquico e existencial, o sofrimento corporal é um dos mal-estares recorrente nas narrativas de pacientes de terapeutas alternativos. Esses pacientes procuram as terapias alternativas por não ter tido tratamento biomédico que resolvesse seu problema ou por ter achado o tratamento agressivo demais.

Os terapeutas holísticos, então, procuraram delimitar sua prática terapêutica, como um conjunto de técnicas, saberes sistematizados e um controle metódico do processo de tratamento se afasta da ideia de sobrenaturalidade das religiões brasileiras e o do estabelecimento de critérios, normas, código de ética para regular suas atividades e evitar a prática de “charlatanismo” (TAVARES, 1998). Assim, na contramão da biomedicina, as terapias holísticas desenvolveram “tecnologias de alteração de estados corporais, psíquicos ou fisiológicos” (CARVALHO, 1998).

Mas, conforme Souza (2012), essas terapias tem conseguido legitimidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula, desde o final da década de 70, a implantação da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde. Lançou, em 2002 e 2003, documentos e resoluções com orientações para a referida implantação que incluem quatro pilares fundamentais: estruturação de uma política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e o uso racional. A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional para se referir às práticas médicas originárias da cultura de cada país, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a ayurveda hindu, a medicina unani árabe e a medicina indígena.

Mais uma característica dessas terapias, é que os especialistas construíram uma rede, com grande oferta de serviços, espalhados em diversos espaços, realizados por distintos profissionais, com diferentes formações, onde os enfermos realizam trajetos bem

distintos, personalizados. O que os une é a crítica a medicina tradicional alopática e a adoção de um ponto de vista holístico (MALUF, 1995).

Nasce uma nova forma de vínculo entre os participantes de suas práticas, já que não vincula pessoas nem a grupos e muito menos a lugares; articula uma vasta rede transnacional que, no entanto, não se reconhece enquanto tal. O movimento nova era subverte as fronteiras tradicionalmente delimitadas acerca do que caracterizaria a experiência do sagrado, avançando por domínios profanos, apropria-se da narrativa científica, dissemina-se no consumo, elabora uma profusão de experimentos terapêuticos. Trata-se de vivenciar experiências nas quais o religioso não constitui um domínio à parte, mas se realiza enquanto experiência híbrida. Esta consolidação do movimento pode ser pensada como uma rede, marcada por porosidades, em que se observam tanto a disseminação dos hibridismos, como do processo de purificação, que busca construir modelos de autoridade assemelhados aos da ciência (TAVARES, 2010, 1998).

Nesse sentido, Albuquerque (1999) apresenta o argumento de que a cultura alternativa confere ao indivíduo a competência e a autonomia no enfrentamento dos problemas deste mundo. Ela mostra como o termo alternativo se refere à procura pelas maneiras de agir, sentir e pensar fora dos padrões da modernidade ocidental. Expressa um conjunto de valores e práticas que visa a solucionar os custos materiais e imateriais, culturais e naturais gerados pela modernidade.

No âmbito da cultura corporal, o ocidente moderno assiste a um florescimento de saberes e práticas oriundos de tradições distantes da cultura ocidental moderna, como a yoga, as diversas formas de meditação, o tai-chi-chuan, a medicina indiana, japonesa e chinesa, etc. Albuquerque afirma ainda que essa absorção das perspectivas culturais orientais visa enfrentar o desencantamento do corpo que se produziu no ocidente moderno, ao eleger saberes e práticas que, obrigatoriamente, contenham aspectos do sagrado.

A "epistemologia" alternativa - se assim posso me referir ao sujeito e à realidade que emergem desse quadro - indica um homem competente na gestão do seu corpo e de sua mente, já que ele sabe e conhece as forças internas e externas do seu mundo. São forças incalculáveis, sim, mas que não lhe foram retiradas e das quais ele não foi excluído.

Assim, esse universo reencantado é dotado de sentido e nele o homem tem um conhecimento incomparavelmente maior para viver e para morrer. Sua experiência é enriquecida por saberes e práticas que se pressupunha derrotados pela modernidade. O reencantamento do corpo, reintegrado com a mente, a alma e a natureza expressaria um indivíduo confiante, que escapa do desamparo a que estaria destinado pela imposição tecnocrática (ALBUQUERQUE, 1999, p. 8).

Ela está associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos. A medicalização está, assim, ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela biomedicina.

No que se trata de saúde mental, não foi diferente. Os intensos debates provocados pela reforma psiquiátrica problematizaram não apenas a institucionalização e desinstitucionalização, mas o rompimento da díade sanidade-loucura e, mais do que isso, contribuíram para que fosse discutido o próprio conceito de saúde mental para dar lugar ao sofrimento psíquico. A partir daí, o objetivo principal da intervenção médica passaria a ser a recuperação do bem-estar dos sujeitos em relação a si mesmos, seu corpo, seu psiquismo e com os outros a sua volta (TERRA et. ali, 2006).

É evidente que todas essas transformações teórico-conceituais tinham entre seus principais objetivos transformar as práticas de saúde e reformular a compreensão sobre sujeitos alvos delas. O intuito final era provocar alterações na forma como eles passariam a ser enxergados e acolhidos pelos curadores. O conjunto de saberes e políticas que possibilitaram o movimento da institucionalização da doença mental, que produziu o louco, a loucura e as formas de lidar com ela, deu lugar a uma concepção de sujeito que precisaria de atenção e cuidados, produtos, serviços e pessoas, incluindo a família.

O movimento contracultural e as crises paradigmáticas que provocou produziu o que Russo (2004) denominou *boom* psicanalítico, na década de 70 no Brasil, em meio à repressão política e à antipsiquiatria. Nessa década, uma classe média carioca passou-se a consumir psicanálise, falar "psicanalês", interpretar as relações pessoais em termos psicanalíticos. Outras práticas e teorias psicológicas já despontavam no "mercado terapêutico", mas a psicanálise permanecia como referência - seja negativa, por ser considerada intelectualista e elitista, seja positiva.

Por outro lado, essas medicinas importadas de tradições orientais passaram a ser mais consumidas por setores da classe média, formadores de opinião, que contribuíram para a legitimação das críticas ao modelo médico ocidental especialmente a partir das décadas de 70 e 80. Uma pressão crescente de ONGs, grupos comunitários e clientela dos

serviços de saúde pressionaram instituições médicas para incorporação de medicinas alternativas. Foram adotadas oficialmente terapias como acupuntura, homeopatia, fitoterapia já nos anos 80 em diversos países. A crise dos saberes psi contribuiu também para a emergência de terapêuticas como a bioenergética, os florais de Bach, a cristalterapia e cromoterapia, que propunham uma abordagem para lidar com emoções como angústia, medo e raiva, assim como com o estresse e ansiedade (LUZ, 2007).

3.3 As terapias holísticas e o paradigma energético

Segundo Luz (1995), dois paradigmas se destacam atualmente no campo da saúde: o paradigma clássico/moderno, biomecânico, ligado à biomedicina, e o paradigma vitalista, ou da vitalidade, ligado às medicinas chamadas alternativas ou complementares. O paradigma biomecânico reproduz concepções hegemônicas dos saberes fragmentários e especializados das ciências biomédicas, que operam com a cisão natureza/cultura, objeto e sujeito, corpo e mente, normalidade e patologia, e está propenso a reproduzir a medicina mais como ciência do que como arte de curar. Seus atores sociais centrais são, de um lado, o profissional graduado, cada vez mais especializado, e do outro, o paciente. O paradigma da vitalidade opera com as concepções de integralidade e de vitalidade, enfatiza os resultados das práticas de saúde muito mais que o método. O atendimento é feito por sujeitos não obrigatoriamente graduados na área de saúde e procurados por sujeitos que não estão necessariamente doentes. Valores como equilíbrio e harmonia do “todo” do sujeito são essenciais nessa concepção. Contudo, mesmo elegendo uma classificação dicotômica entre paradigmas e valores dominantes numa sociedade em uma dada época, Luz reafirma que não há fronteiras definitivas entre esses dois paradigmas. Eles se entrelaçam de tal modo que os elementos neles presentes são intercambiáveis, embora assumam significados distintos quando deslocados de uma prática pra outra. Uma cultura complexa, como a contemporânea, hibridismos, colagens e sincretismos de significados ocorrem comumente.

O objetivo aqui não é realizar um inventário de termos e práticas nem discutir as mudanças paradigmáticas no campo da saúde. Mas, para finalidades dessa pesquisa, será importante discorrer sobre um novo paradigma incorporado nas discussões de saúde: o energético. Ao se considerar que não apenas a teoria determina o trabalho de campo, mas

que esse é a chave para a construção analítica, esse capítulo terá como foco a discussão em torno de categorias que se tornaram relevantes porque eram centrais nas narrativas dos sujeitos.

No entanto, gostaria de enfatizar, mais até do que a emergência de um paradigma da vitalidade, explicado por Luz e que inclui a noção de energia, a consolidação de um paradigma energético, tratado pelo sociólogo Paulo Henrique Martins.

Primeiro, é importante destacar como o termo energia é polissêmico.

Segundo Martins (2012), energia pode ser entendida como uma metáfora que traduz pelo menos duas possibilidades discursivas: de um lado, ela revela o sagrado que se supõe esteja presente em cada um de nós e que se manifesta pelo dom primeiro da gratidão. Esta se expressa com relação ao simples ato de se viver e se completa como dádiva através de dons de cura que são passados a outros indivíduos, próximos ou não. Em segundo lugar, energia é também um termo que aparece como operador simbólico central de um conjunto de técnicas e rituais de cura que são interpretados como sendo eficazes do ponto de vista prático. Aqui, o novo discurso terapêutico alternativo transgride o dogma da medicina cartesiana a partir de dois movimentos: um pelo resgate de tradições de cura não ocidentais e o outro pela busca de superação das fronteiras da racionalidade científica, restaurando rituais de cura que pretendem ser simultaneamente racionais e mágicos (MARTINS, 2012).

Martins explica ainda que energia aparece, sobretudo, como uma metáfora que permite traduzir a circulação dos bens da cura nos sentidos simbólicos e práticos, respondendo ao mesmo tempo a demandas de curas espirituais e a diversos distúrbios energéticos (desequilíbrios internos nos planos físico, emocional ou psíquico). Assim, a expressão energia traduz algo fundamental na existência de uma Nova Medicina, a de se constituir numa linguagem capaz de traduzir em diversas gramáticas a ideia do dom da vida como prática recíproca que compromete curador e paciente num mesmo processo interativo. Nesse aspecto, a cura energética traz de volta a discussão da dádiva, tratada por Mauss, como a evidencia de um dom que pode ser utilizado nos processos de cura e que pode ser repassado aos outros (Idem).

Para Martins (2007) o termo energia é antes de tudo um símbolo, uma metáfora relativa à interação vital. A tradução de energia como uma moeda simbólica ou significação necessária à figuração de um novo sistema de curas que funcione a partir de um princípio relacional e total é fundamental na emergência do paradigma energético. A

partir desse paradigma, a saúde pode reconectar corpo e alma, os sujeitos entre si e com o universo como um todo. Martins afirma então que, dessa forma, a energia aparece como um dom, fazendo circular a vida através de diferentes níveis, seres e contatos entre eles. Assim, ao propormos que energia é o termo pelo qual o dom aparece como um operador estratégico na configuração do corpo como significação simbólica central na organização da vida, Martins sugere que o paradigma energético não se reduz a um tema específico da física, mas que é parte da compreensão sociológica do mundo.

Martins salienta que o caráter dessas chamadas medicinas alternativas, que se propõem a ser ao mesmo tempo modernas e tradicionais, sagradas e profanas, ocidentais e não-ocidentais, funcionais e interpessoais, muitas vezes impede que suas abordagens sejam submetidas a testes de validade. Não é possível controlar suas intervenções e efeitos a partir de exames de laboratórios. Elas resistem e contrariam os cânones da biociência médica moderna. Sendo assim, a energia também atua como operador simbólico na restauração da relação entre técnica e magia no processo de cura alternativo.

Siviero e Lorenzetto (2004) discutem como o conjunto das práticas corporais alternativas apresenta propostas que combinam elementos das tradições orientais com conhecimentos próprios do ocidente, científicos ou não, utilizando a categoria energia e a dinâmica envolvida na ideia de desequilíbrio e reequilíbrio energético, como uma força explicativa e articuladora no âmbito desse segmento e que vem ocupando um lugar central no cotidiano do homem pós-moderno.

Mas, é na temática da cura que a categoria energia ganha nova significação, onde podem ser distinguidos três níveis de cuidados: a busca da saúde física, através de uma postura alimentar adequada; a busca da saúde espiritual, através de um conjunto de práticas meditativas e a preocupação constante com relação à questão de reequilíbrio (TAVARES, 1999).

Enfim, para Tavares (1999) o princípio energético constitui um elemento discursivo que serve como referência unificadora de todas as diferenças verificadas na prática terapêutica. Para ela, trata-se de uma expressão com múltiplas variações, mas que se refere, em última instância, à ideia de energia cósmica e de uma certa “consciência holística” (Idem, 118).

Luz (1988) trata de o discurso de saúde como equilíbrio da energia vital foi incorporado nas medicinas alternativas. No que concerne à dinâmica vital, também os

pontos de encontro, as semelhanças, concentram-se nas racionalidades, partilhando o paradigma bioenergético. Porque a presença da vida como movimento, por um lado, e como energia, ou força, ou sopro, por outro lado, fazem dessas medicinas sistemas de análise do dinamismo vital humano, tanto no que concerne o estado de saúde como do adoecimento dos indivíduos. Para as medicinas vitalistas, a fisiopatologia das doenças pode ser considerada como um elemento de apoio para a compreensão da dinâmica vital dos sujeitos, mas não poderá ser tomada isolada ou principalmente como guia da diagnose ou da terapêutica.

Tavares (1999) discute ainda como a categoria “energia” está diretamente relacionada a outros conceitos importantes, como o par equilíbrio/desequilíbrio, bloqueio/desbloqueio energético, fisiologia sutil e chacras. A energia circularia por todo o corpo ao longo desses canais, centros de energia estão espalhados, denominados chacras. Os chacras são responsáveis pelo funcionamento de determinada parte do corpo, de determinado órgão, e estão relacionados a certos aspectos da nossa personalidade e do nosso comportamento. A energia deve estar fluindo, desbloqueada através dos chacras. Um bloqueio energético em alguma região do corpo traz dor física e desequilíbrio no corpo. Assim o desequilíbrio em determinado chacra é associado a uma doença física ou mental.

Enfim, as medicinas alternativas ou energéticas, procuram uma abordagem em que terapeuta e terapeuta são relacionados, vinculados um ao outro e ao todo. Elas possibilitam uma prática em que diversos elementos podem ser utilizados como método de cura, por duas razões: primeiro, porque a energia vital, curativa, está em tudo; segundo, porque a cura também está relacionada com a capacidade do sujeito de promover seu reequilíbrio. A essa capacidade as mulheres entrevistadas por mim chamaram de abrir-se para permitir a cura. Na compreensão dos entrevistados, fazendo isso, permitiam que a energia curativa cumprisse seu papel.

Mas, é preciso atentar para outros aspectos das terapias holísticas e não promover aqui uma descrição romantizada delas. Apesar de sua abordagem holística, em que psíquico, mental, corporal, espiritual e energético são vistos como interligados, as terapias alternativas ou energéticas não escapam a duas outras lógicas: do mercado e da centralidade do eu.

Primeiro, do mesmo modo que a autoajuda, as terapias tornaram-se um mercado em impressionante expansão, com uma diversificação enorme de serviços, produtos e cursos

de formação. Assim, procurar o alívio do sofrimento passa também por consumir. Não quero dizer com isso que terapeutas holísticos deveriam prestar serviço gratuito, mas, que no aspecto econômico, elas não escapam à lógica mercantil.

Depois, elas estimulam o sujeito a se ver relacionado ao todo, ao mundo, natureza, aos outros. Contudo, ainda assim, essas práticas estão bastante inseridas na lógica do cuidado de si: agir sobre si mesmo para melhorar a si mesmo. Veremos nas narrativas esse caráter de centralidade do eu. As palavras-chave dos relatos são o eu, o autocuidado, autoconhecimento e autotransformação.

Apesar do grande avanço em reconhecer o sujeito com alma, mente, corpo, espírito e energia, elas não parecem ter criado ainda uma descrição de descentramento do eu. Por exemplo, e veremos isso nas narrativas, permitir aos sujeitos compreenderem que suas aflições não dizem respeito somente a experiências individuais, mas compõem um cenário sociocultural em que estão envolvidos. Que muitos de seus sofrimentos estão relacionados não apenas ao que eles foram ou pelo que passaram ou ainda como reagiram, mas a um contexto social que permite e incentiva a violência, o ódio, a intolerância com a diferença, as desigualdades sociais, e diversas vulnerabilidades sociais que expõem as pessoas a profundos sofrimentos.

O que os relatos de vida apresentados nessa tese mostram é que as agruras da vida doem, adoecem, marcam, formam os sujeitos e é preciso criar condições de cuidado para romper com seu sofrimento que de tão intenso adocece. Mas é preciso também criar condições coletivas de proteção dos sujeitos, sobretudo os mais vulneráveis.

CAPITULO 4 – O QUE HÁ DE DIFERENÇA DE GÊNERO NA DEPRESSÃO?

4.1 Depressão e desigualdades de gênero

Os estudos de gênero surgiram primeiramente para atentar para a fabricação social da diferença sexual e do determinismo social da qual ela estava impregnada. A proposta central era questionar o sexo como indicador evidente do destino dos sujeitos e fazer dele um marcador político e não biológico dos corpos.

Posteriormente, o objetivo desses estudos passou a ser chamar a atenção para o caráter discursivo e relacional do gênero, que definem masculinidades e feminilidades e produzem relações assimétricas de poder nas sociedades.

Assim, os estudos de gênero contribuíram para evidenciar o modo como homens e mulheres experimentam diversos aspectos de sua vida de forma desigual, como o amor, o sexo, a política, a saúde, a violência e em diferentes espaços, como o lar, o trabalho, a escola/universidade, o espaço público, os hospitais.

Contudo, os estudos de gênero são marcados pela sua diversidade de temas, teóricas e recortes. Considerado em sua intersecção com raça, classe, etnia, nacionalidade, orientação sexual, idade, escolaridade, entre outros marcadores sociais, eles têm contribuído para problematizar a produção acadêmica, questionar políticas e evidenciar os efeitos das desigualdades de gênero na vida concreta de homens e mulheres.

Para a antropóloga feminista Gayle Rubin, por exemplo, o feminino e o masculino são definidos a partir de símbolos, discursos e representações, que implicam na configuração de instituições, relações de dominação, normas, papéis sociais, identidades subjetivas e coletivas. A partir do conceito de sistema sexo/gênero, Rubin (1973) procurou explicar a opressão social feminina. Esse sistema consistiria em um conjunto de arranjos pelos quais a sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas. Ele permitiria analisar a ação social e sentido das ações relativas à sexualidade, à reprodução, parentesco, herança, divisão do trabalho e a dominação socialmente legitimada das mulheres pelos homens. A diferenciação sexual definiria também normas, valores e direitos políticos, econômicos e sociais distintos para homens e mulheres.

Joan Scott (1990) também procurou compreender gênero como um conjunto objetivo de referências que estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda vida social, além de estabelecer distribuições de poder diferencial entre homens e mulheres. Scott contribuiu especialmente para os estudos feministas quando destacou que adotar gênero como categoria analítica, tal como as de raça e classe, promoveria a inclusão dos oprimidos na história e possibilitaria a análise do significado e da natureza da sua opressão.

Sendo assim, gênero, enquanto uma categoria de análise, permitiria apreender como as relações de dominação entre homens e mulheres são socialmente construídas e a dinâmica dessa dominação é forjada histórica, discursiva e simbolicamente que as reforça e reproduz.

Judith Butler está entre as teóricas feministas que atentaram especialmente para a discursividade envolvida não apenas na definição do gênero, mas também do sexo. Butler (2003) enfatizou como gênero nem sexo são prediscursivos, mas, ambos resultado de um conjunto de discursos, ações e práticas corporais que inscrevem o sujeito no social como alguém sexuado e generizado. Utilizando-se do conceito de performatividade do gênero, Butler compreende como sexo e gênero são efeitos de discursos normativos que produzem e reproduzem o binarismo, a expressão da feminilidade e da masculinidade e as possibilidades corporais, sexuais e sociais de homens e mulheres.

Assim, gênero e sexo não seriam construções culturais nascida de marcas corporais, mas o resultado de repetições incorporadas de normas, sob as quais o sujeito emerge sexuado e generizado. Tornar-se homem ou mulher, dentro da perspectiva de performatividade de gênero, representaria aderir às regras que governam as identidades socialmente inteligíveis, estruturadas a partir de uma matriz que estabelece a um só tempo gestos, movimentos, estilos corporais, hierarquias entre masculino e feminino e a heterossexualidade compulsória.

Judith Butler (2001) é uma pensadora importante para a discussão sobre a relação entre psíquico e social na constituição das subjetividades. Butler argumenta que subjetivação refere-se ao processo pelo qual nos tornamos sujeitos ao poder e ao processo de se tornar um sujeito. Para Butler é preciso romper com a ideia de que subjetivação

envolve somente a submissão aos poderes externos que exercem uma coerção sobre o sujeito. O sujeito está sim colocado sob o desejo do outro, seja seus pais, as normas do sistema social em que vive. Por outro lado, a ideia de autonomia, individualidade, reconhecimento convida o indivíduo a tornar-se um sujeito. Há uma dupla determinação, social e psicológica, que ordena e seduz à subjetividade. O sujeito é um produto dos fatores históricos, culturais e sociais envolvidos no processo de socialização e, também, de fatores intrapsíquicos que marcam sua inscrição social, suas formas de estar no mundo, sua identidade. O sujeito recebe a mensagem sobre o que o social espera dele e a interpreta, reflete, compreende, cria respostas, inclusive emocionais, contribui para a própria produção de si.

É importante ressaltar que, para nenhuma dessas intelectuais feministas, gênero pode ser analisado como categoria isolada, mas a partir do seu cruzamento com raça, classe, etnia, origem, geração, sexualidade, para não pressupor uma universalidade de homens ou mulheres. Se feminino e masculino emergem como resultado de discursos, símbolos, normas e práticas corporais, deve-se atentar que é no cruzamento de gênero e as categorias mencionadas acima que emergem homens e mulheres negras, brancas, judeus, jovens, adultos, idosos, pobres, ricos, gays, lésbicas, por exemplo.

Nesses sentidos, as feministas negras deram uma contribuição especial para os estudos de gênero por meio do conceito de interseccionalidade, a fim de permitir uma análise que comportasse essas inter-relações.

Crenshaw (2002) introduziu a noção de interseccionalidade para destacar a maneira como a associação de sistemas múltiplos de subordinação dão origem à consequências estruturais e dinâmicas específicas. A forma pela qual o racismo, o sexismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios se cruzam, criam desigualdades que estruturam as posições de poder dos sujeitos. Portanto, ainda que eixos de poder existam de forma autônoma, tais sistemas, frequentemente, se sobrepõem e se cruzam, criando interseções complexas entre dois, três ou quatro deles. As mulheres racializadas comumente estão posicionadas em um espaço onde o racismo ou a xenofobia, o classismo e o sexismo se encontram. Por consequência, estão sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo de opressão em todas essas vias. As mulheres racializadas e outros grupos marcados por múltiplas opressões, posicionados nessas interseções em virtude de suas identidades

específicas, veem-se diante de vulnerabilidades particulares e uma dimensão diferente de desempoderamento.

Segundo Crenshaw, nos estudos de gênero e raciais, essa posição particular dos sujeitos marcados por essa subordinação interseccional precisa ser analisada também de maneira interseccional, utilizando-se de ferramentas investigatórias que permitam melhor compreendê-la. Uma investigação cuidadosa deve ser capaz de explicar o modo como práticas de subordinação interagem com outras e de que forma moldam a vida e as oportunidades das mulheres marginalizadas. Assim, segundo Crenshaw, é preciso formular protocolos especiais de pesquisa, a fim de desenvolver uma base de informação adequada a partir da qual se analisem as consequências específicas da intersecção da raça e do gênero.

Pesquisas empíricas em que gênero e raça são inclusos como categorias de análise tem possibilitado compreender como essas subordinações afetam de modo diferente a vida de homens e mulheres.

Alvez e Cavenaghi (2013) mostram formas de manifestação dessa diferença. Conforme evidenciaram, em relação ao acesso ao poder político, no Brasil, as mulheres não conseguiram ultrapassar o teto de 10% de deputadas federais; conquistaram graus crescentes de educação em todos os níveis de ensino, mas ainda estão pouco representadas nas ciências exatas e na liderança dos grupos de pesquisa; aumentaram as taxas de participação no mercado de trabalho, mas ainda sofrem com a segregação ocupacional, a discriminação salarial, a dupla ou tripla jornada de trabalho; ainda são elas a realizar o trabalho doméstico, pois somente 51,1% dos homens realizam afazeres domésticos enquanto que entre as mulheres esse percentual é de 90,6%.

Com base nos dados da PNAD 2010, Sorj (2013) pode observar que as mulheres dedicam, em média, seis vezes mais horas aos afazeres domésticos do que os homens. Essa diferença decresce conforme aumenta a renda familiar dessa mulher. Entre as 20% mais pobres, o tempo gasto pelas mulheres com trabalho doméstico é quase sete vezes o dos homens, enquanto nas 20% mais ricas, cai para 4,3 vezes. Na comparação entre as mulheres, verifica-se que as mais ricas trabalham cerca de 3 a 4 horas a menos que as mais pobres. Isso se deveria ao acesso reduzido nas famílias mais pobres às tecnologias domésticas modernas e ao serviço de trabalhadoras domésticas. Entre os homens, a diferença no tempo de trabalho investido em casa entre os mais pobres e os mais ricos e

bem menor, de apenas uma hora. A diferença no padrão do comportamento feminino e masculino em face do trabalho doméstico, ao longo da distribuição de renda, revela que os homens são bem menos condicionados pelo nível de renda do que as mulheres. Seja entre os mais pobres ou mais ricos, ambos realizam muito menos trabalho doméstico do que as mulheres.

Alvez e Cavenaghi (2013) notaram ainda que há uma feminização da população brasileira, explicada pelo aumento das mortes de homens por causas externas. Acidentes de trânsito e violência atingem fatalmente, em maior proporção, os homens e isso tem afetado a dinâmica demográfica do Brasil desde os anos de 1980.

Se a rua é um lugar perigoso para os homens, pois centenas de milhares estão morrendo por violência e acidentes de trânsito, como mostram os dados sobre mortes por causas externas, a casa é um espaço perigoso para as mulheres. Garcia (2013) também analisou dados sobre mortalidade, mas de mulheres. Esses dados mostram que, no Brasil, mais de cinco mil mulheres são assassinadas pelo parceiro por ano, como desfecho de uma história de violência doméstica e familiar. Esses homicídios ocorrem geralmente dentro do próprio lar. Estima-se que ocorrem, em média, 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, uma a cada hora e meia. Mais da metade dos óbitos (54%) foram de mulheres de 20 a 39 anos. As mulheres negras são as principais vítimas dessa violência em todas as regiões do Brasil, com exceção da Sul. Elas compõem 61% desses óbitos no Brasil, sendo que na região Nordeste são 87%, na Norte 83% e no Centro-Oeste 68%. A maior parte das vítimas tinham baixa escolaridade, 48% tinham até 8 anos de estudo. No Brasil, 50% dos feminicídios envolveram o uso de armas de fogo e 34%, de instrumento perfurante, cortante ou contundente. Em todo o mundo 40% dos homicídios femininos foram causados pelo parceiro íntimo. Isso ocorre com 6% dos homens.

Outro dado levantado nas PNADs e discutido por Marcondes (2013) foi o aumento das famílias chefiadas por mulheres (FCM) no Brasil e a situação de carência dessas famílias. Primeiro, até 1995, as FCMs eram chefiadas principalmente por mulheres brancas (54,4%) e, em 2009, a maioria torna-se chefiada por mulheres negras (51,1%). Houve uma queda na proporção de FCMs que recebem menos de um salário mínimo e aumento das FCMs que recebem entre um e três salários, especialmente nos últimos cinco anos analisados. A maior parte destas famílias (56,2%), porém, permanece auferindo uma renda

total de menos de um salário mínimo. Neste caso, as piores condições de renda são novamente das famílias chefiadas por mulheres negras em que 69% possuíam renda mensal familiar de até um salário mínimo. A proporção de FCMs brancas nessa condição era de 42,7%. Esses dados mostram a situação de miséria em que vive a maioria das famílias chefiadas especialmente por mulheres negras no Brasil.

Enfim, esses são apenas alguns dados que comprovam que gênero e raça podem ser utilizados como ferramentas metodológicas e teórico-interpretativas para compreender melhor desigualdades sociais. Realizar uma pesquisa com o recorte de gênero exige considerar que há um suporte sociocultural e político estruturante da maneira como homens e mulheres experimentam o mundo e tenham acesso à diversos espaços de forma diferenciada, inclusive serviços de saúde.

Diniz e Guilhem (2009) explicam a importância de se considerar a vulnerabilidade de gênero nas políticas de saúde. Elas sugerem partir de uma bioética crítica de inspiração feminista, que adote uma epistemologia compensatória da desigualdade, que não parta de um ser humano abstrato, genérico e universal, mas atente para as condições de vulnerabilidade criadas por relações assimétricas de poder e sua influência lesiva na saúde das pessoas. Que não tenha como referência um sujeito isolado, mas envolvido em sua rede de relações sociais.

A prevalência de doenças entre os sujeitos, por exemplo, é afetada por marcadores sociais. Tendo em vista que a tese aqui desenvolvida trata de saúde mental, serão apresentados alguns dados sobre como homens e mulheres adoecem psicologicamente de modo distinto.

Pesquisas que levaram em conta o gênero do deprimido revelaram que o risco de sofrer um transtorno mental durante a vida foi 1,5 vez maior para as mulheres que para os homens. No caso da depressão, é de duas vezes mais. As mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens. Estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, de personalidade antissocial e esquizotípica, do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade (ANDRADE et. al., 2002; PATEL et. al., 1999; LEWIS, 2005).

Quando se trata de adoecimento psíquico, nas mulheres prevalecem os transtornos depressivos, de ansiedade, alimentares e reprodutivos. Por um lado, expectativas sociais de

gênero que recaem especialmente sobre as mulheres provocam os transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia (ANDRADE et. al., 2007).

Chama especial atenção o fato de que anorexia e bulimia são transtornos quase exclusivamente femininos, suas ocorrências são dez vezes mais comuns em mulheres do que em homens. Esses distúrbios são comuns especialmente entre mulheres jovens. Em todo o mundo, ocorrem na proporção de 8 em cada 100.000 habitantes e entre os homens a prevalência é de 0,5/100.000 hab (PINZON e NOGUEIRA, 2005).

Conforme Kessler (2003), a depressão é a principal causa de incapacidade relacionada com a doença entre as mulheres no mundo de hoje.

Santos (2009) discute como o panorama global da saúde mental aponta para importantes diferenças com base na condição de gênero. As mulheres são mais diagnosticadas com depressão, tentam mais o suicídio, mas os homens depressivos se suicidam mais. Além disso, há uma maior internação de homens.

A OMS informou ainda que o Brasil tem a maior incidência de depressão entre países em desenvolvimento, com cerca de 13 milhões de deprimidos. Já pesquisas feitas no Brasil, pelo IBGE, trouxeram um retrato da depressão no país e o atendimento recebido pelos deprimidos no sistema oficial de saúde. Diante da possibilidade de aprofundamento do questionário de saúde, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) abordou novos módulos temáticos, que possibilitou dimensionar o acesso ao diagnóstico e à assistência prestada às doenças crônicas, com maior detalhamento para hipertensão arterial, diabetes e depressão. Para essas últimas, a PNS investigou o acesso a exames complementares de diagnóstico, consultas com especialistas, e medicamentos de uso contínuo, como também as limitações das atividades habituais, sequelas e internações devidas à doença. A primeira observação que se pode fazer é de que a depressão já está entre as três doenças crônicas que mais preocupam as autoridades de saúde no Brasil.

Nessa pesquisa definiu-se depressão como “um distúrbio afetivo caracterizado, principalmente, pelo rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades” (IBGE, 2013, p. 50).

Foi estimado pela PNS que 7,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental no Brasil. O que representa 11,2 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (8,0%) do que rural (5,6%). As Regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas

com depressão diagnosticada, acima do percentual nacional, 12,6% e 8,4%, respectivamente. Verificou-se que havia uma maior prevalência desta doença sobre mulheres, 10,9%, contra 3,9% dos homens, ou seja, no Brasil, mulheres são diagnosticadas com depressão quase três vezes mais do que os homens.

A faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (11,1%), enquanto o menor percentual foi obtido na de 18 a 29 anos de idade (3,9%). Observou-se, também, maior prevalência em pessoas nos extremos de nível de instrução, ou seja, pessoas com ensino superior completo (8,7%) e pessoas sem instrução e com fundamental incompleto (8,6%). Segundo cor ou raça, havia uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão, 9,0%. Para as pessoas de cor parda, a proporção foi de 6,7% e 5,4% dentre as pretas.

A PNS descobriu ainda que mais da metade dos homens (51,2%) e mulheres (52,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão. A proporção média do Brasil foi de 52,0%. Apenas a Região Norte apresentou uma proporção menor que a nacional (41,5%). Estatisticamente não houve diferenças por grupos de idade, nível de instrução ou por cor ou raça. Dentre as pessoas que referiram diagnóstico de depressão, 16,4% fizeram psicoterapia, e 46,4% receberam assistência psiquiátrica para depressão nos últimos 12 meses.

Em relação ao local de atendimento, 42,3% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 33,2% em uma unidade básica de saúde; 9,2% em hospital público/ambulatório; 5,3% em Centro de Atenção Psicossocial; 3,5% em um centro de especialidades, policlínica pública ou posto de assistência médica; 3,0% em unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público; 1,4% em pronto atendimento ou emergência de hospital privado; e 2,1% em outro tipo de local.

Mais especificamente sobre Goiás, a pesquisa revelou que 7,1% dos goianos foram diagnosticados com depressão. Foram 2,5% dos homens e 11,3% das mulheres goianas com depressão. Portanto, em Goiás, mulheres são 4,5 vezes mais diagnosticadas com depressão do que homens.

A Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que receberam diagnóstico de depressão e fizeram uso de medicamentos para depressão era de 43%. Ademais, 50% dos homens e 42% das mulheres diagnosticados com depressão usaram antidepressivos. No

Brasil, 52% dos diagnosticados usam medicamentos, sendo 51,2% dos homens e 52,3% das mulheres.

A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de depressão em Goiás e fizeram psicoterapia foi de 15,8%.

No estado de Goiás, 100% dos homens e 80,5% das mulheres foram encaminhadas para consulta psiquiátrica depois do diagnóstico e conseguiram realizar a consulta. Além disso, 11% dos brasileiros que referem diagnóstico de depressão possuíam grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido à depressão. Destes, foram 14,9% dos homens e 10,8% das mulheres. Em Goiás, 18,2% desenvolvem limitações intensas das atividades, sendo que 31,4% dos homens e 15,5% das mulheres. Ou seja, a depressão é mais incapacitante para os homens do que para as mulheres.

Como discutido por Santos (2009), a vivência do adoecimento psíquico não impede as mulheres de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero; desta forma, desempenham os papéis de mãe e de esposa e se encarregam das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com que estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares. Já o adoecimento psíquico masculino, resulta geralmente em uma brusca ruptura em suas trajetórias de vida. Dito de outra forma, o adoecimento não autoriza as mulheres a se libertarem de suas tarefas.

Diversas investigações sobre a incidência da depressão mostram que distintos fatores influenciam no adoecimento, tais como o nível socioeconômico, o pertencimento étnico-racial, a escolaridade, idade, estado civil e gênero. Pobres adoecem mais do que ricos; negros mais do que brancos; casados, divorciados e viúvos mais do que solteiros e mulheres mais do que homens. O transtorno aparece geralmente entre os 20 e os 40 anos. Morar sozinho também tem se mostrado um facilitador de desenvolver um transtorno depressivo. (WEISSMAN, 1993; LIMA, 1999; PERON, 2004; JUSTO e CALIL, 2006; PEGORARO, 2008).

Apesar de muito pertinentes, as observações de estudos qualitativos que tem analisado a depressão, sem fazer um recorte por gênero, padecem do que os estudos feministas apontam como problema de generalização. Sua análise genérica não consegue demonstrar como desigualdades podem promover diferentes taxas de adoecimento, diversidade e intensidade de sintomas e de modos de enfrentar a doença.

No caso das mulheres, elas têm que conquistar tudo o que é exigido dos homens no mundo hipermoderno, enfrentando os percalços criados por séculos de cultura que as excluía da vida pública e, principalmente, do mundo do trabalho. Por terem alcançado o espaço público sem ter avançado na adesão dos homens ao trabalho doméstico e familiar, as mulheres tem uma sobrecarga de trabalho ainda maior na contemporaneidade. Além da exigência de obter sucesso profissional e pessoal, como se faz aos homens, elas ainda em que se encarregar de trabalhos que ainda são classificados como exclusivamente femininos, como o trabalho doméstico, os cuidados com as crianças, doentes e idosos, além de ainda sofrerem muita violência doméstica.

Pesquisas que procuraram por razões sociais para a prevalência da depressão em mulheres apontam como causas principais a experiência de violência doméstica, de grande estresse provocado pela grande quantidade de responsabilidades atualmente acumuladas, como o trabalho e os cuidados com a família, a privação econômica e a insatisfação com relacionamentos amorosos (PARKER E BROTHIE, 2004; KENDLER et al., 2001; LUNSKY, 2003; ALMEIDA-FILHO et. ali., 2004; BAPTISTA, 1999; MARTIN et. ali., 2007).

O exercício de múltiplas tarefas, a dupla ou tripla jornada feminina, a junção de antigos e novos papéis femininos também tem sido apontados como desencadeadores de depressão nas mulheres (POWER et. al., 1991; BARTLEY et. ali., 1992; MACRAN, 1993).

Em uma pesquisa realizada com 2055 mulheres em Feira de Santana, na Bahia, Araújo, Pinho e Almeida (2005) investigaram a relação entre realizar trabalhos domésticos e ser diagnosticada com algum transtorno mental comum. A pesquisa verificou que as mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada (48,1%) do que mulheres com baixa sobrecarga (22,5%). Mulheres que recebiam ajuda doméstica remunerada para a realização das tarefas apresentavam baixa prevalência de TMC (28,0%) e havia elevadas prevalências em mulheres que não recebiam ajuda (47,1%) ou contavam apenas com o auxílio de um homem (46,9%). Outras características estavam associadas à ocorrência de TMC: ser negra ou parda, divorciada/desquitada/viúva, baixo nível de escolaridade, ou de renda, ter filhos, ser chefe de família e não dedicar tempo semanal ao lazer. Segundo a pesquisa, sintomas predominantes entre mulheres nessas condições foi o de humor depressivo e ansioso, mais da maioria dessas mulheres

responderam afirmativamente sobre “sentir-se nervosa, tensa ou preocupada” (69,5%), “assustar-se com facilidade” (56,7%), notaram um “decréscimo de energia vital”, “cansavam-se com mais facilidade” (42,7%), observaram “perda de interesse pelas coisas” (20,3%) e “sentir-se uma pessoa inútil, sem préstimo” (11,4%) foram os mais referidos no grupo “Pensamentos depressivos”. Entre os sintomas somáticos, grande parte dessas mulheres afirmaram terem dores de cabeça frequentes (47,5%) e problemas estomacais (32,6%).

Ainda segundo essa pesquisa, eram as mulheres pobres, com filhos, que trabalham fora e realizam tarefas domésticas sem ajuda é que mais adoeciam de transtornos mentais. Outro elemento que também contribuía para o adoecimento psíquicos das mulheres, principalmente com esse mesmo perfil apresentado, foi sofrer violência doméstica, ter realizado aborto e ter sido vítima de estupro.

No que diz respeito aos efeitos psíquicos da violência, Adeodato et. ali. (2005), em pesquisa sobre violência e depressão, observou que o perfil da mulher agredida é: jovem, casada, católica, com filhos, poucos anos de estudo e baixa renda familiar. Álcool e ciúme foram os fatores mais referidos como desencadeantes das agressões, tendo 84% das mulheres sofrido agressão física. Foi observado que 72% delas apresentaram quadro sugestivo de depressão clínica; 78% tinham sintomas de ansiedade e insônia; 39% já pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões.

É importante lembrar que a violência física, que geralmente é acompanhada de violência psicológica, também é apontada como um fator que pode levar à depressão. As mulheres vítimas de abuso crônico, geralmente, recorrem a mecanismos de defesa como estratégias de adaptação e de sobrevivência, tais como dissociação do pensamento, a negação e a anulação dos sentimentos, o que exerce um efeito mutilador sobre as capacidades cognitivas e sobre a capacidade de ação efetiva, comportamento semelhante ao de deprimidos. Sendo assim, “sintomas” de estar sendo violentada são muito parecidos com os de estar deprimida. (BANCHS, 1995; NARVAZ E KOLLER, 2004; KRONBAUER E MENEGHEL, 2005).

Weiss, Longhurst e Mazure, (1999) advertiram sobre a predisposição de crianças violentadas para a depressão e observaram que meninas são mais vulneráveis ao abuso sexual infantil do que os meninos. Em sua pesquisa, notaram que violência sexual na

infância está altamente associada a depressão na idade adulta. Como são neurologistas, afirmaram que esse agente estressor provocaria uma desregulação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), apontado pela medicina como um agente orgânico vulnerabilizador da depressão.

Faz parte das distinções de gênero a procura pelo tratamento, a sintomatologia e o tratamento que recebem.

As mulheres expressem mais facilmente seus sintomas e procuram mais os serviços de saúde do que os homens (JENKINS, 1985). Além disso, mulheres e homens são tratados pelos profissionais de modo diverso (SCHRAIBER et al., 2005).

Atkinson et. ali. (2002) discute como os estudos sobre depressão geralmente oferecem um panorama consistente a respeito da dinâmica mental que um indivíduo deprimido poderia apresentar. No entanto, não se ocupam de possíveis relações entre o gênero da pessoa deprimida e sua sintomatologia. Na realidade, este é um tema pouquíssimo explorado na literatura, havendo apenas alguns estudos que se ocupam desta questão. E, mesmo assim, a maioria deles o faz de forma apenas tangencial. Outro problema é o fato de que nas duas principais classificações internacionais de transtornos psiquiátricos, DSM e CID, os critérios para o diagnóstico da depressão são os mesmos para homens e mulheres.

Fica evidente assim que existem diferenças de gênero também na forma como se vive com a depressão, pois os homens geralmente se entregam a bebida e as mulheres buscam apoio na própria família, na religião e medicina (ANGST et. ali, 2002; BERQUÓ E CUNHA, 2000).

Conforme o estudo de Berquó e Cunha (2000), o que há de comum entre deprimidos de ambos os gêneros, é que todos são cuidados por mulheres, sejam elas mães, esposas, filhas ou irmãs. Nota-se ainda uma tendência nos homens de abandonarem mulheres doentes aos cuidados de outras.

Kornstein (2000) chama a atenção que, além das diferentes taxas de prevalência de depressão unipolar entre homens e mulheres, há uma diferença de gênero em características clínicas da depressão. Em um estudo com 235 homens e 400 mulheres com depressão, tomando seus relatos, Kornstein observou que as mulheres narravam uma idade mais jovem de início dos sintomas e maior história familiar de transtorno afetivo em relação aos homens. Em relação ao perfil dos sintomas, mulheres queixavam-se mais de

alterações do sono, ansiedade, atraso psicomotor e somatização. Além disso, as mulheres relataram maior gravidade da doença e eram mais propensas a ter recebido tratamento prévio para a depressão com medicamentos e/ou psicoterapia. Foi possível perceber, a partir dos depoimentos, queixas de um prejuízo maior entre mulheres nas relações conjugais por terem deprimido, enquanto os homens reclamavam de maior comprometimento do emprego.

As mulheres também apresentam mais prejuízo com a cronicidade da depressão porque os sintomas surgem mais precocemente nelas, comprometendo por mais tempo sua qualidade de vida. Mulheres desenvolvem sintomas próximo aos 13 anos e homens próximo dos 30 (NOLEN-HOEKSEMA, LARSON E GRAYSON, 1999; KORNSTEIN, 2000; KESSLER, 2003).

Em uma pesquisa qualitativa sobre depressão, com recorte de gênero, que também utilizava depoimentos, Dana Crowley Jack (1991) observou a importância dos relacionamentos amorosos no adoecimento feminino. Segundo Jack, a vivência de relacionamentos com níveis desiguais de poder, obedecendo a modelos tradicionais que restringiam a capacidade feminina de reagir, foram definitivos para sua depressão. As narrativas de suas entrevistadas tratavam de dependência, raiva, bondade, baixa autoestima. Essas mulheres explicitavam ter que sacrificar suas próprias necessidades a fim de preservar um relacionamento. Suas histórias traziam à tona a passividade feminina necessária para cultivar e manter relacionamentos íntimos, mas que tinha como preço o adoecimento psíquico. Isso porque censurar-se, desvalorizar a sua experiência, reprimir a raiva e ficar em silêncio faziam parte das normas de gênero interiorizadas por essas mulheres.

Martins et al. (2007) realizaram um estudo que mostrou como, apesar da centralidade da medicina e dos medicamentos, o transtorno depressivo remete a um contexto sociocultural específico. A partir de entrevistas com mulheres deprimidas, ficou perceptível como a depressão era justificada pelo contexto de vida difícil em que as mulheres viviam. Por outro lado, havia uma aceitação passiva do diagnóstico e do tratamento medicamentoso. Em seus relatos, serem inseridas em uma categoria psiquiátrica surgia como menos importante, diante da possibilidade de ter agora uma definição que justificasse seu sofrimento: a depressão. Mesmo diante de uma narrativa de vida cujo cotidiano estava repleto de agressividade, carências e desigualdade, a intervenção médica

aparecia como uma possível solução para o sofrimento, via medicamento. A medicalização era uma maneira de dar objetividade ao sofrimento dessas mulheres e unir duas explicações diferentes para o sofrimento: de um lado, o profissional de saúde referia a queixa da paciente à biomedicina, de outro, a mulher com diagnóstico de depressão expressava seu sofrimento no contexto social, cultural e pessoal em que vivia.

Mas, um aspecto que merece ser ressaltado nesse estudo foi que os psiquiatras entrevistados afirmavam que a depressão é uma perturbação mental para a qual há legitimidade e que já é aceita com tranquilidade pelo senso-comum. O diagnóstico ajuda a justificar todos os sofrimentos vividos, dando novos significados à sua experiência marcada pelo sofrimento. Na percepção de Martins et. al (2007), os psiquiatras entrevistados extrapolavam suas funções clínicas e tinham um papel na reorganização do cotidiano dessas mulheres e, de certa forma, na maneira de lidar com a impotência delas em alterar o contexto em que vivem.

Podemos observar que aqui, a intervenção do psiquiatra era no sentido de que, sem poder alterar o cotidiano dessas mulheres, alterava a maneira delas de interpretá-lo, a partir do diagnóstico, e de senti-lo, via medicação.

Em pesquisa realizada em unidades básicas de saúde sobre a medicalização de mulheres por médicos clínicos, Carvalho e Dimenstein (2003) notaram que as queixas relatadas que motivaram o uso dos medicamentos psicotrópicos, envolviam tanto sofrimento físico, quanto psíquico e social. Entre eles estavam a insônia, nervosismo, dor de cabeça, dificuldade financeira, depressão, marido alcoolista. Tais motivos do adoecimento refletiam os problemas enfrentados por essas mulheres no seu dia-a-dia e eram traduzidos em sintomas diversos, em mal-estar, resultado de suas condições de vida. Note-se que se tratava de mulheres pertencentes a uma camada social bastante desfavorecida. As mulheres pesquisadas pertenciam às camadas de baixa renda e eram, em sua maioria, casadas e com filhos. O medicamento aparecia ocupando a função de regulador emocional dessas mulheres que estavam em sofrimento diante da não suportabilidade das condições de sobrevivência impostas. Das dezesseis mulheres entrevistadas por Carvalho e Dimenstein, seis tomavam medicamentos de 10 a 19 anos. Os medicamentos eram descritos pelas mulheres como as ferramentas que as ajudavam a se acalmar, a não se abater tanto pela tristeza, a se comportar socialmente demonstrando menos agitação, a conseguir tomar conta da casa e dos filhos.

Essa pesquisa de Carvalho e Dimenstein (2003) incluía entrevistas com os médicos que receitavam os benzoamínicos e eles demonstraram reconhecer que a medicalização era importante para enfrentar problemas sociais mais do que somáticos. De acordo com a visão dos médicos, as principais queixas eram decorrentes de problemas de ordem econômica e social, como marido desempregado, filhos para criar, problemas no emprego, alcoolismo na família, doença na família, morte de alguém querido etc. O seguinte relato de um médico retratou uma visão bastante comum entre a categoria, conforme a pesquisa: “O problema é social, não tem nada a ver com saúde. É mais problema social. Ela tenta se esconder atrás de um calmantezinho. O problema é de família, de desemprego. Se não tivesse nada disso, com certeza não ia tomar calmante, não ia ter insônia, não ter nada disso” (Idem, p.56). Portanto, havia conscientemente uma medicalização do sintoma social, expresso ali em sofrimento psíquico.

As mulheres são altamente medicadas, sobretudo das classes mais desfavorecidas, como mostrou Pereira (2004) sobre o adoecimento psíquico e medicalização de mulheres proletárias. A medicalização consistia em uma forma enfrentar o sofrimento cotidiano, as condições precárias de vida. O medicamento seria para controlar seus “sintomas” e deixá-las funcionais, o tratamento baseava-se em fornecer “ansiolíticos durante o dia, sonífero à noite e psicoestimulantes pela manhã” (PEREIRA, 2004, p. 116).

Gonçales e Machado (2007) também pesquisaram histórias de vida de mulheres deprimidas. Em sua pesquisa, houve predominância de narrativa de um passado duro, repleto de violência, perdas de pessoas amadas, convivência com doenças e alcoolismo, frustrações amorosas e dificuldades financeiras.

Não podemos nos esquecer dos aspectos socioculturais que envolvem a emergência de feminilidades, masculinidades e transtornos psíquicos.

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 sentimentos 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).

Conforme explica Cruz (2009), a reação de homens e mulheres à depressão também é diferente. Os homens têm tendência a olhar para fora deles, envolvendo-se em atividades físicas, convívio com os amigos e projetos de trabalho, ao passo que as mulheres tendem a procurar dentro delas a fonte dos seus problemas e a culparem-se por eles. Por outro lado, elas procuram mais facilmente ajuda nos serviços de saúde.

Dio Bleichamar (1992) acrescenta que a maior a predominância da depressão entre as mulheres está relacionada com o modo como a feminilidade é construída, em oposição a atributos da masculinidade, com características que faz a mulher parecer deprimida. Sendo assim, o que se define culturalmente como feminilidade e sintomas depressivos se confundem na clínica psiquiátrica: menos ambição, confiança em si mesma, mais dependência e submissão, disposição ao sacrifício, menos agressividade e demonstração de poder

Também para Hirschfeld e Klerman (1984) a prevalência da depressão em mulheres se deve a fatores socioculturais, sobretudo, a dependência e restrição social feminina. Quando trata de dependência não fala apenas da econômica, mas da dependência do juízo do outro para manter sua autoestima, da dependência emocional. As restrições sociais de que trata dizem respeito a menor quantidade de atividades que participa, espaços no mundo, da rede social menos diversa.

Assim como o gênero influencia a vivência, a vulnerabilidade a tipos diferentes de violência, perpetradas em distintos espaços, ele também é importante na definição de psicopatologias. Uma das razões é que psicopatologias são geralmente reflexo de aspectos vivenciais.

Herranz (2001) realizou um levantamento dos problemas mentais mais comumente diagnosticados em homens e mulheres, de acordo com o próprio DSM IV, que resultou na seguinte constatação: homens apresentam mais transtornos de personalidade paranoide, antissocial, narcisista ou esquizoide e mulheres mais transtorno da personalidade limite; eles desenvolvem mais transtorno de identidade sexual e elas mais transtorno de identidade dissociativo; homens apresentam em proporção bastante maior transtornos sexuais, como exibicionismo, sadismo, pedofilia, fetichismo, voyeurismo e masoquismo; já as mulheres estão sobre-representadas nos transtornos afetivos, principalmente depressão, crises de

angústia, agorafobia, transtornos alimentares e transtornos somatoformes; os homens são quase exclusivamente os diagnosticados com transtornos de controle dos impulsos e as mulheres com transtorno bipolar; os homens sofrem de abuso e dependência de drogas como álcool, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, maconha, cocaína, nicotina e opiáceos quando as mulheres enfrentam geralmente dependência de hipnóticos, sedativos e ansiolíticos. Além disso, há diferenças também em relação às nomenclaturas e derivações dos transtornos. Homens apresentam desvios sexuais e mulheres disfunções sexuais, que faz da patologia deles mais comportamental e das mulheres orgânicas. Por fim, é muito mais verificado nas mulheres transtornos relacionados à dor, como cefaleia e dores musculoesqueléticas.

O que Herranz (2001) chamou atenção com esse levantamento foi para a existência na medicina psiquiátrica de um duplo modelo mental para homens e mulheres, que será definidor de psicopatologias. Por parte das mulheres, esse modelo envolve submissão e dependência em relação aos homens, maior sensibilidade e fragilidade, serem menos competitivas, objetivas e agressivas, além de bastante mais preocupadas com a boa aparência. Portanto, a forma de adoecimento está relacionada com esse modelo generizado. Agressividade, ousadia e impulsividade, estão mais atreladas ao comportamento e às patologias masculinas. Assim sendo, é possível observar a coincidência entre modelo generizado de sujeito e predominância de diagnósticos. Por mulheres apresentarem maior proporção de transtornos afetivos e homens de abuso de álcool e drogas.

A medicina alopática é a oficial e mais procurada. Com ela, tem-se acesso aos medicamentos que aliviam o sofrimento. Os psicofármacos auxiliam esse sujeito a ficar de pé, em movimento, em condições de viver e aguentar as diversas violências da vida. Mas, como ficou evidente, essa é uma solução que ataca os sintomas do mal-estar, não as causas.

Claro que não há uma expectativa de que a psiquiatria resolva os males sociais que influenciam o adoecimento psíquico dos sujeitos. Violência, pobreza, exclusão, desigualdades experimentadas no mundo público e privado provocam doenças, mas vão muito além do alcance de quaisquer medicinas. Enfim, o que esses dados mostram é o imperativo de que, para garantir o bem-estar psíquico dos sujeitos, as medidas necessárias vão além da diagnose e da medicalização. Seria importante criar mecanismos de prevenção da depressão que, nesse caso, diz respeito a uma profunda transformação ética, política e

social no ocidente. Mudanças que protejam as mulheres, por exemplo, da agressão, da miséria, do estupro, do trabalho excessivo, da resignação.

4.2 Anatomia e adoecimento psíquico feminino

Tanto quanto definir condições de adoecimento, de sintomas e de tratamento, gênero tem sido importante na definição da explicação médica da causalidade dos transtornos psíquicos.

Diversos estudos dirigidos sobre depressão em mulheres têm privilegiado a análise biológica e destacado alterações hormonais como importantes fatores causadores desse transtorno, centrando-se em momentos como o período pós-parto ou a menopausa (VERAS, 2006).

Segundo a explicação psiquiátrica, alguns fatores genéticos, biológicos e a personalidade podem explicar a maior vulnerabilidade de certas pessoas à depressão. Uma explicação para que algumas pessoas sejam mais vulneráveis é baseada na personalidade e indica que pessoas com tonalidade afetiva rebaixada, ou seja, com certa predisposição a sentir o mundo com mais seriedade e amargura, teriam maior probabilidade de se deprimirem diante de quaisquer adversidades. Para essas pessoas a vida normalmente é sentida com mais emoções e as vivências tendem a ser experimentadas com maior sentimento (BALLONE, 2002).

No entanto, ao explicar a prevalência da depressão nas mulheres, a medicina tem se centrado especialmente nos aspectos hormonais da vulnerabilidade feminina. As causas para explicar a razão das taxas mais elevadas de depressão nas mulheres são inúmeras, destacando-se diferenças biológicas e fatores hormonais, incluindo a terapêutica hormonal de substituição, os contraceptivos orais e os efeitos do ciclo menstrual, gravidez e da menopausa.

Não podemos nos esquecer que na perspectiva médica, ao lado do cérebro, o útero e os ovários tem sido órgãos definidores da loucura feminina.

O útero teve lugar de destaque em uma das principais patologias psíquicas de todos os tempos: a histeria.

Nunes (2010) destacou como a histeria, configurou-se um processo maciço de medicalização do corpo, controle da vida e da sexualidade femininas, visando conter seus “excessos e ardores” e adestrando as mulheres para a maternidade. A maternidade tornou-se o destino politicamente desejável para as mulheres, e aquelas que não se adaptaram a esse projeto foram frequentemente descritas como histéricas.

A histérica era a prova de que a sexualidade e a reprodução feminina precisavam ser controladas. Como definiu Nunes (2000, p.108-109): “No século XIX, a histeria é uma questão de mulheres e, mais que isso, a histeria é um sintoma de ser mulher”. Mas a histeria era tanto uma doença da opressão quanto uma tentativa da mulher de reagir a ela. Segundo Nunes, a histeria era a demonstração mais viva do quanto a sexualidade da mulher, com seus excessos, poderia significar um entrave ao projeto de ordenação política da sociedade burguesa. O ataque histérico, que dramatiza de forma espetacular o desvario que poderia alcançar a sexualidade feminina, expõe, de forma caricata, esse perigo. A histérica era a mulher que renegava uma posição passiva de renúncia e submissão, procurando preservar sua potência.

Laveda Fernandes et. ai. (2010) argumentam no mesmo sentido ao afirmar que a ligação injusta e negativa estabelecida entre mulheres e histeria, inaugurou a percepção das mulheres como seres sexuados e sexuais, com desejos de desfrutar de todos os direitos e liberdades, incluindo a liberdade sexual.

No entanto, mais uma vez, a biologização de um sofrimento psíquico acarretava na invisibilização de sintomas sociais desse sofrimento. Roudinesco e Plon (1997), por exemplo, lembram que a epidemia da histeria ocorreu entre 1880 e 1900, época da crise da sociedade industrial. Contudo, médicos e moralistas viam no sofrimento, agitação e agressividade feminina um reflexo dos seus "furores uterinos", especialmente quando suas ações ameaçavam a ordem estabelecida. Ou seja, diante de reações questionadoras das mulheres, a medicina respondia com uma psicopatologia.

A predominância da patologização psíquica das mulheres em relação aos homens também não é nova. Foucault (1997) analisou que a histerização do corpo feminino fazia parte da biopolítica, ou seja, da política de regulação e medicalização dos corpos em nome

do controle social. Nesse processo o corpo da mulher em especial foi analisado, qualificado, desqualificado e patologizado, tornando-se um campo rico e específico da prática médica. Envolveu controlar sua sexualidade, reprodução, senso de maternidade e cuidado com as crianças e a família. Nesse sentido, biologizar e patologizar o corpo objetivava fazer dele matéria sobre a qual se poderia agir, interferir para atingir os objetivos políticos e sociais de cada época, seja de controle populacional ou de higienização moral.

A associação da loucura maníaco-depressiva com os períodos menstruais foi importante na medicina. No entanto, nessa patologia, no lugar do útero entraram em cena os hormônios ovarianos, que começavam a ganhar lugar de destaque nas pesquisas médicas, como analisou Rohden (2008). Ao avaliar discursos médicos no século XIX, principalmente de ginecologistas, Rohden observou que os ciclos vitais reprodutivos femininos passaram a representar uma ameaça, por isso, exigiam atenção e cuidados nos diferentes períodos de seu ciclo hormonal.

Mas não só o sistema reprodutor feminino foi tomado como referência biológica de sua fraqueza psíquica. Indo além dos fatores hormonais, Nishizawa (1997) apontou como razões da maior proporção de depressão entre as mulheres a diferença entre as taxas de síntese de serotonina no cérebro entre homens e mulheres. Segundo o estudo realizado por esse neurologista, haveria um maior número de sítios da recaptção de serotonina no cérebro de mulheres, no entanto, ocorreria também uma maior taxa de síntese de serotonina no cérebro de mulheres do que no de homens. Ou seja, a maneira como o cérebro das mulheres funciona deixaria menos serotonina disponível na fenda sináptica, provocando mais depressão entre elas.

Mas, apesar do tom de descoberta de Nishizawa, segundo Azize (2011) explicações neurocientíficas remetem a esforços de localização cerebral desde o século XIX.

Rohden (2010) também mostrou que, já no século XIX, o cérebro era referência para explicar e legitimar diferenças e desigualdades entre homens e mulheres. Nos discursos médicos do século XIX, o cérebro seria o principal marcador biológico responsável pela formação das diferenças de gênero.

Acredito que a novidade das descobertas neurocientíficas na contemporaneidade é a centralidade da serotonina em definir diversos sofrimentos físicos e psíquicos.

Atualmente, o útero, ovários e cérebro estão juntos na explicação da causalidade do "Transtorno Disfórico Pré-Menstrual" (TDPM), novo transtorno de humor ou afetivo classificado no DSM-V, lançado em 2013. Mas esse mal está também incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com a denominação de "Síndrome de Tensão Pré-Menstrual" (STPM).

De acordo com Valadares et. al (2006) constituem o conjunto de sintomas emocionais, cognitivos e físicos relacionados com o ciclo menstrual e que acometem milhares de mulheres em idade reprodutiva. Caracterizam-se por irritabilidade intensa, frequentemente acompanhada de humor depressivo, além de queixas somáticas. No entanto, para além de aspectos orgânicos e hormonais relacionados ao útero e ovários, a psiquiatria incluiu o TDPM nas psicopatologias. Seu desenvolvimento seria influenciado pelo funcionamento dos neurotransmissores e neuroreceptores no cérebro, que atuariam em conjunto com os hormônios gonadais femininos na explicação desse mal-estar.

Os sintomas do TDPM são praticamente os mesmos da depressão, o diferencial principal está na sua ocorrência, pois devem aparecer alguns dias antes da menstruação e sumirem com a menstruação, todo mês. A sugestão da psiquiatria é de ingestão de ISRS por mulheres no período do TDPM, a fim de promover alívio dos sintomas. No entanto, podemos questionar a eficácia dessa abordagem terapêutica, haja vista que antidepressivos tem um tempo de latência para manifestar seus efeitos que vai de alguns dias a três semanas. Portanto, como consumi-los pelo período de uma semana todo mês poderia ajudar?

É preciso ressaltar que o objetivo aqui não é negar que o humor tanto de homens quanto de mulheres seja afetado por processos químicos, hormonais ou neurais. Apenas julgo bastante limitada uma concepção do sofrimento humanos reduzida a esses processos. A redução do humanos ao corpo em si, isolado, ou pior, em partes, como cérebro, glândulas, hormônios, sistemas, órgãos quaisquer, só pode produzir uma visão bastante incompleta de qualquer fenômeno que seja, inclusive de patologias. Qualquer perspectiva sobre o humano que não considere o social é, certamente, limitada demais para ser considerada com seriedade. Basta acessar a sociologia ou antropologia da saúde para compreender que também patologias estão delimitadas pelo tempo, pela cultura e pelo social.

Aos vários médicos que salientam que a depressão feminina está muito relacionada ao período reprodutivo, devemos lembrar que esse período também é o período mais produtivo de suas vidas. Valeria a pena pôr em dúvida a preponderância dos hormônios sobre os estados depressivos e considerar que também as mulheres são seres sociais, marcadas pela cultura, pela economia e por relações de poder. Para a sociologia, mais importante do que entender se a depressão ocorre ou não no corpo é compreender quais são os discursos que a localiza nele e com que objetivos.

Como salienta Ribeiro (2003), não podemos nos esquecer da perseguição social às mulheres em razão de seu papel questionador e revolucionário, o que tem feito com que a psiquiatria, atravessada pela cultura, produza uma de subjetivação do sofrimento feminino, localizando-o no corpo, para que seja tratável pelo saber médico.

Percebe-se nesse tipo de pesquisa uma visão biologizante não só do adoecimento como também das mulheres. Não que o caráter biológico da depressão deve ser negado, mas considerado junto uma série de fatores que concorrem para seu surgimento.

Diniz (1999), por exemplo, chama a atenção para a união de fatores biológicos, psicológicos e sociais no acometimento da depressão:

Mudanças hormonais somadas à falta de suporte familiar e social, a classe socioeconômica e a situação empregatícia são fatores que podem precipitar a depressão em momentos cruciais da vida da mulher, como, por exemplo, durante a gravidez, o puerpério e a menopausa. Além disso, as mulheres podem ser mais suscetíveis à constituição de transtornos depressivos por ser crescente o número de famílias monoparentais por elas chefiadas, situação em que a ausência de suporte do companheiro para o cuidado dos filhos é associada à longa jornada de trabalho dentro e fora de casa (DINIZ, 1999).

Ussher (2010) destaca que para compreender da melhor forma possível o fenômeno da depressão é preciso considerar as contribuições das ciências biomédicas, psicológicas e socioculturais. Perceber que a depressão, como uma patologia, produz efeitos somáticos. Mas é preciso levar em conta também as pesquisas feministas que mostram a medicalização da miséria das mulheres, que legitima a intervenção médica, mas nega os aspectos políticos, econômicos, históricos e socioculturais. No entanto, focar seja no biológico seja no social pode diminuir o real sofrimento psíquico da depressão nas mulheres. Assim, Ussher argumenta que uma epistemologia crítica-realista nos permite reconhecer os condicionantes materiais, socioculturais, discursivos e intrapsíquicos do

sofrimento das mulheres, como a depressão, sem privilegiar um nível de análise sobre a outra.

Portanto, segundo a perspectiva feminista que tem pesquisado a depressão, a superioridade do seu diagnóstico entre as mulheres se deve a três fatores: a naturalização e patologização do corpo feminino pela medicina e psiquiatria; a utilização de instrumentos psicométricos arraigados de uma concepção culturalista e normativa de gênero; e, por fim, a patologização do sofrimento das mulheres que, quando expostos nos consultórios, são diagnosticados e medicalizados, ainda que sejam evidentemente de origem social, como provocados pela miséria, violência, problemas relacionados ao trabalho, à maternidade ou ambiente familiar.

4.3 A depressão e o sofrimento das mulheres

Os que os estudos de gênero mostram é que são as mulheres as principais responsáveis pelos cuidados domésticos, os cuidados com os filhos e com os doentes. Elas cada vez mais trabalham fora, ganham menos e estão em situações ainda mais precárias de trabalho do que os homens. Chefiam cada vez mais famílias, realizam os trabalhos domésticos, aumentando sua carga de responsabilidades. Elas são os principais alvos de estupro e violência doméstica. O lar ao qual elas dedicam horas de trabalho por dia não é um lugar seguro para elas.

Quando esses estudos tratam do adoecimento psíquico, mostram que as condições de desigualdade, miséria e violência produzem efeitos psíquicos nas mulheres, cujo principal tem sido o acometimento da depressão.

Na verdade, incoerente seria esperar que as mulheres experimentassem essas condições e não apresentassem quadros de nervosismo, tristeza, alterações de apetite, desesperança, desinteresse pelas atividades cotidianas, capacidade de concentração diminuída, perda da libido, memória prejudicada, fadiga e cansaço constante, vulnerabilidade a doenças somáticas, diminuição da autoestima, perda da capacidade de sentir prazer pelas coisas da vida, sensação de insegurança, pessimismo, retraimento social, tendência ao isolamento, choro fácil, insônia, ansiedade, angústia e pensamentos suicidas.

Fazer desse conjunto de sensações de mal-estar um quadro sintomático de uma patologia e ainda reduzi-la a afeitos de disfunções orgânicas seria enganoso e redutor, pra

não dizer uma estratégia de patologização do sofrimento feminino com vistas a controlar as mulheres e manter essas condições de desigualdade em que se encontram, via invisibilização das diversas razões de seu sofrimento.

Utilizar esses sintomas como diagnóstico de um transtorno mental, qualificado como distúrbio químico-cerebral e hormonal pode configurar mais uma violência contra as mulheres, como a promoção de seu aquietamento e de sua dependência química.

Por outro lado, uma análise da depressão como sintoma social que não atentasse que a sociedade é marcada por eixos de subordinação, que produzem condições estruturais de desigualdade também promoveria uma análise apenas parcial desse fenômeno.

Nesse sentido, se adotarmos o conceito de depressão do sociólogo Ehrenberg, como cansaço de si mesmo, resultado da sensação de que tudo o que faz é insuficiente, e pensarmos em como gênero indica acesso desigual a benefícios sociais, podemos ponderar que essa sensação é mesmo intensificada entre as mulheres. Como indicam as pesquisas populacionais, para elas é menor o acesso ao mercado de trabalho, à distribuição da riqueza, à valorização de qualidades socialmente valorizadas como a autonomia e a ousadia, perceberemos que a feminilidade é um condicionante de ainda maior sensação de insuficiência em uma sociedade sexista.

Portanto, se considerarmos a depressão como sensação de incapacidade de realização de si, em que o sujeito se enxerga especialmente pela sua falta, seja de tempo, de controle sobre a própria vida, de distanciamento entre o eu ideal e o ideal de eu e acrescentarmos a perspectiva de gênero, talvez possamos sacar daí uma boa interpretação sociológica e psicanalítica da prevalência da depressão entre as mulheres. Se a depressão é um sofrimento provocado na contemporaneidade pela impossibilidade de realização de si, é importante considerar que essa tarefa apresenta tantos mais obstáculos quanto mais subalternizados estiverem os sujeitos nas relações de poder.

Relembrando as ponderações de Ussher (2010), apontar a depressão como um sintoma da miséria feminina não significa negar que ela se apresenta em seus efeitos somáticos, sociais e psíquicos. Não se trata de negar completamente qualquer dessas perspectivas e negligenciar os aspectos corporais e culturais que contribuem para a ocorrência da depressão em mulheres, mas não reduzir a depressão a um fenômeno físico-orgânico nem cultural. A depressão pode ser compreendida como resultado de fatores somáticos, psíquicos e sociais. Importa sobretudo observar que ela é um dos indicadores do

sofrimento feminino contemporâneo e questionar as respostas que estão sendo criadas socialmente para enfrentá-la.

Para Marecek (2006), partir para uma análise da predominância da depressão entre mulheres a partir de critérios biológicos é muito reducionista e equivocado. Por outro lado, as explicações socioculturais e psicológicas da feminização da depressão geralmente parte de abordagem genéricas, como se mulheres representassem um grupo uniforme, desprezando experiências particulares de diversas mulheres situadas em diferentes posições étnico-raciais, de classe, entre outros marcadores sociais. Outro problema é analisar a depressão sob uma perspectiva de evento traumático, como se a opressão feminina na sociedade não fosse suficiente para provocar os “sintomas” depressivos.

Gostaria de terminar esse capítulo com a compreensão de depressão de Marecek (2006), segundo a qual "a depressão não é algo as pessoas têm, mas um conjunto de práticas autorizadas pela cultura através do qual as pessoas expressam a outras pessoas que estão sofrendo " (p. 303).

PARTE II - A PESQUISA

CAPITULO 5 – MÉTODOS E TÉCNICA DA PESQUISA

5.1 Quadro conceitual

Tendo em vista toda a discussão anterior, podemos afirmar que a regulação afetiva de que tratou Elias, relacionada à exigência do autocontrole, sobretudo emocional e comportamental, permanece na contemporaneidade. No entanto, essa regulação se atualiza, mobiliza recursos modernos como a ciência, a medicina e a farmacologia para auxiliar os indivíduos a atenderem as exigências da vida em sociedade.

No meio social contemporâneo, o sujeito é cobrado a mostrar desempenho, equilíbrio, simpatia, a estar sempre em movimento, a correr contra o tempo para atender todas as expectativas que se tem hoje para ele, apesar dos danos que isso pode provocar.

Com a ascensão da neuropsiquiatria e da farmacologia, esse controle foi em grande parte transferido para as drogas que atuam no cérebro. A regulação afetiva tornou-se regulação neural. As instituições psiquiátricas libertaram os indivíduos do aprisionamento e isolamento, mas os aprisionaram, em certa medida, aos comprimidos e pílulas que regulam o humor.

Atualmente, além do próprio aprendizado da pessoa para controlar suas emoções, existem eficazes controles neurais que afirmam garantir esse desempenho. Entre essas formas de controle neural estão os antidepressivos e ansiolíticos, drogas que regulam o humor. Com o uso dessas drogas ou similares, é possível garantir que as pessoas não fiquem com o humor rebaixado nem eufórico. Nada que deixe o sujeito numa posição de anormalidade ou inconveniência diante dos outros (GONDIM E BORGES-ANDRADE, 2009).

Se, por um lado, cresce a necessidade de um cuidado em relação às emoções, emerge a intensa valorização em falar de si, reconhecer seus próprios sentimentos, voltar-se para si mesmo. Por outro, cada vez mais a afetividade é submetida ao comando, à manipulação e à administração, inclusive transformada em mercadoria, o que pode ser notado facilmente pelo grande mercado de terapias e de autoajuda (ILLOUZ, 2007).

Nesse trabalho, a expressão *regulação emocional ou afetiva*, é utilizada para se referir aos mecanismos que visam interferir no comportamento, cognição e fisiologia dos indivíduos a fim de eliminar, manter ou mudar sua experiência emocional ou a expressão desta. Já a *autorregulação emocional* é entendida aqui como o exercício do próprio indivíduo para controlar suas emoções e, assim, evitar sofrimentos pessoais ou constrangimentos sociais.

Quero pensar a autorregulação emocional a partir do conceito de gestão de si de Vincent de Gaulejac (2007). Este autor trata da gestão de si mesmo na contemporaneidade como um imperativo para melhor pilotar sua vida, tornar-se o melhor de si mesmo.

“No mundo dos gestionários, a subjetividade é objeto de uma solicitação maciça e contraditória. O indivíduo deve afirmar sua autonomia e responder à injunção de estar bem em sua pele, equilibrado, desabrochado, excelente em todos os domínios da existência, capaz de fazer frutificar a diversidade de seus talentos. É proposta a ele uma panóplia de instrumentos para ajudá-lo a bem gerenciar sua subjetividade, e daí uma floração de técnicas de desenvolvimento pessoal como a análise transacional (AT), a programação neurolinguística (PNL) ou a inteligência emocional (IE)” (GAULEJAC, 2007, p. 186-7)

Portanto, como destaca Gaulejac, a subjetividade deve estar preparada para suportar os revezes da existência, momentos de expansão e de regressão, de crescimento e decréscimo. É preciso saber enfrentar o fracasso, a adversidade, estar aberto a si mesmo e a outrem ousar verbalizar suas fraquezas e seus temores. Há uma flexibilidade da ligação (à empresa, às pessoas, aos lugares). Daí a emergência de técnicas de gestão da subjetividade que mobilizam o indivíduo, do lado da autonomia, da autoestima, do reforço narcísico, da flexibilidade, canalizando totalmente os investimentos psíquicos para objetivos mercadológicos de rentabilidade e desempenho. A gestão de si objetiva a realização de si mesmo. Trata-se aí de uma concepção subjetivista da ação, o sujeito centrado sobre si mesmo.

Além desses conceitos, a ideia de sujeito insuficiente, que se torna um fardo para si mesmo, cunhada por Ehrenberg (1998) e discutida acima, é considerada útil para pensar a depressão. Ehrenberg relaciona a depressão à sensação de insuficiência, de que o sujeito se reconhece sobretudo na sua falta, no que não pode realizar.

Os Itinerários Terapêuticos dizem respeito aos percursos empreendidos por enfermos na busca por resolver suas necessidades de saúde e o modo como traçam estes percursos. Cada sujeito tece sua trajetória terapêutica nas múltiplas redes formais e

informais, de apoio e de pertença, que possam lhes apoiar na experiência de adoecimento. A análise dos itinerários terapêuticos empreendidos pelos sujeitos deprimidos nos permite compreender percursos e produção de sentidos para o enfrentamento desse sofrimento psíquico.

Por fim, como se trata de uma pesquisa empírica, o mais importante será compreender a forma como os sujeitos pesquisados nomeiam, entendem e explicam sua depressão e os mecanismos que adotaram para lidar com ela, seja pela via médica oficial ou alternativa.

5.2 Método biográfico: Como acessar o íntimo e o sofrimento

Trata-se aqui de uma pesquisa empírica, qualitativa, que utiliza como método de pesquisa a análise de narrativas autobiográficas. Ela procura focar o social como um mundo de significados passível de serem examinados a partir das narrativas biográficas dos sujeitos pesquisados.

Um dos pioneiros da utilização desse método autobiográfico foi o italiano Franco Ferrarotti.

Segundo Ferrarotti (1991), o método biográfico permite uma reapropriação singular do universal, social e histórico pelo indivíduo. Ferrarotti avalia que o valor científico do método biográfico torna-se legítimo não apenas em decorrência deste caráter específico da narrativa, mas, também, porque a biografia, compreendida como uma microrrelação social. Outra vantagem epistemológica do método biográfico é que o processo de reconstrução que a narrativa desencadeia coloca os colaboradores do estudo na posição de autores e intérpretes de sua história, de suas emoções e de suas decisões. A subjetividade constitui dentro desse quadro uma via de acesso ao conhecimento científico.

A especificidade do método biográfico residiria justamente no seu caráter de intensa historicidade e singularidade. A relação entre a história do indivíduo e a sociedade da qual faz parte, do microcosmo social onde vive. Ferrarotti (1988) observa que é preciso considerar a subjetividade não como um viés ou inferência, mas como um dado que *a priori* deve compor a contextualização das narrativas. Nesse sentido, também é importante

a dimensão do pesquisador e suas impressões e interpretações resultantes da interação social em que está imerso durante a pesquisa.

O método biográfico tornou-se valorizado a partir da ótica de que as pessoas são árbitros de sua própria presença no mundo e por isso devem ter a última palavra sobre ela. Desse modo, os textos produzidos pelos pesquisadores devem sempre refletir os discursos das pessoas como se elas tentassem dar significado e forma para as suas histórias.

Conforme Ferrarotti (1991), o método biográfico é subjetivo, qualitativo e alheio ao quadro de hipóteses e verificação. O método biográfico permite compreender cientificamente um ato, interpretar um pedaço da história social baseada na subjetividade de uma história individual. Como um trabalho abrangente no sentido de encontrar formas, a abordagem biográfica pretende concentrar a experiência singular, assuntos emocionais, para descobrir o significado atribuído por eles para situações e acontecimentos vividos.

Nesse sentido, como atenta Ferrarotti (1988), o método biográfico apresenta algumas fragilidades e contradições. Como refere Ferrarotti: “Toda a entrevista narrativa esconde tensões, conflitos e hierarquias de poder; apela para o carisma e para o poder social das instituições científicas relativamente às classes subalternas, desencadeando reações espontâneas de defesa” (Idem, p. 27). Assim, para evitar alguma defectividade por parte da pessoa investigadora, as entrevistas biográficas devem ser realizadas de modo a permitir às mulheres biografadas uma maior liberdade de resposta.

No caso dessa pesquisa, as histórias individuais podem ser relacionadas com aspectos globais das terapias disponibilizadas para lidar com a depressão. Foram problematizadas as terapias médicas socialmente estabelecidas, como a intervenção médico-ambulatorial e farmacológica, psicoterapia e terapias holísticas. Foram observadas as construções das trajetórias desses sujeitos deprimidos, desde a constatação de um mal-estar até seu enfrentamento e os investimentos terapêuticos diversos para alcançar o bem-estar.

Como assumiu o próprio Ferrarotti (1988), impressiona como muitas vezes o relato biográfico é sintético. A situação da pesquisa provoca isso. Não foi uma pesquisa do tipo observação participante, em que se conviveu por muito tempo com os sujeitos antes da entrevista. Em alguns casos, como de Olivina, Ametista, Berilo e Ágata, as entrevistas deram-se no primeiro encontro. O contato anterior entre pesquisada e pesquisadora foi

somente por telefone. O contato foi mediado pelos terapeutas que indicaram a participação na pesquisa.

É preciso apresentar também as observações que o francês Bertaux (1999), que teve destaque na década de 80, ao salientar a distinção entre estórias de vida ou relatos sobre a vida, em que alguém narra oralmente a própria pessoa, e histórias de vida, que consiste em um trabalho com depoimentos e diversos tipos de documentos com vistas a estudar a vida de uma pessoa.

As estórias de vida gravadas são o resultado de uma interação social. Assim, quando publicadas, mesmo que escritas na primeira pessoa, têm de fato dois autores. Bertaux busca problematizar esses aspectos, dizendo ao final que isto envolve muito mais do que uma questão de confiabilidade.

Bertaux (1999) trata ainda do erro epistemológico que o pesquisador pode incorrer ao tomar uma biografia como um “exemplo”, “caso”, ou “ilustração”, no âmbito de um quadro interpretativo maior. Segundo Bertaux, fazer isso significa apenas tomar uma biografia para confirmar certos aspectos que uma análise estrutural. Evitar a generalidade não acarreta negar o caráter histórico do método, mas descaracterizaria o próprio método, que procura evidenciar subjetividades. Bertaux entendia a história de vida como um conjunto de relações pessoais e interpessoais. Destarte, possibilita o estudo sobre a vida das pessoas, penetrar em sua trajetória histórica e compreender a dinâmica das relações que estabelece ao longo de sua existência.

Schutze (2010) afirma que as histórias de vida permitem recuperar as tramas, buscar nos bastidores, abordar as estruturas de eventos significativos para os sujeitos. Acrescenta que a experiência da elaboração de uma autonarrativa pressupõe uma espécie de reflexão sobre o que aconteceu, uma interpretação dos fatos passados. Sendo assim, o indivíduo lançaria mão de um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes. Nesse caso, a narrativa é um meio, não um fim. Ela contribui para que se perceba a relação entre o objetivo e o subjetivo, as ações dos sujeitos e o modo como eles as justificam.

A partir das narrativas biográficas pode ser possível explicar um contexto social partindo de trajetórias singulares. A noção de trajetória também é retomada por Bourdieu, que atenta na análise biográfica que a vida é “...como uma série de posições

sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo) num espaço ele próprio um devir submetido a incessantes transformações” (BOURDIEU, 1996, p. 189). Com a noção de trajetória, Bourdieu quer nos fazer abandonar a ideia de que uma vida possa ser compreendida como uma cadeia de acontecimentos sucessivos. Ele chama de ilusão biográfica o pressuposto de que uma vida é “como um conjunto coerente e orientado que pode ser apreendido como expressão unitária de uma intenção subjetiva e objetiva, de um projeto” (Idem, p. 184). Nesse aspecto, a biografia é considerada em seu conteúdo discursivo, que não traduz o real, é uma interpretação dele.

Conforme Bourdieu (1986), não é possível compreender uma vida como uma série única e suficiente de acontecimentos sucessivos. Ao se trabalhar com biografias é importante evitar o que ele chama de ilusão biográfica, chamando atenção para que a narrativa de vida não se apresentam como um dado puro, mas uma construção. A narrativa biográfica permitiria a conversão de cada sujeito em ideólogo da sua própria existência. De forma consciente ou inconsciente, o entrevistado seleciona acontecimentos significativos, reordena sequências, apaga passagens incômodas, procurando coerência em sua trajetória.

Sendo assim, um das principais características da narrativa é que contar uma história pessoal requer uma intenção unificadora. Tanto entrevistador quanto entrevistado tema preocupação de dar sentido, consistência e constância à narrativa. Pretendem extrair uma coerência e inteligibilidade ao relato biográfico, que na verdade não existe.

Como Bourdieu atentou, é possível fazer várias histórias de vida de uma mesma pessoa, adotando como foco suas relações familiares, de trabalho, religiosas, políticas, educacionais, entre quaisquer outras. Portanto, quando falamos de entrevista biográfica queremos dizer uma história pronunciada em primeira pessoa, que nunca pretende ser exaustiva, mas concentra-se em algum ponto ou aspecto da vida. Assim, a ilusão de totalidade é banida, atentando que cada sujeito tem um mecanismo seletivo que o leva a lembrar ou esquecer certos fatos, e esse processo deve ser respeitado pelo pesquisador.

Outra ilusão é acreditar que ao narrar o sujeito irá seguir a ordem cronológica, mas os fatos surgem do modo como são lembrados. A memória é parte definitiva do processo.

Bourdieu (1986) também trata da análise de relatos biográficos e sugere três etapas, em uma perspectiva bastante próxima da de Schutze. Segundo ele, uma vez produzido o

relato, a análise abarca três passos básicos: 1) apresentar as ações quase em grande detalhe, como uma parte etnográfica e como base para a interpretação; 2) encontrar os códigos socioculturais desses fatos; e 3) interpretar em relação à teoria.

Portanto, a narrativa biográfica não é mais do que um entrelaçamento de experiências evocadas pelos sujeitos. Ao mesmo tempo em que eles narram, eles constroem uma imagem de seu passado e de suas experiências a partir da perspectiva que tem delas. Criam desse modo também uma imagem de si próprio.

Mais recentemente, outro campo da sociologia a adotar como método privilegiado o relato de vida foi a sociologia clínica. Seus pesquisadores se interessam pela escuta, pelo ponto de vista do sujeito pesquisado, por conhecer o padecimento do sujeito a partir de sua própria narrativa. Por isso, os relatos de vida são um método privilegiado desse campo. A abordagem clínica procura apreender a experiência do sujeito e a interpretação que os atores têm de seu mundo social.

A abordagem clínica nasce com o objetivo de entender a dinâmica social e funcionamento sociopsíquico sem reduzi-los a um ou outro aspecto. Gaulejac (1999) traduz o modo como devemos entender o relato de uma história de vida como expressão de três dimensões essenciais da identidade, dos desejos e angústias inconscientes; da sociedade a qual o sujeito pertence; e a dinâmica existencial que o caracteriza. Portanto, o relato é um modo de falar sobre o vivido e, a partir daí, dizer como o sujeito habita a história e como ele a sente. Ele abre uma possibilidade de captar o social, o cultural, o emocional, o consciente e o inconsciente.

Gaulejac trata em seus trabalhos da necessidade de analisar o afetivo, o emocional, o social e o psicológico nas histórias de vida relatadas. Segundo o autor, deve também analisar a dimensão imaginária da história como ele se expressa não apenas numa história de vida, mas também nas fantasias, nas aspirações, nos sentimentos, nas emoções, um certo tipo de relação aos desejos, consciente e inconsciente, a infância, a sociedade, as crenças, as esperanças, a família, ao presente, ao futuro, e, finalmente, tudo o que é a existência humana.

O método biográfico é apresentado no texto como importante para se evitar reducionismos, como os focados apenas no social ou no pessoal. Permite abandonar divisões disciplinares ou fidelidades teóricas, garantindo assim uma melhor compreensão

das relações socioafetivas. O relato é um falar sobre o vivido. A partir do vivido é possível dizer como o sujeito habita a história e como ele a sente. É a possibilidade de captar o social, o cultural, o emocional, o consciente e o inconsciente.

Esse método pode ser construído a partir de diferentes técnicas. Uma delas, privilegiada por Gaulejac, é a realização de seminários temáticos, em que os sujeitos narram suas histórias a partir de um tema proposto previamente. Os participantes destes seminários podem abordar a relação com sua história, explorando os diferentes aspectos que contribuíram para suas decisões e evidenciando diferentes aspectos importantes para a análise socioclínica: fantasmático, imaginário, social, psíquico, sexual, ideológicos, emocional e cultural.

Sendo assim, o método biográfico permite uma reapropriação singular do universal, social e histórico pelo individual. A vantagem do método biográfico reside no seu caráter de intensa historicidade e singularidade. A relação entre a história do indivíduo e a sociedade da qual faz parte, do microcosmo social onde vive. Além disso, o método biográfico tornou-se valorizado a partir da ótica de que as pessoas são árbitros de sua própria presença no mundo e por isso devem ter a última palavra sobre ela. Desse modo, os textos produzidos pelos pesquisadores devem sempre refletir os discursos das pessoas como se elas tentassem dar significado e forma para as suas histórias.

A abordagem biográfica pretende concentrar a experiência singular, assuntos emocionais, para descobrir o significado atribuído por eles para situações e acontecimentos vividos.

Como destacou Gaulejac (2004/2005), a construção de uma sociologia do sujeito exige que se utilize de teoria e método que ultrapasse fronteiras disciplinares a fim de se analisar processos sociopsíquicos que fundam a existência do indivíduo, sua dinâmica subjetiva, sua inscrição social, suas maneiras de ser no mundo e sua identidade. Embora reconheça que o social e o psíquico obedecem a leis próprias, Gaulejac lembra que ambos se apoiam e se enlaçam em combinatórias múltiplas e complexas. Há nas histórias particulares momentos de ruptura, de continuidade e/ou de escolhas que se elaboram nos espaços incertos e que não são produto do livre arbítrio, nem consequência lógica de

determinações estruturais, mas que são respostas que os indivíduos e os grupos produzem face às situações contraditórias.

Por isso, na perspectiva de Gaulejac (2004/2005), convém ainda apreender a dimensão imaginária da narrativa: as fantasias, as aspirações, os sentimentos, as emoções, um certo tipo de relação aos desejos, conscientes e inconscientes, de relação à infância, à sociedade, às crenças, às esperanças, à família, ao presente, ao futuro e, em definitivo, tudo o que constitui uma existência humana.

Muito importante ainda é compreender a narrativa como um processo de significação, como destaca Gaulejac,

O homem não é somente o produto da história, ele é, igualmente, portador de uma história na qual ele busca e constrói a significação: há, portanto, um sentido da história que é o sentido que os homens, na sua vivência, dão à sua história. É esse movimento da historicidade que explica por que, sobre condições concretas de existência similares, tomadas de consciência variáveis vêm se enxertar. A sociologia clínica tem por tarefa compreender a dialética entre a história e a historicidade, entre indivíduo que é a história e indivíduo que faz a história, entre os fatores sociopsíquicos que fundam a sujeição e aqueles que servem de suporte ao indivíduo para que ele advenha como sujeito. (GAULEJAC, 2005, p. 73)

As narrativas biográficas também são utilizadas por Schutze (2010) e Ferraroti (1988), que notam a potencialidade para recuperar as tramas, buscar nos bastidores, abordar as estruturas de eventos significativos para os sujeitos. Ambos partilham a visão de que a experiência da elaboração de uma autonarrativa pressupõe uma espécie de reflexão sobre o que aconteceu, uma interpretação dos fatos passados. Sendo assim, o indivíduo lançaria mão de um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes. Nesse caso, a narrativa é um meio, não um fim. Ela contribui para que se perceba a relação entre o objetivo e o subjetivo, as ações dos sujeitos e o modo como eles as justificam.

No que diz respeito à análise socioclínica, segundo Gaulejac (1999), alguns princípios devem ser considerados: o pluralismo causal, pois a conduta humana é resultado de uma multiplicidade de determinações; a problematização múltipla, uma vez que a investigação não deve ser pautada em uma única ou “grande teoria”, que poderia explicar tudo, ao contrário, deve-se cruzar aportes teóricos diferentes; a autonomia relativa, já que é preciso entender que os fenômenos possuem dimensões diferentes, particulares, mas sua autonomia é relativa, porque uns influem nos outros, o social no psíquico e o psíquico no social; a reciprocidade das influências, tendo em vista que os diferentes aspectos da

análise, o psíquico, o social, o cultural, o emocional, influenciam-se mutuamente; e a causalidade dialética, considerando que essa reciprocidade das influências funcionam segundo um duplo princípio de interatividade e de recursividade. A primeira remete a noção de sistema, com elementos interdependentes. A segunda sugere que a análise deve levar em conta a relação indivíduo/sociedade, compreendendo que o sujeito é produto e produtor do social, com emoções, saberes, bens, etc.

O objetivo do método biográfico é captar a relação entre o ponto de vista subjetivo do homem e a sua inscrição na objetividade de uma história. De fato as histórias de vida dão-nos uma dimensão da negociação que o indivíduo constantemente promove face aos constrangimentos sociais de que é alvo. Podemos assim avaliar o peso das determinações sociais nos percursos individuais.

A sociologia clínica não negligencia também o caráter contraditório do relato, que é influenciado por todos estes aspectos, como sentimentos, desejos, valores e impressões perturbadas sobre o que houve no passado (GAULEJAC, 2005). Quando relata sua vida, o sujeito fornece, ao mesmo tempo, uma descrição de sua experiência, expressa sua opinião sobre o que ocorreu, evidencia os sentimentos, desejos e fantasias envolvidos na história.

Como tem demonstrado a sociologia clínica, o relato biográfico, ao levar em consideração o registro sociopsíquico das experiências vividas por cada indivíduo, permite capturar, além subjetividades individuais, crença, paixões, amor, ódio, medo, desejo, angústias, fantasias e ansiedade na vida social.

O objetivo de utilizar nessa pesquisa narrativas biográficas é como forma de compreensão da experiência individual e coletiva e como veículo de sentido. A pesquisa abarca tanto narrativas autobiográficas quanto narrativas “terapêuticas”, no sentido de que há um recorte da trajetória terapêutica do sujeito.

As diversidade de terapias e espaços holísticos de cura são um bom exemplo de como os sujeitos criam seu repertório singular dentro de um conjunto de possibilidades socialmente disponibilizadas. Além da variedade de ofertas terapêuticas, é importante salientar que o modo como cada sujeito vivencia a mesma doença é particular, como é particular sua trajetória.

5.3 O recrutamento dos sujeitos da pesquisa

O campo empírico da pesquisa foi a cidade de Goiânia, capital de Goiás. De acordo com uma estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, sua população é de 1.333.767 habitantes, sendo que sua região metropolitana possui mais de 2.206.134 habitantes, o que a torna a décima região metropolitana mais populosa do país.

Tendo em vista que a rede terapêutica alternativa e complementar é bastante diversa, inclui diferentes procedimentos, conhecimentos e até denominações, foram investigadas clínicas de tratamentos orientais, naturais, holísticos, entre outros nomes relacionados às terapias não-médicas.

Muitos desses terapeutas atendiam em domicílio, outros em clínicas de terapias holísticas. Há ainda terapeutas holísticos atuando em ambulatórios municipais de saúde, como homeopatas, fitoterapeutas, acupunturistas, entre outros terapeutas não-médicos que foram sendo absorvidos pelo sistema oficial de saúde, que atende, no Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia (HMA). Além do Hospital, já houve contato com clínicas e espaços terapêuticos alternativos em Goiânia, cujos nomes optei por não revelar.

Por fim, verificou-se que há em Goiânia uma cooperativa de terapeutas holísticos, criada para fornecer diversos tipos de tratamento a preços acessíveis às pessoas de baixa renda, denominada aqui Cooperativa Holística. Essa cooperativa fornece mais de vinte tipos diferentes de terapias, com o credenciamento de terapeutas dos mais diversos que se dispuseram a fazer atendimentos a preços bem abaixo do mercado.

Goiânia possui ainda espaços holísticos que praticam terapias, faculdades de terapias holísticas e cursos de mestrado para terapeutas. Pode-se encontrar terapeutas das mais diversas modalidades, organizados em cooperativas, sindicatos, conselhos, centros holísticos ou completamente autônomos.

Foi possível, por exemplo, a partir de um centro de terapias e cursos entrar em contato com diversos terapeutas, das mais diversas especialidades. A maior parte desses profissionais mostrou-se bastante solícita quando contatados por mim, disposta a apresentar suas técnicas de tratamento, falar sobre seu trabalho e vender seus serviços/produtos. Foram oferecidos a mim cursos, produtos, palestras, sessões gratuitas ou

não, a fim de que eu conhecesse melhor as terapias disponibilizadas por esses profissionais. Até recebi uma sessão rápida e gratuita de reiki, para conhecer os efeitos da técnica, que foi realmente agradável. Foram realizadas diversas visitas e diálogos face a face ou por telefone com dezenas de profissionais. Todas foram bastante proveitosas no sentido de permitir a leiga pesquisadora uma maior compreensão a respeito das terapias holísticas mais diversas como Terapias de Vidas Passadas, Reiki, Acupuntura, Florais de Bach (com suas variações como Florais do Cerrado), Reflexologia, Psicoterapia holística, Homeopatia, Cura Prânica, Iridologia, Cura Quântica, entre outras.

Conversas informais com terapeutas holísticos foi uma parte necessária tanto para conhecer melhor seu trabalho quanto para explicar o objetivo da pesquisa e solicitar a colaboração desses profissionais com a pesquisa, por meio da indicação de sujeitos. Ou seja, depois de conhecer seu trabalho, eu solicitava aos terapeutas que lembrassem se trataram algum cliente para depressão. Caso tivessem, que em um próximo encontro apresentasse a proposta da pesquisa, a carta convite para a pesquisa que eu deixava com eles, e questionassem esses clientes se interessariam em auxiliar a pesquisa com entrevistas sobre sua trajetória terapêutica para lidar com a depressão.

Dois requisitos eram importantes para eleger um sujeito da pesquisa: a pessoa se identificar como alguém que teve depressão e ter recorrido a alguma terapia holística para seu tratamento. Todos os entrevistados foram diagnosticados por depressão por um psicólogo ou psiquiatra.

De acordo com a sugestão da banca de qualificação, por se tratar de uma pesquisa cujo método utilizado seria narrativas de vida, seria apropriado entrevistar dez sujeitos, entre homens e mulheres.

Diante de tal solicitação dois argumentos em especial foram apresentados por eles e fizeram com que se reduzisse bastante o número de sujeitos indicados para a pesquisa. O primeiro foi o receio desses terapeutas em ofender ou desagradar seus clientes indicando-os para a pesquisa, pois isso significaria, na concepção deles, quebrar o sigilo terapeuta-cliente. Diante desse argumento eu sempre respondia que o contato comigo somente ocorreria no caso de o sujeito já ter aceitado pelo menos ouvir de mim sobre os objetivos da pesquisa, depois de uma conversa inicial sobre a proposta da pesquisa com o terapeuta e a disponibilização da carta convite da pesquisa. Expliquei que não haveria quebra de sigilo porque os próprios sujeitos poderiam me ligar ou autorizar que eu os ligasse depois de

tomarem conhecimento da pesquisa por seus terapeutas. Ainda assim, foi bastante recorrente os profissionais se recusarem abertamente a falar com seus clientes.

O segundo argumento para a não indicação de sujeitos para a pesquisa foi havia um número reduzido de pessoas que procuram terapias holísticas para tratar da depressão. Não que essas pessoas não estivessem deprimidas, mas o enfrentamento da depressão não era o foco de suas terapias.

Por fim, contei com bastante resistência dos terapeutas para indicação dos sujeitos. Entrei em contato com mais de uma dezena de espaços e terapeutas que encontrei em catálogos na internet, centros holísticos e escolas de terapias. As respostas mais comuns é que não iriam indicar pelas principais razões já mencionadas acima.

Realizei entrevistas informais com terapeutas para explicar mais sobre a pesquisa, tentar que eles indicassem sujeitos para a pesquisa e falassem sobre seu trabalho. Desses, oito indicaram sujeitos. Geralmente esses profissionais se especializam em diversas terapias, portanto, falei com eles sobre iridologia, acupuntura, reflexologia, floral, Reiki, Cura Prânica, Cura Quântica, cristalterapia, cromoterapia, aromaterapia, terapia de vidas passadas e constelação familiar. Essas entrevistas foram usadas para uma maior compreensão das terapias. As mais mencionadas pelos entrevistados serão apresentadas em capítulo dessa tese.

Colaboraram principalmente com a pesquisa a cooperativa que realizava atendimentos para a população a baixos custos e um centro holístico. Por coincidência, dois espaços terapêuticos me indicaram a mesma pessoa que havia tratado de depressão em ambos espaços. Outras quatro terapeutas holísticas autônomas colaboraram indicando pessoas.

Outras três mulheres e dois homens se recusaram a dar entrevista por estarem muito deprimidas para falar sobre o tema.

Diante das dificuldades para conseguir os sujeitos, decidi adotar o método bola de neve, sempre perguntando a quem concordava ou não em participar da pesquisa se tinha alguém para indicar. Olivina foi um caso particular, indicada por uma conhecida.

Enfim, a cooperativa de terapias holísticas me indicou 4 sujeitos, Rubi, Ágata, Berilo e o terapeuta Jaspe. Outro espaço holístico foi responsável pelo contato com Esmeralda, Citrino, Cristal e Ametista.

Uma terapeuta holística autônoma indicou Jade. Esta mesma terapeuta indicou uma das mulheres que estavam em crise depressiva e não conseguiria fornecer entrevista.

Ironicamente, um terceiro impedimento para a realização de entrevistas foi a depressão. Alguns dos sujeitos em tratamento estavam de tal forma deprimidos que não se sentiam em condições de realizar entrevistas. Mantive contato com dois homens e três mulheres que revelaram que estavam dispostos em dar entrevistas, mostraram-se interessados pela pesquisa, mas disseram que naquele momento não tinham condições de falar sobre sua depressão. Essas pessoas foram muito solícitas e generosas e, na verdade, as recusas me pareceram muito pertinentes para o trabalho.

Para se ter uma ideia, uma mulher que fazia tratamentos dos mais diversos para depressão há mais de 10 anos manteve-se em contato comigo por seis meses, alegando que acreditava que logo estaria bem e em condições de fornecer a entrevista. O contato com ela perdurou por tanto tempo a pedido dela mesma, que afirmou que precisava contar a sua história da sua depressão nos últimos 10 anos para tentar entender ela mesma como se deu o processo. Segundo ela, a partir da entrevista, precisando criar uma narrativa coerente de sua própria história, de sua vida e especialmente de sua experiência com a depressão nos últimos anos, ela mesma poderia entender melhor o que aconteceu. Afirmou que nunca havia tentado explicar sua trajetória e, por isso, a entrevista seria benéfica. No entanto, nunca se julgava em condições de fazê-lo. Segundo ela, na última década passava meses evitando contato com as pessoas. Por dias seguidos desligava o telefone, não recebia visitas, não saía, evitava a própria família, ficando a maior parte do dia dentro do quarto. Admitiu ter passado por diversas terapias holísticas e convencionais e estava com a esperança de que a mudança de psicólogo (terceira em um ano) ajudaria a ficar em condições de receber visitas e falar comigo. Todas nossas conversas foram por telefone e houve um momento em que eu precisava encerrar o campo e desistir dessa entrevista que parecia tão promissora.

Outra mulher indicada por uma psicoterapeuta colocou o marido em contato comigo para que ele contasse um pouco de sua história e pudesse me auxiliar, mas ela mesma não se via em condições de falar comigo. Segundo o marido, ela já havia mudado diversas vezes de medicação e tentado uma variedade de terapias holísticas e nada teria surtido efeito. No momento em que eu falava com o marido ela estava em forte crise, se recusando a comer e a ver pessoas e estava afastada do trabalho.

Dois homens com quem também tive contato disseram que não conseguiriam dar entrevista. No caso de um deles, indicado pela mesma cooperativa de terapias holísticas que indicou Ágata e Rubi, ele me ligou e disse que gostaria de contribuir com a pesquisa, mas não poderia porque mesmo estando melhor hoje “Não queria lembrar do homem que foi quando estava deprimido. Não queria lembrar nem que aquele homem existiu”. Claro que esse argumento me fez ter uma vontade ainda maior de entrevistá-lo, haja vista esse forte aspecto de gênero no seu argumento. Mas, apesar da tentação, não poderia fazer da recusa à entrevista uma entrevista. Agradei pela ligação.

O outro homem foi indicado por um terapeuta autônomo, mas não forneceu entrevista. Argumentou que estava muito deprimido para falar comigo. Soube pelo terapeuta que o indicou que ele tentou suicídio uma semana depois de nossa conversa, se atirando de moto em frente a um carro, mas passava bem.

Enfim, o recrutamento já mostrava que o trabalho envolvia lidar com pessoas em sofrimento e que, mesmo quem não estivesse em uma crise ou não sentisse tanta vergonha da pessoa que foi quando deprimida, iria acessar conteúdos bastante dolorosos.

Às sete mulheres e aos três homens que aceitaram fornecer entrevistas, pedi que escolhessem um local em que se sentissem confortáveis para a realização da entrevista. Duas dessas pessoas deram entrevistas em parques da cidade, duas em casa e as demais nos próprios espaços holísticos em que se tratavam.

Importante ainda é dizer que quatro dessas dez pessoas tornaram-se terapeutas ou auxiliares nos espaços holísticos em que realizaram seu tratamento. Jaspe e Esmeralda faziam parte do grupo de terapeutas oficiais desses centros, aplicando as terapias que foram utilizadas para auxiliá-los na depressão. Citrino e Cristal colaboravam no andamento dos trabalhos dos centros holísticos. Cristal estava realizando diversos cursos para tornar-se terapeuta e já atendia pessoas para aplicar Reiki. Rubi e Ágata fizeram cursos de Reiki para autoaplicação, mas Rubi afirmou o desejo de tornar-se uma terapeuta profissional, assim que tivesse condições financeiras de realizar os cursos de formação.

5.4 A realização das entrevistas

Considerando tudo isso, decidiu-se que na pesquisa seria feita análise de materiais biográficos primários, isto é, das narrativas autobiográficas adquiridas em entrevistas narrativas, realizadas em situação face a face.

A entrevista narrativa é o tipo de entrevista utilizada quando há interesse em biografias. Ela deve ser iniciada com uma “pergunta gerativa de narrativa”, que tem por finalidade gerar a narrativa principal. Essa pergunta deve ser bem formulada a ponto de conseguir do entrevistado uma narrativa clara e que o foco central da narrativa seja esclarecer os pontos que interessam à pesquisa, mesmo que depois a narrativa seja aprofundada a partir dos pontos principais a serem reforçados (SCHUTZE, 2010).

Como Goldenberg (1997) faz questão de destacar, a preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa e exige alguns cuidados com relação ao seu planejamento, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado, como a escolha do (a) entrevistado (a), que deve ser alguém que tenha realmente possa fornecer as informações das quais o (a) pesquisador (a) precisa.

A situação da entrevista deve ser outra preocupação do (a) pesquisador (a). Ela deve ocorrer em condições favoráveis à interação entre entrevistado (a) e entrevistador (a), deixando um ambiente em que possa ocorrer a fala, sem quaisquer constrangimentos. Para isso, o (a) pesquisador (a) deve criar uma relação não hierárquica, deixar receios ou dúvidas em relação ao objetivo da pesquisa e uso do conteúdo das entrevistas. Nesse aspecto, documentos como termo de responsabilidade do pesquisador e o “termo de consentimento livre e esclarecido” tornam-se aliados que amparam tanto o (a) pesquisador (a) quanto o (a) pesquisado (a). O termo de consentimento trará em seu conteúdo as explicações necessárias ao (à) entrevistado (a) sobre os fins da pesquisa e seus direitos e garantias ao se voluntariar para ela. Ele também ampara o (a) pesquisador (a), na medida em que comprova que agiu de forma clara com os sujeitos da pesquisa.

A eficiência em obter os dados com o menor nível de interferências indesejáveis pode ser atingida também a partir do cuidado com a construção do roteiro, com a escolha correta dos informantes, com a situação apropriada da entrevista e com o uso de outras fontes que possam ser confrontadas com os dados obtidos nas entrevistas (GOLDENBERG, 1997; HAGUETTE, 1995).

No que diz respeito ao número de pessoas entrevistadas em uma pesquisa, Duarte (2002) salienta que o procedimento que se tem mostrado mais adequado é o de ir

realizando entrevistas até que o material obtido permita uma análise mais ou menos densa das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão de significados, classificações, práticas, valores, atitudes e sentimentos que envolvem as ações dos sujeitos, no caso, as escolhas terapêuticas.

A coleta das narrativas foi feita por meio de entrevistas gravadas em gravador digital, que foram transcritas para facilitar a construção de um quadro de análise. A transcrição foi delegada a uma estudante.

Ao todo foram dez entrevistados, sete mulheres e três homens, recrutados em quatro espaços terapêuticos diferentes.

As entrevistas tiveram em média 2h 30m. As mulheres geralmente falaram mais do que os homens. As entrevistas foram abertas, ou seja, começaram com uma pergunta abrangente inicial sobre a qual os entrevistados discorriam. Foi pedido a eles que narrassem acontecimentos importantes de sua vida, desde a infância, e incluíssem na narrativa o aparecimento, diagnóstico e tratamentos realizados para a depressão.

Um questionário socioeconômico simples foi entregue a cada entrevistado e continha perguntas sobre que terapias foram utilizadas. As terapias mencionadas nesse questionário também foram utilizadas como um roteiro básico de que estratégias terapêuticas teriam que ser abordadas na entrevista, de acordo com a experiência de cada sujeito.

Elas ocorreram no lugar escolhido pelo entrevistado, em que julgasse que ficaria mais confortável para falar. A maioria das entrevistas ocorreu no próprio espaço terapêutico em que a pessoa se tratava cinco delas. Outros dois entrevistados escolheram realizar a entrevista na própria casa, Ágata e Berilo. A entrevista com Ametista ocorreu em um parque e, por fim, Jade veio até a minha casa.

Algumas pessoas forneceram entrevista no primeiro encontro comigo, como Berilo, Ágata e Ametista. Com os outros eu tive a oportunidade de me encontrar pelo menos uma vez antes para conversar sobre a participação na pesquisa.

Como o foco da pesquisa era depressão e os itinerários terapêuticos dos sujeitos, a maior parte das entrevistas esteve quase todo o tempo centradas nos sofrimentos, dores das pessoas entrevistadas. Poucos foram os que falaram também de seus momentos felizes.

Claro que isso se deveu especialmente ao tema da entrevista e em como ela foi desenvolvida, mas podemos sugerir que também ao fato de o deprimido manter um grande foco no seu sofrimento.

Como narrar o passado envolve recuperar memórias, esse também é um aspecto a ser problematizado. Como já discutiu Bosi (1994), a memória é subjetivamente tecida. Rememorar é recuperar aspectos do passado que são considerados significativos. Mas essa rememoração não implica lidar com os acontecimentos exatamente como ocorreram, ao contrário, constitui um ato cognitivo de uma pessoa situada em uma posição distanciada deles, que procura refazê-los, repensá-los, de acordo com as imagens e ideias que se tem hoje. Memória envolve um trabalho de reconstrução do que foi a partir do que se é. Sendo assim, o passado é narrado, mas o sentido atribuído a ele é atual.

Há ainda outra questão particular a ser considerada. Segundo a psiquiatria, a depressão é um transtorno que afeta a cognição e a memória (ROZENTHAL, 2004). A maior parte dos entrevistados estavam em tratamento para a depressão a cerca de uma década. Além disso, foram relatados esquecimento de longos períodos em decorrência da forte medicação que era administrada pelo psiquiatra. Os sujeitos afirmaram que passaram meses “dopados”, sem conseguir discernir bem o que ocorria a sua volta. Muitas lembranças são bastante generalizadas, sobretudo de quem fez uso de medicação.

5.5 Cuidados éticos

No que diz respeito à preocupação com a ética em pesquisa, procedimentos que salvaguardam as voluntárias da pesquisa foram adotados, tais como o uso do termo de consentimento livre e esclarecido, que deixava claro para a (o) voluntária (o) da pesquisa seus direitos, os objetivos da pesquisa, sobre o uso dos dados e a garantia do sigilo em relação à sua identidade.

O termo de consentimento foi assinado pelo sujeito e por mim, em duas vias, ficando uma para cada.

O nome dos espaços holísticos e dos sujeitos da pesquisa foram substituídos por pseudônimos. Assim como de todas as pessoas que foram mencionadas nas entrevistas, entre terapeutas, médicos, amigos e familiares das entrevistadas.

A pesquisa foi inscrita na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS-UNB e aprovada em novembro de 2013.

Mas é importante ressaltar que se trata de um olhar sociológico sobre a depressão.

5.6 A análise dos dados

O uso das narrativas biográficas nessa pesquisa tem como objetivo, já exposto, relacionar a trajetória de um sujeito com o contexto social em que ele vive.

A análise de narrativas biográficas passa por quatro momentos, segundo Schutze (2010). No primeiro, elimina-se dos dados os trechos não narrativos. No segundo, realiza-se uma descrição dos conteúdos que especifique as diversas partes narrativas, cujo recorte pode ser estruturas temporais de processos referentes à trajetória de vida. No caso dessa pesquisa, separei as narrativas em dois diferentes momentos: no primeiro, relatos sobre acontecimentos da vida e, especialmente, nos fatos que os sujeitos julgavam centrais para o acometimento de sua depressão; no segundo, as trajetórias terapêuticas desses sujeitos para enfrentar a depressão.

A separação em dois capítulos foi puramente metodológica. Claro que a trajetória pessoal e a trajetória terapêutica se confundem a partir do momento em que se buscou tratamento. Haja vista que se utilizou como método narrativas biográficas, optei por deixar esses dois capítulos com as narrativas. Neles são mais o sujeitos do que a pesquisadora que fala. Entendendo que o objetivo era mesmo ouvi-los.

O terceiro momento da análise seria o de afastar-se dos detalhes específicos dos segmentos de vida, visando à elaboração do "molde biográfico", ou seja, dos aspectos que dominam a experiência do sujeito; por fim, estabelece-se uma análise dos dados a partir da

comparação das diferentes biografias produzidas. Lembra que tudo isso dever ser feito tendo como foco o objetivo da pesquisa.

A codificação ou separação dos dados em grupos de análise também é um procedimento adotado para facilitar que se estabeleçam relações entre os dados. A codificação é o processo em que os dados são codificados, comparados com outros dados e designados em categorias. A saturação teórica das categorias ocorre quando: nenhum dado relevante ou novo emerge. Claro que ela também está relacionada com os objetivos da pesquisa.

Analisar envolve, portanto, gerenciar e explorar diferentes documentos (entrevistas, notas de campo etc.), criar categorias, codificar textos, fazer cruzamentos, estabelecer padrões de análise para a construção do texto final.

5.7 Perfil dos entrevistados

Foi aplicado um pequeno questionários socioeconômico a fim de se construir um breve perfil dos entrevistados. O questionários continha 23 perguntas sobre o perfil sociocultural, econômico, profissional e terapêutico dos sujeitos. Eles foram aplicados no momento anterior à entrevista, traziam questões de múltipla escolha que foram autopreenchidas.

Tabela 1 – Perfil sociocultural das(os) entrevistadas(os)

As entrevistas foram feitas majoritariamente com mulheres adultas, brancas, com curso superior completo, com renda inferior a cinco salários-mínimos. Foram entrevistadas tanto casadas quanto solteiras, todas heterossexuais. Dois dos três homens eram adultos, brancos, com curso superior, heterossexuais, casados e com renda superior a 5 salários mínimos. Um deles era um jovem homossexual universitário, cuja renda estava entre 1 e 2 salários mínimos.

Questionário Sócio-Econômico e Étnico-Cultural de pessoas deprimidas que procuraram terapias

Entrevistado (a)	Sexo:	Idade:	Estado Civil:	Estado de origem:	Em que localidade da cidade seu domicílio se encontra?	Com quem você mora?	Quantos filhos nascidos vivos teve no total?	Em relação à cor da pele, você se considera:	Em relação à religião, você diria que é:
Citrino	Masculino	49	Casado (a)	Go	Bairro na periferia da cidade	Cônjuge	Um	Pardo	Espiritualista
Jaspe	Masculino	33	Casado (a)	Go	Conjunto habitacional	Esposa e filhos	Dois	Pardo	Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião
Ágata	Feminino	31	Vivo com companheiro	Go	Região Rural (Chácara)	Companheiro(a)	Nenhum	Pardo	Agnóstico
Cristal	Feminino	28	Solteiro(a)	Go	Bairro na periferia da cidade	Pais	Nenhum	Pardo	Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião
Olivina	Feminino	48	Viúvo(a)	Go	Bairro na periferia da cidade	Sozinha	Dois	Branco	Católico
Berilo	Masculino	24	Solteiro(a)	Go	Bairro na região central da cidade	Pais	Nenhum	Pardo	Ateísta
Jade	Feminino	30	Vivo com companheiro	Go	Bairro na periferia da cidade	Cônjuge	Nenhum	Pardo	Espiritualista
Ametista	Feminino	32	Casado (a)	Go	Bairro na região central da cidade	Mae, marido e filhos	Dois	Branco	Espírita Kardecista
Esmeralda	Feminino	47	Casado (a)	Go	Bairro na região central da cidade	Cônjuge	Um	Pardo	Espírita Kardecista
Rubi	Feminino	29	Solteiro(a)	Go	Bairro na periferia da cidade	Sozinha	Nenhum	Branco	Espírita Kardecista

Tabela 2 – Perfil socioeconômico das(os) entrevistadas(os)

A maior parte dos sujeitos entrevistados era responsável pelo sustento da família ou próprio, no caso de quem morava só.

Questionário Sócio-Econômico e Étnico-Cultural de pessoas deprimidas que procuraram terapias holísticas

Entrevistado (a)	Qual sua participação na vida econômica de sua família?	Qual seu trabalho ou ocupação principal?	No seu trabalho principal, você é:	Qual sua renda familiar mensal?	Qual seu grau máximo de escolaridade?
Citrino	Trabalha e é responsável pelo sustento da família	Advogado	Empregado assalariado	Entre 5 e 10 salários mínimos	Especialização
Jaspe	Trabalha e é responsável pelo sustento da família	Terapeuta Holístico	Trabalha por conta própria, é autônomo	Entre 5 e 10 salários mínimos	Ensino superior incompleto
Ágata	Trabalha e é responsável pelo sustento da família	Artista	Trabalha por conta própria, é autônomo	Entre 1 e 2 salários mínimos	Ensino superior completo
Cristal	Trabalha e é independente financeiramente	Funcionária pública	Empregada assalariada	Entre 2 e 5 salários mínimos	Especialização
Olivina	Trabalha e é independente financeiramente	Administradora	Empregada assalariada	Entre 2 e 5 salários mínimos	Ensino superior completo
Berilo	Trabalha, mas não é independente financeiramente	Estudante	Estagiário remunerado	Entre 1 e 2 salários mínimos	Ensino superior incompleto
Jade	Não trabalha e seus gastos são custeados	Desempregada	Não trabalho	Entre 5 e 10 salários mínimos	Ensino superior completo
Ametista	Trabalha, mas não é independente financeiramente	Desingner de Interiores	Trabalha por conta própria, é autônomo	Entre 2 e 5 salários mínimos	Ensino superior completo
Esmeralda	Não trabalha e seus gastos são custeados	Aposentada	Aposentada	Entre 5 e 10 salários mínimos	Ensino médio incompleto
Rubi	Trabalha e é responsável pelo sustento da família	Promotora	desempregada	Entre 1 e 2 salários mínimos	Ensino médio completo

Tabela 3 – Práticas terapêuticas

Quase todos os sujeitos fizeram acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico. Apenas dois, Jaspe e Ágata não tomaram psicotrópicos.

<i>Questionário Sócio-Econômico e Étnico-Cultural de pessoas deprimidas que procuraram terapias holísticas</i>					
Entrevistado	Que atitude você tomou quando soube que estava com depressão?	Há mias casos de depressão em sua família?	Qual a sua opinião sobre o uso de remédios controlados para depressão?	Você fez algum tipo de tratamento com psicólogo, psiquiatra e ou psicanálise?	Que terapias holísticas você utilizou no tratamento?
Jaspe	Procurei um psicólogo	Não	Eu concordo apenas em casos graves	Sim, apenas terapia	Acupuntura Auriculoterapia Cromopuntura Cromoterapia Florais de Bach Homeopatia Reflexologia Reiki
Ágata	Procurei um psicólogo	Não	Eu discordo totalmente	Sim, apenas terapia	Acupuntura Aromaterapia Auriculoterapia Cromopuntura Cromoterapia Florais de Bach Homeopatia Massagem terapêutica Meditação Reiki Tarot terapêutico Yoga
Cristal	Procurei um psiquiatra	Sim, mãe e irmã	Eu concordo apenas em casos graves	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Cura quântica Meditação Reiki Terapia de vidas passadas
Citrino	Procurei um psiquiatra	Não	Eu concordo apenas em casos graves	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Fitoterapia Meditação Apometria Acupuntura
Olivina	Procurei ajuda na minha religião	Sim, tias	Eu concordo apenas em casos graves	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Aromaterapia Auriculoterapia Cromoterapia Cura prânica Cura quântica Fitoterapia Florais de Bach Homeopatia Iridologia Massagem terapêutica Meditação Reflexologia Reiki Tarot terapêutico Terapia de vidas passadas Yoga
Berilo	Procurei um psicólogo	Não	Não tenho uma opinião formada	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Biodança Acupuntura Fitoterapia Florais de Bach Homeopatia Reflexologia Reiki Gestalterapia
Jade	Procurei um psicólogo	Sim, minha irmã e meu pai	Eu concordo apenas em casos graves	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Aromaterapia Cromopuntura Florais de Bach Danças Circulares Sagradas
Ametista	Procurei um psicólogo	Sim, tias	Eu concordo em apenas no começo do tratamento	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Acupuntura Auriculoterapia Cura quântica Florais de Bach Homeopatia Massagem terapêutica Reiki
Esmeralda	Procurei um psiquiatra	Sim, minha mãe	Eu concordo em apenas no começo do tratamento	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Acupuntura Aromaterapia Cristaloterapia Cromoterapia Cura prânica Cura quântica Fitoterapia Florais de Bach Homeopatia Massagem terapêutica Meditação Reflexologia Reiki Tarot terapêutico Terapia de vidas passadas Yoga
Rubi	Procurei um psiquiatra	Sim, minha mãe e irmã	Eu concordo apenas em casos graves	Sim, fiz terapia e tomei medicação	Fluidoterapia Cura de frequência de luz Acupuntura Auriculoterapia Cromopuntura Cromoterapia Meditação Reflexologia Reiki Shiatsu Tarot terapêutico Yoga

Tabela 4 – Práticas terapêuticas conforme o gênero da(o) entrevistada(o)

Como se pode observar na tabela e no gráfico de práticas terapêuticas, várias terapias foram utilizadas pelos sujeitos. As mulheres em especial procuraram uma maior variedade de terapias holísticas.

As terapias holísticas mais utilizadas foram o Reiki, a meditação, os florais de Bach e a acupuntura.

Opções terapêuticas			
Que terapias holísticas você utilizou no tratamento?	Feminino	Masculino	Total geral
Acupuntura	5	2	7
Apometria		1	1
Aromaterapia	4		4
Auriculoterapia	4	1	5
Biodança	1		1
Cristalterapia	1		1
Cromopuntura	3	1	4
Cromoterapia	4	1	5
Cura de frequência de luz	1		1
Cura prânica	2		2
Cura quântica	4		4
Danças Circulares Sagradas	1		1
Fitoterapia	2	2	4
Florais de Bach	5	2	7
Fluidoterapia	1		1
Gestalterapia		1	1
Homeopatia	4	2	6
Iridologia	1		1
Massagem terapeutica	4		4
Meditação	5	1	6
Reflexologia	3	2	5
Reiki	6	2	8
Shiatsu	1		1
Tarot terapêutico	4		4
Terapia de vidas passadas	3		3
Yoga	4		4

CAPITULO 6 – HISTÓRIAS DE VIDA E FACES DA DEPRESSÃO

Como já foi dito, em uma pesquisa que utiliza o método autobiográfico as narrativas são orientadas. Quem conta sua vida para um pesquisador, cuja pesquisa tem um tema e um objetivo, conta com o recorte do objeto. O relato de vida não é o relato de toda sua vida, mas dos eventos significativos para a compreensão do tema tratado, no caso, a depressão e o itinerário terapêutico para lidar com ela.

A narrativa biográfica consiste, então, em um conjunto de lembranças mais ou menos cronologicamente ordenadas, sobre aspectos que o sujeito avalia como mais significativos de sua vida e que atenderiam aos objetivos da pesquisa.

Há que considerar ainda que narrativas de vida não são descrições puras. Contar o passado envolve também analisá-lo, ou seja, sobrepor um olhar sobre ele a partir do presente. Envolve reflexões que ocorrem enquanto se conta, reflexões que já havia sido feitas e outras que foram influenciadas inclusive pelo processo terapêutico.

Como já haviam passado por um processo reflexivo sobre sua depressão, antes e depois do convite para colaborarem com a pesquisa, e na intenção de apresentar uma explicação coerente e consolidada de sua trajetória, os entrevistados tinham já elaborado respostas das razões de terem deprimido.

Tendo em vista que o tema da pesquisa era depressão, as entrevistadas fizeram questão de ressaltar aspectos de suas vidas que foram marcantes por terem provocado muito sofrimento. Esses sofrimentos foram apresentados como as causas da depressão. Além disso, os sujeitos compreendidos como agentes causadores desse sofrimento também eram de certo modo responsabilizados pela depressão.

Essas narrativas estavam repletas de episódios de violência (física, moral, simbólica), abandono, luto, culpa, privação, traição, medo (da rejeição, da violência, da morte, do fracasso, do julgamento e do sofrimento), desvalorização de si, por si e pelos outros.

Entre os aspectos principais chamam atenção nesses depoimentos, o primeiro é o modo como os sujeitos apontam os outros como responsáveis por sua dor. O sofrimento

provocado pela depressão tinha causas e culpados. Parte da dor é ela ter sido imposta por sujeitos significativos. Nas narrativas, as violações apresentadas partiram da mãe, do pai, do cônjuge, namorado, tio, primos, colegas de escola.

Esse capítulo traz uma primeira parte das narrativas, sobre como foi a vida dos entrevistados. Os relatos estão repletos de sofrimento, numa exposição bastante negativa do passado, apresentado como uma sucessão de dores e violações.

6.1 Sofrimento e negação da alteridade

Berilo

Berilo é um rapaz jovem, branco, de estatura mediana, cabelos castanhos e cacheados, curtos. Um universitário, de família de baixa renda e homossexual. Grande parte de sua narrativa está relacionada ao sofrimento causado pela discriminação e violência sofrida desde a infância, na escola e em casa, em razão de sua orientação sexual. Violência essa perpetrada especialmente pelo pai, mas também por colegas de escola. Em seu depoimento foi destacado como sua infância e juventude foram marcadas pela necessidade de esconder das pessoas que ele sentia atração por meninos.

Negar sua “anormalidade” (forma como ele se referia a sua homossexualidade) era uma autodefesa contra a violência que ele julgava sempre eminente. Seu relato trata da criação dolorosa e minuciosamente ensaiada de uma performance de masculinidade que lhe era exigida. Deslizes de performance lhe rendiam violências físicas, morais e ameaças que fizeram de sua infância e adolescência um período de profunda angústia e medo. A falta de aceitação pelos outros de sua homossexualidade, algo que passou a defini-lo muito fortemente, as violências e a necessidade de uma performance teatralizada, foram apresentadas como as grandes razões do seu estado depressivo.

A vida passou a ser de tal forma insuportável que Berilo provocou três tentativas de suicídio. A frustração e mesmo incredulidade que sentia depois de ter visto que sobreviveu a cada uma delas fez com que desistisse do suicídio.

Na época da entrevista, Berilo estava à beira de receber alta do psicoterapeuta e havia reduzido a medicação psiquiátrica. Acreditava que esses profissionais e as terapias

holísticas contribuíram para a melhora do forte quadro depressivo em que se encontrava. Abaixo estão os principais trechos de seu depoimento.

Berilo começou sua narrativa contando de como seu desejo sexual por meninos foi percebido desde cedo na escola.

Na escola, eu comecei a identificar que eu tinha alguma identificação com esses meninos mais afeminados, no sentido das coisas que às vezes eles comentavam, dessa atração pelo mesmo sexo e, da mesma forma, com algumas meninas que eu convivia que expressavam isso. Eu comecei a me identificar com essas pessoas no sentido de que existia alguma coisa em comum, mas eu não sabia explicar. Mas, até os oito anos de idade, eu não sabia relacionar esse meu desejo, atração, a ser gay, homossexual, ou qualquer coisa assim.

A identificação com a homossexualidade ocorreu em decorrência tanto do reconhecimento do desejo como da percepção da violência e hostilização que esse desejo provocava nas pessoas a sua volta. Imediatamente, do medo de que a identificação fizesse com que essa hostilização e violência se voltasse contra ele.

A partir do momento que esses meninos na escola começaram a ser hostilizados e xingados, ser chamados de gays como xingamento, ser hostilizados, eu comecei a relacionar aquilo que eu sentia ao que era ser chamado de gay e eu passei, acredito que principalmente por causa da reação dos meus pais, eu passei a controlar mais o que eu fazia, o que eu falava, eu pensava mais antes de falar.

Berilo narrou um episódio de um menino identificado como gay que foi espancado por outros meninos da escola e ele assistiu e não ajudou o garoto por medo de ser a próxima vítima do grupo. Depois desse fato, medo e culpa pela omissão se juntaram para aumentar seu mal-estar.

Bom eu me lembro que tinha um menino que era sempre xingado, teve um dia no recreio que ele foi espancado, aquilo me deixou muito perturbado, principalmente porque eu estava ali e eu assisti o começo daquilo e eu abaixei a cabeça e sai dali com medo de que sobrasse para mim de alguma forma. Me veio um sentimento forte de culpa, de omissão, fiquei extremamente mal.

O comportamento considerado como feminino, prova de homossexualidade, passou a ser alvo de vigilância do pai e, por consequência, de si mesmo. Berilo era constantemente sujeitado à violência psicológica realizada pelo pai, que afirmava que homossexuais não eram dignos de afeto e respeito, mas de violência.

Mas à medida que eu mantinha o mesmo comportamento, eu percebo que meu pai começou a ter uma reação mais incisiva e quase todas as coisas que me lembro de ele falar para mim era no sentido de, na cabeça dele de evitar que eu fosse homossexual. Eu acho que ele acreditava que ele evitaria aquilo. Eu já tinha dado

mostras, né, daquele desejo anormal, né. Ele queria evitar aquilo de todas as formas.

Eu lembro de algumas situações de que uma tia minha, que nessa época morava com a gente, ela tinha um amigo na escola. Ela era universitária na época, ela tinha um amigo que era bastante afeminado e ele era casado inclusive. E ele ia às vezes lá em casa, todas as vezes que ele ia lá o meu pai me chamava num canto, no quarto, em um lugar reservado, depois ele me falava: “Tá vendo como ele é, ele é um viado. Olha como ele fala, olha como ele anda. Você viu como ele fez com a mão? Você viu como ele pegou o copo? Você viu como ele sentou? Tudo isso é gente que é sem vergonha que faz, porque é um viadinho, um boiola e você tá vendo como que são essas pessoas? Essas pessoas, ele estuda, ele faz faculdade com sua tia, mas em qualquer lugar que ele for quando ele sair as pessoas vão falar dele como eu estou te falando agora, nunca ninguém vai respeitá-lo. Não adianta ele fazer nada, não adianta ele estudar, ele trabalhar nunca ele vai ser nada. Nunca ele vai ter respeito, sempre as pessoas vão falar dele. Você viu que aqui todo mundo trata ele bem, mas no final, na verdade ninguém gosta dele”.

Ainda criança, a repressão do pai à homossexualidade de Berilo transformou-se em violência física. Ele narrou uma cena cotidiana, vendo televisão com o pai, em que teve um gesto de indiferença à tentativa do pai de estimulá-lo a comentar sobre uma mulher que apareceu na tela mas, posteriormente, de forma espontânea, demonstrou admiração por um homem dizendo que o considerava bonito. Logo após esse comentário que lhe pareceu inocente, foi surpreendido com uma surra aplicada pelo pai. A partir de então, passou a fantasiar que seria assassinado pelo pai em razão de gostar de meninos.

Ai eu lembro que a partir de determinada situação ele ficou mais incisivo ainda, eu estava assistindo televisão com ele uma vez na sala e eu lembro que ele estava deitado no sofá e eu deitado no colchonete no chão e aí em uma determinada cena ele comentou de uma mulher, falou que ela era bonita, tinha um corpo de tal forma, “Olha, olha como que ela é meu filho”. E eu olhei e fiquei lá e não falei nada. Logo depois apareceu um homem e eu comentei “Eu acho esse homem bonito”, eu falei bem exatamente isso. E eu lembro que foi uma coisa bem espontânea, eu devia ter uns nove anos na época. Eu me lembro que ele ficou bastante assustado, com uma cara bastante irritada, levantou do sofá em um movimento brusco e me pegou pelas pernas de cabeça para baixo e foi me batendo até me jogar na cama no quarto. E eu comecei a fantasiar que a qualquer momento ele poderia descobrir que eu era gay e isso mais ou menos com meus 10 anos já, qualquer momento ele poderia descobrir que eu era gay e me matar.

O medo da violência do pai e dos amigos da escola fez com que Berilo tivesse que começar a encenar uma masculinidade que não reconhecia como sua, mas que o protegia da violência. Por isso, cada gesto e comportamento em público passou a ser cuidadosamente desempenhado para não confirmar aos outros sua homossexualidade. Ele

passou a falar e andar menos na frente das pessoas para que seu jeito de falar e andar não entregasse o seu segredo.

Conforme bem explicou Louro (2000), as possibilidades de vivência da sexualidade, ou seja, das formas de expressar os desejos e experimentar prazeres, também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas, definidas a partir do gênero, moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. A homossexualidade é uma das formas socialmente reprovadas de se viver a sexualidade, junto com diversas outras.

Berilo aprendeu cedo que seu medo de ser violentado por ser homossexual tinha razão de ser. Percebeu no seu cotidiano que o ódio aos meninos cuja sexualidade não atendessem aos padrões hegemônicos produz muita violência.

Teve que analisar quais eram as expectativas sociais para um homem heterossexual no que diz respeito a cada gesto e simulá-la. Sabia que para evitar ser violentado precisava exibir uma performance de gênero socialmente aprovada.

Eu comecei a pensar nas coisas que meu pai falava sobre não andar, não falar e eu passei a ter outro comportamento na escola, não falava. Até então, eu queria sempre apresentar os trabalhos, tinha um desenvolvimento na escola muito bom. Eu quis me sentar no fundo, ficava vendo se tinha alguém me olhando e se alguém me olhasse eu já ficava pensando “Será que ele conhece alguém da minha família?”. Eu ficava atrás dessa pessoa que achei que tinha ficado me olhando, para ver se ela ia na saída da escola encontrar alguém da minha família ou qualquer coisa assim. Eu evitei ao máximo andar, eu criei algo meio metódico na minha cabeça. É pensando em possibilidades, inclusive estatísticas, se eu ando dois minutos até a sala de aula eu tenho risco assim, um risco bem menor. Eu não ia mais pra escola de ônibus, eu ia de bicicleta eu deixava a bicicleta na minha casa bem perto da saída da casa, bem perto da entrada da sala, pra andar o mínimo possível.

Como mostrou Butler (2003), gênero está relacionado a um “agir como”, a exibir uma performance que demonstre que a subjetividade está produzida de modo a atender às normas. O eu é produzido a partir da reiteração das normas relacionadas ao gênero e à sexualidade. A resistência a essas normas é possível, mas o sujeito que resiste é colocado no lugar do inteligível, abjeto, desprezível e odiado. Como afirma a filósofa “Dessa forma, a nomeação do sexo é um ato performativo de dominação e coerção que institui uma realidade social através da construção de uma percepção da corporeidade bastante específica. A partir dessa perspectiva pode-se entender que o gênero é uma ‘identidade

tenuamente construída através do tempo’ por meio de uma repetição incorporada através de gestos, movimentos e estilos” (Butler, 2003:200).

O medo de ser descoberto fez com que essa vigilância sobre si mesmo durasse toda a adolescência, até quando conheceu um rapaz por quem se apaixonou e decidiu revelar para a família sua homossexualidade.

Quando eu entrei na universidade com dezessete anos, eu fui eu tive a minha primeira experiência e de imediato eu pensei que eu deveria contar para todo mundo em casa, para minha mãe, para minha tia, para meu irmão e eu comecei a pensar como vai ser aquilo. E eu me senti muito apaixonado por esse rapaz que eu fiquei pela primeira vez e aí eu resolvi contar para uma tia minha. Eu cheguei nela e falei: “Olha eu sinto atração por homens e não por mulheres” e eu chorei muito, mas não por... chorei muito por um sentimento de alguma magoa também, por eu ter querido contar por outras vezes, sabe. E ali eu estava dando um informe somente.

No entanto, a tia o aconselhou a não contar para o restante da família e ele acatou a sugestão. Mas decidiu procurar um psicoterapeuta para ajudá-lo a lidar com seu mal-estar.

Esmeralda

Esmeralda é uma mulher branca, cabelos loiros e cacheados, estatura mediana. Com um tom de voz sempre suave.

Esmeralda sofreu desde a infância em decorrência de visões de pessoas que não estavam vivas e que falavam com ela. Ela classificava essa capacidade de ver e falar com pessoas invisíveis como o seu “problema”. Segundo contou, essas visões muitas vezes lhe causavam medo, tanto que orava diariamente junto com sua avó para afastá-las. Além do sofrimento causado pelas próprias visões havia dois outros agravantes. Um deles era o preconceito da família e amigos diante desse fato. Essas visões e a própria Esmeralda passaram a ser relacionadas ao estranho, ao demoníaco, à bruxaria.

O segundo era o receio de que fosse diagnosticada com esquizofrenia e internada em um hospital psiquiátrico, como ocorreu com sua mãe. Esmeralda contou que foi marcante para ela ter visto a mãe sair de casa em uma camisa de força, levada por homens

para um hospital psiquiátrico exatamente porque via coisas e pessoas que ninguém mais via.

Dentro da perspectiva psiquiatra, comportamentos impróprios ou indesejados muitas vezes são classificados como patológicos e medicalizados (GOFFMAN, 2011). Diagnosticar e medicalizar é uma das formas de garantir ao estado e às instituições o poder sobre os corpos (FOUCAULT, 2006)

A visão constante de pessoas que os outros não viam, o medo de ser classificada como louca, a rejeição das pessoas por causa de seu “problema” causou a Esmeralda um sofrimento que durou grande parte de sua vida, desde a infância.

A incredulidade dos outros diante de sua experiência e os transtornos provocados pelas revelações do que via e ouvia fizeram com que ela decidisse se manter mais reservada. Ela demorou a se decidir por fornecer a entrevista e pediu para que vários trechos fossem mantidos em sigilo, portanto, não foram usados no trabalho. O contato com santos e espíritos de personalidades muito conhecidas estão entre os elementos que ela não gosta de compartilhar, pois são os que ela considerava que causava mais desconfiança.

Esmeralda casou-se e, devido ao seu comportamento inconstante, o marido sugeriu que ela procurasse um psiquiatra, o qual a diagnosticou a depressão. Somente depois que entrou em contato com espíritos que definiam o que ocorria com ela não como loucura ou invenção, mas como mediunidade, é que seu sofrimento e depressão começou a aliviar.

Para Esmeralda, o incomodo com as visões tornou-se especialmente significativo quando se tornou a razão de certo desprezo da família por ela.

Desde que eu me lembro, com uns seis anos, eu me lembro de brincar e conversar com crianças que somente eu via. Pra mim isso era natural, mas meus primos me chamavam de estranha e eu ficava triste. Lembro quando, às vezes, vinha alguém diferente na família e eles me apresentavam pra pessoa e logo diziam “Não liga pra nossa prima não, ela é estranha, não fala com ela não”. Toda a parte evangélica da minha família me desprezava por isso, não gostavam de mim porque eu via espírito. Achavam que era coisa do demônio.

O medo de visões constantes fez com que Esmeralda passasse a dormir com os pais e orar diariamente com a avó para espantar o que as duas já compreendiam como espíritos.

Logo eu comecei a dormir com os meus pais porque eu tinha medo dos rostos que eu via e das vozes que eu ouvia o tempo todo. Eu via pessoas vindo falar comigo, algumas eram bem feias e eu fiquei com muito medo.

Minha avó materna foi quem me ajudou muito. Ela sabia sobre minhas visões e fazia eu rezar o terço todos os dias pra afastar os espíritos. Todos os dias ela rezava o terço comigo e isso realmente ajudou.

Esmeralda contou que além de ver e falar com espíritos, desenvolveu desde a infância a capacidade de prever acontecimentos e de ler os pensamentos das pessoas. Isso trouxe para ela muitos transtornos, afastava as pessoas que tinham medo dela por isso e ela passou a entender que precisava silenciar sobre suas capacidades. Falar era correr o risco de ser rejeitada e xingada.

Na escola isso também era um problema, como eu achava que era natural o que eu via ou ouvia eu falava pras minhas amiguinhas e, como coisas que eu falei aconteciam, elas começaram a falar que eu era bruxa, que eu jogava praga nas pessoas e elas pegavam e todos começaram a me evitar. Ninguém queria ser minha amiga por muito tempo. Daí eu comecei a entender que pra ter pessoas por perto eu precisava ficar calada. Só assim eu pude fazer algumas poucas amizades na escola.

Mas, seu maior medo era de ter o mesmo fim de sua mãe, internada em um hospital psiquiátrico. O episódio da internação da mãe foi muito marcante para Esmeralda, dia que mudou sua postura diante dos outros por medo de ter o mesmo destino. Ficou claro para ela que nem o espaço familiar era seguro falar de seus problemas ou dons. A mãe fora levada de casa, com o apoio da família, tida por eles como louca. Era preciso guardar para si o que sofria.

Mas ainda na minha adolescência minha mãe foi internada em um hospital psiquiátrico porque via e ouvia espíritos. Psiquiatras diagnosticaram ela como esquizofrênica. Eu vi minha mãe ser levada para o hospício, o Batuíra, e fiquei com muito medo de me levarem também. A partir desse dia eu parei de falar até na família o que eu via e ouvia. Mais tarde eu descobri que eu conseguia até ler os pensamentos das pessoas, mas daí eu já não falava mais nada. Guardava pra mim meus problemas.

Segundo sua narrativa, a tentativa de se preservar decorreu também em uma vida de muita solidão, amenizada quando já adulta conheceu o homem com quem veio a se casar.

Eu era muito sozinha e tentava sempre entender porque estava acontecendo aquelas coisas comigo.

Eu não pensava em namorar, mas aí na igreja católica eu conheci o Citrino e ele foi muito legal comigo e tentou me ajudar nos meus problemas. Nós começamos a

namorar, casamos e tivemos um filho que atualmente tem 16 anos. Mas eu sempre chorava muito, com frequência mudava de humor e até de personalidade. Meu marido me disse que, às vezes, parecia que eu era mais de uma pessoa. Daí ele falou pra eu procurar um tratamento psiquiátrico. E eu fui.

Síntese analítica

Ser médium e ser homossexual foram dos principais problemas enfrentados por Esmeralda e Berilo. Sentimentos, desejos, experiências com as quais eles tinham que conviver diariamente e que, por isso, eram parte importante de quem eles eram.

De um lado, o dom de ver, falar e ouvir o que quase ninguém mais podia. De outro, alguém que manifestava afeto e desejo por pessoas do mesmo sexo. Condições que para quem vivia parecia normal, porque ocorria independente de sua escolha e desde a infância, mas que trouxe a eles grandes transtornos por não serem como a maioria das pessoas a sua volta. Não podiam partilhar dos benefícios da normalidade, sendo relegados ao lugar da esquisitice, do estranho, da abjeção, do desprezível. Provaram de uma depreciação social tão grande que trazia a ameaça da aniquilação física ou da internação psiquiátrica.

Ambos tiveram que conviver com um conflito interior que era de não ter optado por ter a característica causa de sua rejeição e, mesmo assim, ter que pagar um alto preço por isso: violência, medo, preconceito, rejeição. Para se proteger da violência física, do desprezo, do bochecho, do isolamento social, de uma internação psiquiátrica, tiveram fingir não ser quem eram. No caso de Esmeralda, o silenciamento. Para Berilo, além disso, a adoção de uma performance de gênero minuciosamente calculada para não transparecer sua homossexualidade.

Como atentou Gaulejac (2006), há um aspecto central no sofrimento produzido pelas contradições sociais que perpassam a identidade, que é o conflito interno de não poder ser outro, não poder sair da posição que causa a rejeição social. Resta ao sujeito tentar dissimular, fingir para todos que não possuíam uma característica que eles sabiam que estava lá, adaptar-se a uma realidade insuportável.

Muitas vezes, quando a rejeição social é intensa, ela produz também a autorejeição e autodepreciação. Tanto que Berilo chamava sua homossexualidade de

“anormalidade” e Esmeralda tratava sua mediunidade como seu “problema”. A rejeição do outro é absorvida, transformada em um poderoso sentimento de desvalorização e inferiorização de si mesmo.

Mas mostra ainda mais, que a casa e a família nem sempre oferecem segurança física e emocional. Tanto no caso de Esmeralda quanto de Berilo, eram os pais que estavam no centro de sua preocupação, que poderiam decidir sobre sua internação ou até sobre a vida de Berilo. Ambos aprenderam que parte importante do que somos tem que ser escondido, silenciado, protegido até das pessoas mais próximas, a fim de evitar rejeição e um ataque à sua integridade ou liberdade.

O sofrimento causado aqui, foi exatamente aquele sofrimento de recusa a alteridade, de que tratou Birman (2006). Exemplos de quando a recusa ao reconhecimento pelo outro causa profundo dano psíquico.

6.2 Sofrimento e rejeição

Rubi

Rubi é uma mulher jovem, alta, magra, de pele branca, cabelos castanhos lisos e curtos. Ela faz parte de uma família com um antigo histórico de pobreza, rejeição, abandono e falta de afeto.

Rubi foi entregue pela mãe para ser criada pela avó no começo da infância, com menos de três anos de idade. A mãe alegou que não tinha condições financeiras para criá-la sozinha, já que o pai a rejeitou. A avó, por sua vez, detestava a mãe e o pai da criança e a criou com muita severidade, privação e sem afeto. Rubi conta que a avó até a impedia de sair de casa e ter amigos. A menina tentou suicídio pela primeira vez com nove anos de idade.

Anos depois, sua mãe teve outra filha, que resolveu criar mesmo sem a ajuda do pai e na pobreza, o que fez com que Rubi se sentisse ainda mais rejeitada. Na juventude saiu da casa da avó e foi morar com a mãe. No entanto, contou que se sentia tratada mais como uma babá da irmã, que ela via como a filha mimada, amada e protegida pela mãe.

Segundo Rubi, ela sempre viveu com muito pouco, em grande pobreza. Seu material escolar, sapatos e roupas que usava eram sempre doações. Mas destacou em sua narrativa que foi a falta de afeto que a marcou profundamente. Na juventude, casou-se para sair do sofrimento que era viver com a mãe e a irmã, mas descobriu também em seu casamento uma fonte de insatisfação. Começou a desenvolver vários problemas de saúde sem nunca obter qualquer diagnóstico que explicasse seus transtornos até que foi diagnosticada com depressão. Desde então, passou por diversos tratamentos até desistir dos remédios psiquiátricos e procurar as terapias holísticas.

Sua narrativa começou com o sofrimento causado pela falta de afeto da avó que a criou. Conforme conta, a história de sua família estava marcada pela rejeição tanto de mulheres por homens quanto de crianças por seus pais. Seu avô teria abandonado sua avó e os filhos. Em razão da semelhança física com o pai, sua mãe foi alvo da rejeição de sua avó. Quando adulta, foi a vez da mãe de Rubi ser abandonada pelos homens com quem teve suas filhas. No entanto, a mãe abandonou apenas Rubi, entregando-a a avó materna. A

outra filha que a mãe de Rubi teve foi criada por ela, apesar da pobreza e falta de apoio do pai, razões alegadas para não ter ficado com Rubi.

Além do abandono, a falta de afeto era comum na família, como relatou Rubi.

A minha avó foi criada num regime de que filho é lá no quintal, brincando, não pode ficar muito perto dos mais velhos, não pode dar opinião e ela que passou isso pros filhos. Então, a dificuldade em que foi criada, ela passou isso pros filhos e pros netos que ela foi criando. Então, zero de amor, zero de carinho.

Eu falo: “Gente, como é que a minha mãe me deixou morar com a minha avó sendo que a minha avó nem gostava dela?”. Porque a minha mãe é a única filha que fisicamente se assemelha ao meu avô. Ela é mais morena, do olho verde e a minha avó, ela é muito branca, galeguinha, do cabelo loirinho. E os outros filhos todos saíram loiros da pele mais clara, então, ela é a única que saiu mais morena igual ao meu avô. E ela, quando o meu avô abandonou ela, quando ela tinha mais ou menos uns 40 anos, minha avó, ela dispensou toda a raiva que ela tinha do meu avô em cima da minha mãe. Então, a minha mãe tinha essas coisas de xingamento, de briga e tal, da minha avó tentar tirar ela de perto, dar ela para as minhas tias criarem, essas coisas, por ela ser parecida com o meu avô. E a minha avó deixava isso bem claro.

O sofrimento causado pela criação da avó fez com que Rubi tentasse suicídio aos nove anos de idade. A tentativa de suicídio se frustrou e Rubi continuou sob os cuidados da avó até os 14 anos.

Então, mais ou menos com nove anos eu me lembro de ter tomado alguns remédios que ela mandou jogar fora e eu guardei e acabei tomando eles. Tive uma bela congestão, mas nada mais do que isso.

Quando decidi vir para Goiânia morar com a mãe. Mas teve que ouvir da mãe que sua decisão foi a pior coisa que lhe aconteceu.

Aí com 14 anos eu vim pra Goiânia. Eu lembro muito bem do dia que eu cheguei, minha tia me trouxe, minha mãe foi me pegar na rodoviária, ela disse o seguinte: “Pérola, a pior coisa que aconteceu na minha vida foi a Rubi ter vindo pra Goiânia”. Nisso ela já tinha uma outra filha quando eu cheguei aqui em Goiânia e aí você fica com aquele sentimento: “Putz, a outra ela criou, a outra ela cuidou, querendo ou não. Eu, eu chego e ela me rejeita”.

Segundo Rubi, a convivência com a mãe e a irmã foi marcada por conflitos e violência. Em decorrência desse ambiente, passou a desenvolver diversas doenças, de acordo com ela, resultado de seus problemas emocionais.

A convivência com minha mãe não deu muito certo. Eu, por várias vezes, assim, ainda adolescente, eu ia nos médicos e eu tava com dor de cabeça, tava com um problema ali, outro aqui, problemas de estômago. Eu desenvolvi problemas de

colo irritado, que são problemas do intestino relacionado à emoção, problemas estomacais, gastrite, desde cedo.

Fui vivendo. Até os 17 anos eu fiquei quieta, simplesmente aceitando. Fazendo a mesma coisa, acho, que eu fazia com a minha avó, só que agora era porque eu queria. Quando podia, eu saía de casa, eu não... Eu sentava nas calçadas do setor, porque não tinha pra onde ir, eu ficava sentada no setor até a hora que as duas dormissem pra mim voltar pra casa.

(...) Chegou ao ponto de eu fazer o meu namorado levar a minha mãe a fazer corpo delito, porque a Jasmine tinha batido nela, as facas de casa ficavam escondidas, eu acordava com grito, eu dormia com grito, com xingamento, briga das duas e a minha mãe tentando controlar a Jasmine. O pai dela veio tentou, que também era ausente... No final desistiu dela. Chegou ao ponto de, quando ela fez corpo delito, a Jasmine ficar presa de uma noite pra outra no Juizado.

A tentativa de reaproximação com o pai também não foi bem sucedida.

Como não sou só eu filha do meu pai, todos se reuniram no dia dos pais, que era antes do meu aniversário, que meu pai nunca lembrava também, nunca. Ok. Eu fui e, mais uma vez, eles falam sem pensar, eu do lado, atrás, ele sentado conversando com um primo, ele fala: “Nada, filho é igual cachorro. Ele, se quiser, corre atrás do dono”. Falei: “Pois bem, essa cachorra aqui tem vergonha na cara e ela não corre atrás de dono nenhum”. Desse dia em diante eu falei pra minha mãe, falei: “Nunca mais vou atrás dele, nunca mais. Eu não vou ficar atrás de ninguém que nunca se importou comigo”.

Passos (2011) destaca que há tanta desintegração na sociedade contemporânea que a família poderia ser o lugar de refúgio e certezas, mas não é o que tem ocorrido. Há muitas famílias incapazes de cumprir com suas funções de cuidar, educar e socializar seus membros. Lidam com as crianças de forma que causam desilusões, fragilidades na formação do eu, nas relações intersubjetivas. Uma boa formação psíquica e física de uma criança exige um processo de parentalização que permita o amadurecimento das crianças, privilegie uma aproximação entre pais e filhos e formem cuidadores capazes de investir psiquicamente nas crianças em situação de desamparo. Todas estas são questões fundamentais à criação dos laços, indispensáveis ao amadurecimento e à saúde psíquica.

Birman (2007) também atenta que a fragilidade dos investimentos narcísicos primários, suscitam perturbações psíquicas, que promovem descargas sobre o corpo e a ação dos sujeitos. Cria na criança uma dificuldade de se relacionar com os outros e consigo mesma. Sentindo-se ainda desamparado, pois não foi capaz de superar o desamparo infantil, o sujeito produz defesas psíquicas e formas de agir que podem resultar em violências contra si mesmo e o outro.

Aos 17 anos, Rubi tornou-se a provedora da casa, em decorrência do desemprego da mãe. Mas, ao contrário de isso perturbar, foi mais uma solução para escapar da convivência.

Com 17 anos, a minha mãe perdeu o emprego que ela tava e veio pra dentro de casa. Ficou desempregada e eu arrumei um emprego o mais rápido que eu pude pra eu sair de dentro de casa, e fiz minha mãe ficar com a Jasmine. Sai. Sai, comecei a trabalhar. Passei mal, passei. E as coisas foram indo. Mas minha vontade era com 18 anos sair de dentro da casa da minha mãe. Sumir e desaparecer pra ela não ter notícias minha nunca mais.

Mas logo começou a dificuldade de se manter nos empregos por causa das crises de depressão. Ela estava sempre mudando de emprego. A depressão que lhe provocava esta instabilidade era vista como resultado da falta de afeto durante toda sua vida.

Aí eu perdi o meu primeiro emprego, entrei numa crise... Numa época de depressão. Cheguei em casa e fui e arrumei outro. Sai, arrumei outro. Fiquei doente de novo, mas não resolvia, porque, novamente não tinha nada físico, mas sempre emocional, sempre falta mesmo de afeto. Aquela velha história né: “Não teve o amor até os 14 anos e daí pra frente também não teve”.

Silenciamento e submissão passaram a fazer parte de sua rotina para conseguir ter companhia, uma família. O casamento foi uma forma encontrada para sair da casa da mãe e ter alguém.

Casar, eu sair da casa foi ótimo (risos). Foi ótimo ter saído. Só que a gente, acaba se encontrando a pessoa... Acaba ficando dependente de uma outra pessoa. Não foi uma... Não me liberei. Eu sai de uma prisão e fui pra outra.

Então, o casamento já era uma carência, já era um apego pra tentar suprir uma necessidade. Então, não foi por amor, mas é claro que você acha que é por amor no começo, né? Toda aquela coisa da depressão e você se apega à pessoa. Então, ela apronta, faz “n” coisas erradas, faz um monte de coisas que te decepiona e você tá lá com a pessoa porque é o que você tem. A família dele acabou sendo a minha família. Então, chegou a um certo ponto de que a sobrinha dele me chamava de tia. Então, eu era a tia que fazia datas comemorativas, era eu quem comprava os presentes, era eu quem lembrava, sabe? Então, eu fui aceitando muitos defeitos que a pessoa tinha, como a bebida, a questão financeira de ser totalmente louco, na questão financeira não se preocupava muito.

Para alcançar seu objetivo de ter alguém, ter uma família, Rubi voltou a anular-se e a se tornar provedora da casa.

Então, eu me anulei novamente, totalmente, passei a viver a vida dele. Vivía a vida dele e da família dele. Eu assumi as contas da casa, a casa, tudo nas minhas costas. Então, as minhas dividas, o que era meu, as minhas contas, as incumbências que eram minhas e as que eram dele. Eu fazia tudo.

Sua preocupação era manter a satisfação do marido com ela, não dar motivos para ele reclamar dela. Isso em vários aspectos, como financeiro e sexual. Mas chegou o momento em que ela não suportou mais e decidiu se separar.

Nesse ponto ele já vinha me beijar e eu já não queria. Já meio que, que nojo, tocar, acabava evitando ele. E era por obrigação, não era... Realmente era ruim, era... Eu ficava pensando que eu não era capaz, que era problema comigo. Cheguei a fazer vários exames. Fui em médico tentar descobrir várias vezes se eu tinha algum problema. E eu não tinha nenhum problema. Era tudo emocional, tudo... E como eu tenho essa facilidade muito grande para bloquear as coisas, que é uma vantagem em alguns momentos e defeito durante a vida. Em muitos pontos, eu acabava me anulando totalmente. Falava: “Ele tava satisfeito? Tá ótimo. Então, ele não tem nada pra reclamar de mim? Tá ótimo.” Sabe?

Rubi afirmou que passou a escolher melhor as pessoas com quem se relacionava, procurando nelas uma maior afinidade. Adotou o lema “antes só do que mal acompanhada”. Conseguir ficar sozinha foi apresentado como um avanço resultante das terapias holísticas e da psicoterapia.

A dificuldade de se manter em um emprego e conseguir se sustentar era o que ainda lhe causava preocupação. Viver sozinha exigia condições para pagar aluguel, se sustentar, arrumar-se como gostaria, cuidar das suas cachorras e fazer suas terapias.

Mas relatou que apesar de não conseguir condições financeiras para arcar com suas necessidades, isso já não causava grande sofrimento porque já havia aprendido a viver com poucos recursos desde a infância, em que morou com a avó. A privação de financeira, de amizades, de companhia e afeto fizeram parte do quadro de sofrimento da sua infância e adolescência.

Então, ainda não é muito fácil, mas sei que vem também de toda essa questão: de que sempre o dinheiro não deu. Sempre o dinheiro faltou. No final das contas eu acabei estudando com o básico do básico. Meu caderno era aquele que o colégio dava, os livros eram que o colégio dava, a blusa de uniforme era uma, às vezes, até usada de alguém que dava. Então, eu lembro que sempre foi roupa usada, sapato usado, chinelo usado, tudo dos outros.

Nos relatos de Rubi ela tratou da negação de qualquer conforto, mas também da proibição da avó de que tivesse amizades. Então, além da carência financeira, ela era submetida a uma grande privação afetiva, não recebia carinho e não podia ter amizades. Contou que os maus tratos da avó ainda a atormentava, em forma de pesadelos.

Eu lembro uma vez com a minha prima, a gente devia ter uns 7, 8 anos, que ela chegou no portão com uma boneca na mão, me chamando pra brincar. Ela xingou ela toda, de vagabunda pra cima, do portão pra fora. Porque eu não podia.

Eu lembro que o corredor era muito grande, o portão. Eu até tenho pesadelos... Até essa noite mesmo eu tive um pesadelo com a casa da minha avó (risos). Com ela, com a casa, com o quintal, com tudo.

O desejo de morte era constante. Mas a ideia de suicídio parou por medo de uma punição na vida após a morte do corpo. O contato com a crença espírita, que afirma a sobrevivência do espírito após a morte e aponta o suicídio como algo ruim, fez Rubi continuar desejando a morte, mas perder a coragem para provocá-la, pois seria punida depois da morte, em outra dimensão espiritual. Juntou-se a falta de coragem para morrer e a falta de vontade de viver. A possibilidade de a morte ser pior do que a vida que levava fez com que desistisse do suicídio.

Acho que passei muito tempo querendo morrer, muito tempo. Só que eu já não tinha mais coragem (choro). Quando eu cheguei em Goiânia foi quando eu conheci o espiritismo e eu sempre fui muito ligada nessa parte espiritualista e tal. Acaba que aí eu não tinha mais coragem pra fazer, mas eu queria morrer (choro).

(...) Então essa... Esse esclarecimento de que a coisa poderia piorar em vez de melhorar que me fez parar de querer morrer, mas não a situação em que eu estava vivendo, sabe? Teve algumas vezes até durante o casamento que eu queria morrer. Que eu falava que queria morrer. Só que eu não tinha coragem de tomar o remédio porque eu não queria que piorasse a situação, eu queria morrer para melhorar, mas... “Vamos esperar aqui e vamos ver o que que acontece”.

O espiritismo ajudou Rubi a construir uma resposta para questões que ela tinha como inexplicáveis e importantes na sua vida, como o abandono e rejeição familiar, a preferência da mãe pela outra filha. A partir dele, ela descobriu que sofrimentos dessa vida seriam resultado de vidas anteriores. Somente assim ela pode aceitar que uma criança que nunca fez mal a ninguém pudesse ser rejeitada e maltratada como ela foi.

O espiritismo ele te diz, te dá algumas respostas, tipo “os porquês possíveis de ser isso numa outra vida, no mundo espiritual”. Então, você acaba falando assim: “Opa, pera aí, tem lógica realmente. Uma criança de dois anos não fez mal nenhum pra ninguém abandonar. Uma criança de sete anos não fez mal nenhum pra ninguém rejeitar”. Então, o “porquê” eles fizeram isso.

Rubi compreendia que vivia deprimida há tanto tempo que a depressão se tornou um modo de ser. Sujeitar-se para ter alguém, para não incomodar, para ter companhia, silenciar faziam parte de quem ela era os últimos anos. Na sua opinião, o tratamento de que precisava para se libertar da depressão deveria dar a ela condições de aprender uma outra forma de ser, que não fosse deprimida.

Então, você cortar esse vínculo com isso é difícil, não é fácil. Ainda mais porque eu me mantive presa dentro dessas coisas de olhar fixo mesmo, foi 23 anos fixo numa depressão, num jeito de ser, sabe? Numa coisa colocada por tudo aquilo que eu vivi. Eu fui contar isso na primeira vez que eu fui num psicólogo e ouvi coisas que: “Não, pera aí, não é assim. Calma, vamos olhar por um outro ângulo” sabe? Então, não é fácil em 1 ano e meio tirar 23 anos ou 30 anos de depressões, de palavras, de jeitos de viver que foram colocados né? Que foram ensinados né?

Enfim, Rubi foi uma garota a quem a vida negou quase tudo o que desejava, a ponto de já não desejar. Aprendeu desde menina a não pedir porque não iria ter, fosse algo material ou afeto. Sujeitou-se a ser provedora, invisibilizar seus sentimentos, nunca reclamar, para não enfrentar a solidão. Tudo isso resultou em adoecimento físico e psíquico. Assim, descreveu-se como alguém que sempre foi deprimida.

Cristal

Cristal é uma mulher jovem, magra, de pele morena, cabelos longos e lisos, estatura mediana.

A história de Cristal foi narrada por ela como de uma pessoa que sempre foi introvertida, se sentia rejeitada pelo pai e mãe que preferiram suas irmãs. Descreveu-se como uma pessoa que sempre foi muito inteligente, dedicada aos estudos, mas com muita dificuldade para relacionamentos e para conseguir emprego. Além de se sentir rejeitada na família, foi também no mercado de trabalho. Formou-se muito jovem em química, uma área tida como masculina e, por isso, não conseguia emprego. Viu-se diante das cobranças da família e de si mesma por sucesso profissional e independência financeira. Teve que se suportar um período de desemprego, formada mas ainda dependendo financeiramente dos pais. Para sair dessa condição, aceitou trabalhar em um cargo que exigia apenas ensino médio, mas ficou grata pela colocação.

A dificuldade para conseguir emprego, se relacionar com a família, para fazer amizades e manter um relacionamento amoroso contribuíram para uma visão negativa de si. Afirmou na entrevista que a única coisa para a qual prestava era para estudar.

Em sua narrativa apresenta a si mesma como uma garota dedicada aos estudos e gostava do reconhecimento que essa qualidade proporcionava.

Eu fui uma criança normal. Eu fui uma criança que fui cedo pra escola. Minha mãe é pedagoga. Meu pai, professor. Então, sempre foi cobrado e até hoje é a questão do estudo. Eu sempre fui aquela menina que tirava 10 que todo mundo tava de olho, todo mundo sabia quem era Cristal. O dia que eu faltava à escola, eu chorava.

A dificuldade de estabelecer relações afetuosas com a família fez com que colocasse grande expectativas no relacionamentos amorosos. Viu-se desde o primeiro namorado como uma romântica. Mas, por fim, aceitava ficar mesmo com quem não gostava para não ficar só.

A adolescência minha, eu fui muito retraída. Coisa de família. Eu era muito seca também. Beijar, abraçar, assim... Não aprendi isso com os meus familiares e não... Não tive isso em casa e não aprendi a repassar isso. Agora que eu estou aprendendo estando aqui no Centro. Eu não era nem com namorado. A questão da, do convívio com as pessoas, eu sempre tive muita dificuldade. Para mim era o mínimo possível. Tudo nas regras.

Depois veio os primeiros namoradinhos. No meu primeiro namoradinho eu tinha 12 anos, aí eu descobri que eu era romântica demais e que eu gosto. E eu sou pisciana, pisciano é daquele jeito, muito emotivo. Leio horóscopo, não qualquer horóscopo, mas cartas, coisas esotéricas sempre me chamaram a atenção. Eu sempre fui emotiva demais e as paixões pra mim, os amores eram pra mim muito intensos... Meu primeiro namorado, eu achava que era para sempre.

O sentimento de rejeição, de que era preterida em favor das irmãs, se reforçou depois que o pai se recusou a pagar faculdade para ela mas pagou para a irmã.

E, nesse tempo todo, na escola, escola, escola, com 15 anos, eu prestei vestibular e passei e entrei na faculdade... Passei pra biomedicina na PUC, que naquela época era Católica, e passei na UEG. A UEG é de graça e meu pai e minha mãe falou: “Olha minha filha, tu vai na de graça. Não temos dinheiro pra pagar faculdade” Só que ele pagou faculdade pra minha irmã, né?

Entrar na faculdade muito jovem, com 15 anos, fez com que Cristal se sentisse deslocada. Na universidade, não bastava tirar boas notas para desfrutar do reconhecimento dos colegas, era preciso ter habilidades sociais que ela nunca tinha desenvolvido. A entrada precoce mostrou que ela era imatura para conviver os universitários que conheceu e fez dela muitas vezes motivo de deboche por parte dos colegas.

Entre na faculdade, foi horrível porque eu tinha 15 anos de idade. Eu cheguei num lugar que as pessoas faziam piadas e você não entende. O pessoal sai pras farras e você não sai porque eu sou de menor, eu não bebo.

Todo lugar que eu estudei, eu sempre fui a precoce, então o povo sempre ria na minha cara, sempre me falava as coisas e falava: “Cristal, leva na malícia. Cristal, entende e tal.” E eu nunca entendia. Eu era muito menininha, era muito bobinha, sabe? Então, só no último ano da faculdade que eu cai na real que eu tava na faculdade, sabe? Que eu entendi que aí eu fui sair com colegas, fui beber, fui pra uma boate, fui namorar, essas coisas.

Contudo, tão ruim quanto o deslocamento social foi o profissional. Ser formada e não conseguir trabalho e passar bastante tempo dependendo dos pais mesmo com diploma deu início a sua depressão. Cristal descobriu que conhecimento e diploma não eram qualificações suficientes para conseguir um emprego na sua área e teve que aceitar um cargo inferior à sua qualificação e sua competência para aprender, algo que era seu grande motivo de orgulho.

Fiz o curso de química... Eu queria ser cientista. Terminei o curso com 19 anos. Formei e fiquei um ano desempregada, porque eu formei e eu não consegui contatos, eu não fiz a minha rede de contatos. Fiz um estágio, mas o estágio foi na área farmacêutica. Aí nesse meio tempo que eu terminei o curso, eu dei aula de pró-labore, esses contratos temporários do governo. Terminou o contrato, pé na bunda. Fiquei na rua, aí eu fiquei dependendo de pai e mãe durante um ano. Foi a época que a depressão chegou.

Depois eu prestei um concurso pra trabalhar numa indústria farmacêutica. Passei no concurso nível médio, eu com diploma. Na época eu queria qualquer coisa. Trabalhei de caixa de supermercado.

O cargo inferior a sua formação e o ambiente de trabalho desconfortável fez com que ela distinguísse sinais de depressão. Cristal descreveu seu trabalho com bastante sofrimento e como sendo uma ocupação injusta para ela. O cansaço e o nervosismo constante foram os primeiros sinais de depressão reconhecidos por ela. Estava submetida a condições de trabalho muito ruins e abaixo das suas capacidades, sofria e ainda se culpava por isso, por aceitar estar nessa posição.

Eu trabalhei nessa indústria e eu comecei a sentir os sintomas da depressão lá. Cansaço, nervosismo, não cumprimentava as pessoas, eu era muito grossa, mal-educada, detestava... Meu turno de trabalho era das 4 da tarde até às 10 da noite. Detestava aquilo lá. Meu salário era um salário razoável. As pessoas não valorizavam. Eu falava: “Meu Deus, eu sou formada. Eu tenho uma bagagem e eu to aqui trabalhando de maquinista”. Eu trabalhava numa máquina a 180 graus Celsius, carregando pó e comprimidos. Comprimidos para serem embalados. Eu sei que o estar lá era culpa minha, foi uma escolha, mas eu achava injusto eu estar lá.

Cristal apontou ainda o seu temperamento muito reservado e a falta de relacionamento com pessoas influentes como empecilhos para melhorar de cargo dentro dessa empresa. Mas isso não fez com que ela elaborasse uma crítica ao mercado de trabalho e suas mazelas, mas a si mesma. Incapaz de participar do jogo, sem condições de oferecer o que políticos e empregadores esperavam de contrapartida por oferecer a ela um emprego.

Muita gente entrava lá, no mesmo cargo que eu, e subia fácil. Mas também eram pessoas mais arranjadas, conversavam, tinham um QI [sigla de “quem indica”, expressão bastante utilizada para se referir à influência de indicações pessoais para conquistas de emprego tanto no setor público quanto privado], tinham um parente político. Porque lá é cabide de emprego. E eu não tinha nada. Tentei conversar com esses vereadores de Goiânia tudo. Viraram as costas tudo para mim, porque eu não tinha dinheiro, não tinha o que as pessoas queriam pra ganhar voto.

Assim, o trabalho, que deveria ser fonte de realização acaba resultando em frustração. Conforme Dejours e Molinier (2008), o trabalho gera muitas vezes um constrangimento patogênico. Os trabalhadores estão submetidos às pressões psicológicas, à discriminação, limitações e múltiplas perdas, inclusive de autoestima e de perspectivas de desenvolvimento profissional, o que produz uma “descompensação psíquica”. Sendo assim, problemas como a depressão se deve aos diversos constrangimentos que o trabalho exerce sobre o corpo e a mente do trabalhador, através de uma sobrecarga de estimulações, imposições contrárias às suas necessidades pessoais, inclusive fisiológicas.

Conforme relatado por Cristal, outro indicativo de depressão, além da intolerância para lidar com os outros, era a relação com o corpo. Engordar, não se arrumar de acordo com os padrões desejados para uma mulher passaram a ser reflexos e também causa da depressão. Além disso, havia a cobrança que ela recebia dos pais por sucesso profissional e o namorado terminou com ela por ter engordado.

Aí foi o... Comecei a engordar, engordei 20 quilos, cheguei a pesar 100 quilos. Comecei a não querer me arrumar, o meu... Comecei a ter problemas com o meu ex-namorado. Brigava muito com ele, chorava muito, qualquer coisinha queria morrer, queria sumir do mundo. Comecei a brigar muito com a minha família, demais. Antes de trabalhar, meus pais brigaram muito comigo pela questão de dinheiro, porque eu era recém-formada “A gente investiu em você, e você não está indo a lugar nenhum”.

Não ter conseguido o lugar social desejável para uma portadora de diploma universitário teria produzido uma imagem negativa de Cristal diante de sua família, algo que a feria muito. Segundo Botton (2005), os sujeitos desejam status, seja financeiro, social ou profissional. A sensação de ter um status elevado é bastante prazerosa. Faz o sujeito se sentir valioso e merecedor de cuidados e amor. Ter status implica ser valorizado, respeitado e valorizado pelo outro. O detentor de status é ouvido e respeitado, torna-se objeto de amor. Em uma sociedade meritocracia, ter status está bastante relacionado a

acumular dinheiro e sucesso profissional. O reverso disso, sujeito que fracassou em ter sucesso profissional e financeiro, é objeto de desprezo. Mais importante ainda, que ele se torna objeto da própria depreciação e desamor, voltando sua agressividade contra si mesmo e também contra os outros. Essa condição pode ser agravada se a depreciação ocorre diante de sujeitos muito importantes para a pessoa, como a própria família.

A depressão fez com que ela precisasse se afastar do trabalho em licença médica.

(...) Aí eu tive que pegar a licença. Peguei uma de 30 e outra de 60 dias, pelo INSS. Adiantou nada, só ficava em casa com mais raiva ainda. Nessa época, o meu namorado já tinha terminado comigo que aí eu fiquei mais acabada ainda. Era a época que eu mais precisei dele e ele me largou. Não tive apoio porque engordei.

O temperamento explosivo, a falta de interesse pelo trabalho e o choro frequente fez com que a mãe de Cristal procurasse um psiquiatra para ela.

E tá, eu comecei a faltar muito o serviço. Falei: “Quer saber, to nem aí não, não quero mais trabalhar não”. Aí minha mãe ficou preocupada: meus rompantes, minhas brigas, meus choros, e me levou num psiquiatra.

Síntese analítica

Há algo de profundamente humilhante e doloroso em não ser objeto de amor e cuidado dos próprios pais, ainda mais quando se sente que os outros irmãos foram.

No caso de Rubi, a pobreza como justificativa para o abandono só foi válida até que a próxima filha nascesse, nas mesmas condições, e não fosse entregue para outros criarem. Ambas as filhas, surgidas em condições semelhantes, de uma mãe pobre e abandonada pelo parceiro, tiveram destinos diferentes. Abandonada pelo pai e pela mãe, Rubi sentia a rejeição cotidiana mesmo de quem aceitou criá-la. Nem o casamento lhe trouxe a gratificação emocional que esperava. Vivendo em condições de intensa pobreza, revelou que seu sofrimento maior foi sempre a miséria afetiva que experimentou por toda a vida. A pobreza material não assustava, aprendera a conviver com o mínimo.

Cristal também sentia que ocupava um lugar desprestigiado na família e tinha ainda a timidez como agravante. Segundo sua narrativa, ela não era a filha protegida e beneficiada, não tinha amigos na escola ou faculdade, não tinha sucesso nos

relacionamentos amorosos e fora rejeitada inclusive pelo mercado de trabalho, tendo que se contentar com empregos abaixo de suas capacidades.

A revolta do sujeito, que seria contra uma sociedade em que mães não conseguem criar seus filhos, em que mulheres grávidas não contam com o apoio dos pais de seus filhos, em que os vínculos estão cada vez mais fragilizados e os empregos inacessíveis e precários, volta-se para si mesmo. Passa a se ver como alguém a quem foi desprezado e desvalorizado, mesmo por quem estava irremediavelmente ligado.

O sofrimento de não pertencer, não criar vínculos sólidos, foi intensificado quando o trabalho não permitiu a autonomia financeira. A precariedade do trabalho que ocupavam e fases de desemprego não permitiram se colocar como independentes financeiramente, aliando assim, rejeição familiar e dependência, especialmente no caso de Cristal.

Rubi não conseguiu conquistar a atenção desejada, o lugar que sempre almejava na vida da mãe, mesmo indo morar com a mãe, trabalhando para sustentar a casa. Cristal, que sempre conseguiu algum reconhecimento se mostrando uma aluna boa, não conseguiu depois dos estudos arranjar um emprego bom, que mantivesse o valor social que tinha diante da família.

Mas, o desejo central delas era conquistar ou manter o afeto e valorização familiar.

Obviamente, o dano psíquico causado por uma situação como essa foi severo. Unem-se mal-estar social, pela escassez afetiva e material, em mal-estar subjetivo, a construção de uma imagem negativa de si mesmo e de sua vida. Mais uma vez, contradições sociais tornam-se contradições subjetivas.

6.3 Sofrimento e violência

Ametista

Ametista é uma mulher jovem, loira, de cabelos lisos, estatura mediana.

Ametista cresceu em um lar com violência doméstica, abandono e falta de apoio familiar. Foi abandonada pelo pai violento. Apanhou de um irmão violento. Sofreu muito por não ter tido uma boa relação com a mãe, que ela culpava por ser omissa diante da violência do irmão e de interferir negativamente em sua vida. Dois fatos foram marcantes para sua depressão, o luto e a gravidez.

Ametista foi um exemplo bastante evidente do quanto à depressão traz profundos sofrimentos. A depressão a impedia de ter um bom relacionamento com o marido, com os filhos e de se manter em um emprego. O tratamento com remédios psiquiátricos, por outro lado, a deixavam “dopada” e a impediam de realizar suas tarefas cotidianas, como trabalhar ou cuidar dos filhos. Segundo Ametista, os medicamentos alteravam as percepção e sua memória, ela contou que não lembra de ter cuidado do seu primeiro filho por estar muito medicada pelo psiquiatra. Ela revelou ainda que suas alterações de humor eram muito intensas, durante as crises ficava muito agressiva e violentava a si mesmo como modo de evitar machucar os filhos.

Na história de Ametista, maternidade (dela e a relação com a mãe), depressão e intervenção psiquiátrica se somaram pra produzir bastante sofrimento. Ela narrou grande parte de sua vida com períodos interpolados de entrada e saída de crises, relacionadas a acontecimentos marcantes e intervenções medicamentosas. Tanto a doença quanto o tratamento medicamentoso deixava Ametista sem condições de exercer a maternidade e de se manter no trabalho, o que lhe causava bastante sofrimento.

Diferente das outras narrativas, na de Ametista relatos de eventos vitais que causaram sofrimento, depressão e itinerário terapêutico estão inseparáveis. Desde bem jovem ela esteve entre crises depressivas e diferentes intervenções terapêuticas, sobretudo psiquiátricas.

Entre suas recordações da infância estão ter presenciado a violência do pai sobre a mãe e ter sentido a ausência dele depois do divórcio.

Eu, da minha infância eu não consigo me lembrar muito bem. Eu acho que foi uma infância, não foi uma infância muito feliz, mas também não foi uma infância muito triste como a gente vê aí. Eu digo no meu ponto de vista, sem considerar o todo porque eu tenho certeza que tem muita coisa assim. Meus pais se separaram quando eu tinha quatro anos de idade. É... meu pai batia na minha mãe e eu presenciei algumas vezes isso, e eles separaram e tudo. Mas, assim, meu pai ele aparecia de vez em quando, sabe quando eu precisei dele, teve muitas épocas que eu precisei dele ele tava, mas assim, ele não era um pai, não foi um pai muito presente na minha infância.

Assim como a avó de Rubi, a mãe de Ametista não permitia que ela recebesse visitas e amigos, provocando nela um isolamento social, que se refletiu em um grande apego a mãe.

Não consigo me lembrar da minha mãe fazendo isso, não consigo me lembrar da minha mãe cuidando de mim, realmente eu consigo me lembrar dessas partes mais negativas. Fui ficando maior é.. fui ficando adolescente tudo, eu nunca fui uma pessoa de ter muitos amigos, eu me escondia muito. É, por exemplo, se eu arrumava uma amiga e minha amiga ia em casa, minha mãe fazia tanto pampeiro, aí ela começava a reclamar da panela, da forma, da parede. Ela fazia tanto assim... ela não falava da pessoa, mas ela ia e fazia tantas coisas assim dentro da casa e a pessoa não queria mais voltar na minha casa.

Ametista se apresentou como alguém que sempre foi deprimida, mas fatores marcantes agravaram sua condição ou a fazia entrar em crises. O luto por causa da morte inesperada de uma prima, que era sua melhor amiga, foi um desses episódios que deram origem a uma crise.

Eu tive, tinha uma prima que era a Flávia e ela assim, foi ela quem me ensinou que que era a vida, me mostrou o que que o mundo tinha, o que que o mundo não tinha, o que que era bom no mundo, o que que não era bom no mundo, sabe. (...) Quando a Flávia morreu meu mundo acabou completamente, sabe, eu via as pessoas felizes e eu achava que todo mundo no mundo era falso. Tipo assim, se vocês falavam que ama tanto ela como vocês conseguem ir pra uma festa e dar risada, dar gargalhada? Eu entrei em depressão profunda.

Além do isolamento imposto pela mãe e da perda da grande amiga, Ametista sofria violência em casa, praticada pelo irmão. Diante da violência do irmão, a mãe aconselhava Ametista a ser submissa a ele, o que ela nunca aceitou e apanhava dele por isso, com o consentimento da mãe.

Em casa, meu irmão era bruto, minha mãe permitiu, ela deixou que ele fosse, que ele se tornasse a pessoa que ele é. A última palavra era dele e pronto. Ele me agredia fisicamente, com murro ou um tapa, me atacava me jogava no chão, sabe, me dava uma sacudida. Mas, também assim, minha mãe queria que eu abaixasse a minha cabeça pra ele e eu nunca baixei sabe, eu nunca, não sei se tava certo ou se tava errado, mas eu nunca baixei minha cabeça pra ele.

Para Ametista também o casamento representou uma possibilidade de sair de casa e tentar na construção de uma nova família a saída da situação de violência e conflito que havia na família em que nasceu.

(...) Depois que eu comecei a namorar com o meu marido, eu dei uma melhorada nessa parte, nessa questão de depressão e tudo, fui melhorando, fui melhorando, eu acho que por isso que eu falo que eu vivia em depressão e eu tive momentos em que eu não estava. (...) depois que eu tive assim, que eu fiquei com o meu marido, foi um relacionamento assim, tranquilo, ele era, ele é uma pessoa maravilhosa. Depois, nós nos casamos, eu já estava com 23 anos. A Flávia morreu eu tinha 20, a gente se casou, depois eu em casa, minha vida, era uma situação completamente diferente.

Contudo, o mal-estar provocado pela gravidez fez com que aceitasse o convite da mãe para ir morar na sua casa com o marido.

Hoje eu falo assim, que minha mãe errou tentando acertar, eu julgava muito minha mãe, hoje não. Mas, assim, nunca deixei, toda vida assim, brigando ou não nós duas era unha e carne. Aí depois que eu casei, foi com três meses mais ou menos, eu casei em setembro, outubro, três meses, eu engravidei, foi muito ruim, assim eu senti muito mal o período da minha gravidez, primeiro porque eu vomitava, eu vomitei do primeiro mês até o quarto, mas assim muito, eu não podia comer nada eu só comia... eu só bebia água de coco porque era fácil de vomitar, bebia e vomitava, tomava alguma vitamina e mingau de maisena. Eu não comia mais nada, eu não conseguia comer, o cheiro do mundo era horrível pra mim, o cheiro do mundo já me dava vontade de vomitar. Muito ruim de repente uma coisa que eu sempre quis foi ter filho e eu não queria ter filho, eu não queria aquela criança dentro de mim eu não queria aquela situação e era assim, da mesma hora que eu sentia esse sentimento, vinha o outro sentimento... 'Ametista como que você faz uma coisa dessa?' E eu não queria aquilo de jeito nenhum era... e ainda fiquei assim... ai eu morava na minha casa, era alugada, e ai minha mãe falou assim... me tirou de lá, falou "Não vocês não vão morar, vocês vão morar lá em casa". E eu mais meu marido, sabe, deixamos acontecer as coisas.

O depressão pós-parto exigiu uma intervenção psiquiátrica. Nesse período começou a tomar medicação bastante forte, tanto que perdia o sentido do que ocorria com ela.

E passou, mais ou menos no quinto mês esse sentimento esse.. porque assim, eu não olhava roupa de neném, eu olhava roupa de neném tinha vontade de vomitar. Olhava roupa de grávida queria vomitar. Tinha horror de tudo aquilo, tinha horror, tinha pavor. Eu só fui ver roupa de neném e tudo depois do quinto mês de gravidez, ai eu fiquei normal, eu fiquei uma grávida normal. Queria ver as coisas, queria arrumar, sabe. Ai eu fiquei uma grávida normal. Nasceu. No sétimo dia de... eu desmaiava, eu sumia, ai começou sabe, eu fui ficando ruim, fui ficando ruim, de repente eu queria ir embora, queria pegar meu filho e sumir desaparecer de tudo. Eu nunca tive vontade de fazer nada, igual tem mulheres que tem vontade de machucar o filho e tudo assim, eu não. Mas eu, sabe eu não queria mais aquele mundo, eu não queria aquilo mais. E assim, foi piorando, ai meu médico olhou, não vamos levar ela no psiquiatra. Ai foi essa luta de psiquiatra pra cá psiquiatra pra lá, troca de psiquiatra, sabe? Eu tive que desmamar meu filho com três meses.

Eu sofri demais, sabe? Ainda mais que logo depois que eu desmamei ele deu uma gripe, o bixim tão pequenininho (choro intenso).

Os remédios receitados pelo psiquiatra acabaram com a vontade de desaparecer, os desmaios e melhoraram o estado de humor em que estava. No entanto, tiraram dela a possibilidade de amamentar o filho recém-nascido e de perceber o que se passava a sua volta. Os mesmos remédios que amenizaram sintomas e a tiraram da crise, geraram culpa e angústia posteriores, por não conseguir experimentar a maternidade e cuidar do filho como desejava.

Assim, os remédios eu tomava e capotava, babava, sabe? Meu filho chorava a noite e eu não conseguia ver, às vezes quando eu via, assim, eu levantava saía batendo nas portas, sabe, caindo nos cantos, não lembro assim... d'eu cuidando do meu filho. Não lembro de eu dando banho no meu filho, de eu sendo mãe dele. Minha mãe fala que eu que fazia, que eu que cuidava dele, mas eu não lembro, não consigo lembrar (choro).

Além da aflição para conseguir cuidar do filho, Ametista relatou não conseguir parar em emprego por causa da doença. A dificuldade para se manter no emprego por causa da depressão, agora diagnosticada como transtorno bipolar, fez com que tivesse que encontrar uma fonte de renda de forma autônoma. O trabalho em casa possibilitou ter renda e passar mais tempo com o filho.

E aí foi um ano que eu tava trabalhando na loja de cosméticos, um ano e pouco eu sai, eu sai não, eles me mandaram embora, porque lá tem essas questões de meta. Eu sou uma pessoa... eu não consigo sabe? Eu chego num momento, num ponto que eu tenho que continuar e eu não dou conta de continuar mais, eu travo, eu paro. Chega uma hora que eu não consigo mais fazer o que eles querem que eu faça. Por um lado eu achei bom, porque eu podia cuidar do Mauricio, porque eu vi o tanto que ele sentia falta. Então, assim, eu não senti tanto, eu não fiquei assim.. Na primeira semana eu fiquei fracassada, né? Mas assim, eu não senti tanto porque eu vi a diferença que foi pra ele, sabe de ter a mãe dele lá junto com ele. Aí depois disso... só que assim meu organismo já estava bem-adaptado, aí eu.. faço doce, faço bolo eu faço de tudo, sabe?

Um novo luto na família, uma tentativa mal sucedida do aborto de uma segunda gravidez e o nascimento do segundo filho fez com que Ametista entrasse em uma nova crise depressiva. Ametista não queria um segundo filho porque receava que o primeiro se sentisse rejeitado. A intensificação da depressão após o parto fez com que voltasse a solicitar intervenção psiquiátrica, apesar de que os remédios a impedisse de amamentar e estar consciente para cuidar do bebê novamente.

Eu tava com uma tia (choro, muito emocionada) e ai ela morreu, e ai eu tomei esse remédio pra abortar. Eu já estava com cinco meses, não abortei. Eu tava bem, ai quando o Paulo nasceu, nasceu bem, só que ai passou uns dias eu comecei a chorar demais, tudo era motivo pra eu chorar. O resguardo pra mim foi um resguardo muito cansativo porque eu preocupava muito com o Maurício, eu não queria que ele sentisse rejeitado.

(...) Quando o Paulo eu acho que já tinha um mezinho meu médico falou assim “Pode ir no psiquiatra”. Eu não queria, porque eu não queria ficar sem amamentar meu filho de novo. O psiquiatra me passou fluoxetina, ai eu não ia tomar, mas eu confio muito no meu médico e ele falou que eu podia tomar e amamentar, e assim eu fiz, meu filho mamou dois anos, quase dois anos.

Apesar de conseguir voltar ao trabalho fora de casa e se sentir bem com isso, Ametista voltou a ter depressão. Ametista disse sentir muita raiva, um nervosismo incontrolável. Então, passou a agredir a si mesma para evitar agredir os filhos.

(...) Eu tava na época que o meu bebê nasceu que eu entrei, assim, que eu fiquei ruim e tal... Aquela época eu me batia muito assim. Eu sentia raiva. Sentia raiva. Sentia a raiva que eu tô sentindo aqui, de não conseguir ter controle de mim mesma. Sentia raiva de mim. Então, eu me batia, me jogava na parede. Me machucava, eu realmente me machucava de ficar hematoma no rosto.

Quando se viu agressiva com os filhos procurou um psiquiatra e psicólogo¹. Mas, como não via melhora, tentou o suicídio bebendo todos seus remédios psiquiátricos.

Eu gritava tanto com os meninos, que eu tenho medo, sabe, de ter traumatizado eles, era muito nervo, sabe. Era uma coisa incontrolável, pegava o Maurício e sacudia assim, sabe? (choro intensifica).

(...) Eu tava em casa com o meu filho mais velho, ai meu irmão chegou com o meu menino mais novo deixou ele lá e eu tava na cama. Eu estava totalmente anestesiada, boba. Deixou meus meninos lá e ai minha mãe chegou, achou estranho perguntou o que que foi e eu, sabe, não falava nada. Daí minha madrinha ligou pra mim, ela me perguntou o que que estava acontecendo, e eu assim com muita dificuldade falei pra ela, ai minha mãe que tinha tomado todos os remédios. Ela saiu correndo e me pegou, e logo meu marido já chegou e eles foram e me levaram pro hospital. Chegou lá no hospital, que foi naqueles hospital de doido ali “Vachuk2”.

A tentativa de suicídio tornou a intervenção psiquiátrica mais incisiva. O gesto fez com que ela fosse colocada em uma posição de não questionar mais a decisão medicamentosa do médico. Mas, mesmo com terapia medicamentosa ela afirma não conseguir melhorar da depressão.

O médico falou que eu tenho que fazer terapia e eu não tô fazendo, sabe, e é claro que ele mudou todas as medicações e ele falou, 'Olha Ametista, você já deu

¹ Tendo que vista que se trata do profissional com quem os sujeitos realizavam sua terapia, o termo mais correto a ser utilizado seria psicoterapeuta e não psicólogo ou psicóloga. No entanto, esses últimos termos serão mantidos quando fizerem referência direta a uma narrativa, pela razão de que que era essa a categoria nativa utilizada.

² Wassily Chuc é o hospital de emergência psiquiátrica de Goiás.

resistência de tomar medicação, mas agora não dá, você vai tomar os remédios que eu vou passar, sem você ficar escolhendo'. Ai tô tomando, ai assim, tem dia que eu tô bem, tem dia que eu não tô bem, sabe eu tô desse jeito assim.

Jade

Jade é uma mulher jovem, magra, de cabelos bastante curtos, castanhos, pele branca, estatura baixa.

Jade também foi uma garota com a infância e juventude marcada por violências e conflito familiar. Seus pais eram alcoolistas e violentos. Ela narrou que apanhava muito e tinha que cuidar da casa e da irmã caçula desde muito cedo.

Na adolescência ela começou a namorar e foi estuprada pelo namorado com 15 anos. Esse estupro resultou em uma gravidez. Jade contou que estava sofrendo tanto pela violência quanto pela gravidez e resolveu falar com sua mãe. A solução da mãe foi provocarem um aborto e guardarem segredo do estupro e do aborto entre as duas. Ao contrário de representar uma solução, o aborto trouxe mais sofrimento, porque Jade não pode denunciar seu agressor e passou a sentir culpa. Tendo em vista que ela foi criada na religião católica, em que o aborto é visto como um pecado muito sério, além de dor e culpa passou a ser tomada por um medo de uma punição divina devido ao seu ato. Vítima de estupro, ela ocupou o lugar de carrasca. A angústia, a dor e a culpa preencheram grande parte de sua juventude, a ponto de ela ter passado toda ela em tratamentos psicológicos, psiquiátricos e holísticos para lidar com seus ciclos de depressão.

No momento da entrevista ela estava grávida, casada, mas assumiu que a depressão não é algo que ela considere curável, mas que se afasta e aparece em diferentes momentos na vida.

A narrativa de sua infância estava repleta de dor. Foi uma criança que apanhava muito dos pais e tinha que conviver com o alcoolismo deles.

Falar da minha infância, quando eu olho pra trás eu lembro de muitas coisas tristes, assim, principalmente porque, pela questão da convivência com a bebida né, com o alcoolismo. É... quando eu era criança meu pai bebia, meu pai bebe até hoje, e minha mãe também bebia. (suspiro) É... isso era algo que me fazia sofrer bastante, conviver com essa, com essa... cotidianamente com pessoas alteradas. É um outro fator era a... eu não sei como nomear, era muito a questão da violência, verbal e física que tudo que fizesse de errado, ou não, apanhava. Então, quando eu olho pra minha infância as lembranças que eu tenho era muito de situações em que os pais chegavam bêbados em casa e apagavam e eu tinha que colocar minha irmã mais nova pra dormir, tinha que

fechar a casa, às vezes pedir pra algum vizinho pôr o carro pra dentro, é... ficar responsável pela casa e isso bem nova assim, com sete, oito anos de idade.

Teve que amadurecer para cuidar da casa e da irmã porque eles estavam cotidianamente embriagados.

Eu tenho essas lembranças de tomar a responsabilidade quando ninguém estava consciente, os adultos. E no outro dia apanhar porque não fechei a casa direito, ou porque não fiz algo que eles esperavam que eu fizesse. Isso foi uma rotina é... de muita gritaria e de apanhar muito por qualquer situação, mais da minha mãe. O meu pai era ausente, tava sempre no boteco ou levava a gente no boteco com ele, todos os dias, dormindo em carro. Isso era algo que me desagradava bastante.

A adolescência também foi marcada pela violência. Jade foi estuprada pelo namorado aos 15 anos. A tristeza por causa dessa violência somou-se às outras que sofria no lar.

Na adolescência, um que, um fato que eu considero como divisor de águas, foi aos quinze anos uma questão, a questão de uma... violência sexual, pra mim foi muito nítido apesar de eu já perceber que eu já era.. que eu já sofria, que eu já era é... me sentia triste e sempre tinha um desejo de sempre pedir pra minha avó pra ir morar com ela, pedir pra qualquer pessoa, qualquer pessoa que eu conseguisse, que eu tinha vínculo. Eu chega a pedir pra ir morar, eu ficava tentando arquitetar planos de como seria morar em algum outro lugar que não tinha bebida. É... mais na adolescência quando eu sofri uma violência sexual e teve toda uma questão de uma gravidez em decorrência da violência, foi algo que foi bem marcante, eu posso considerar que foi o evento traumático que em termos de.. de sofrimento, foi um divisor de águas. Daí pra frente, eu perdi a força pra... pra tentar viver, eu fiquei muito tempo só indo da casa pra escola, com muita vergonha e com muita culpa. E aí virou um tabu, não tinha ninguém pra conversar, e eu chorava todos os dias.

Diante do sofrimento da violência, Jade decidiu partilhar com a mãe o que ocorreu esperando pelo seu apoio. A mãe duvidou de que a gravidez fosse resultado de um estupro, já que vinha namorando escondido da família, e a obrigou a abortar. Mais do que isso, decidiu-se que o aborto seria um segredo das duas e assunto sobre o qual não mais falariam dali em diante. Mas o ato e o silenciamento só fizeram aumentar o sofrimento de Jade.

Minha mãe, na época da violência, ela não acreditou. O aborto foi ela quem conduziu, que na época eu não tinha condições, eu preferia morrer, como eu num... foi a primeira sensação de querer morrer forte foi com a situação da gravidez e da violência, mas mais da gravidez, de ta grávida e ter passado por aquela situação de violência. Também com a mãe que eu tinha, eu não tinha condições de decisão alguma. Eu decidi que eu não, eu não queria casar, até porque era surreal, era tudo muito surreal pra mim a situação. Eu decidi o aborto, ela conduziu, mas isso depois transformou um tabu, nenhuma das duas conversava sobre o assunto, era proibido

conversar, porque ai meu pai, o resto da família não sabia. Meu pai e minha irmã não sabiam. E tinha uma questão de muita culpa né, eu acho pela, por ser criado numa família católica, recorrer a um aborto numa situação como essa, ainda mais em quem ela não aceitava, ela não acreditou, ela não aceitava que eu tinha sido violentada. Até por que eu tava num namoro já tinha alguns meses e não tinha verbalizado nada antes. Então, era um tabu, não se falava sobre isso.

Depois desse ocorrido ela tentou que a família lhe pagasse um tratamento com psicoterapeuta, sem resultado. Ao ingressar na universidade soube que havia o serviço gratuito de atendimento psicológico para estudantes e começou a psicoterapia.

(...) Aos dezessete eu tive um impulso de estudar pra vestibular e ocupei a minha vida toda com isso, ai eu entrei pra faculdade, ai eu busquei tratamento. Ao entrar na universidade eu fui buscar tratamento de psicóloga porque meus pais não aceitavam pagar, eu já tinha mencionado de fazer, ir pra psicóloga ou psiquiatra e meus pais não aceitavam, por avaliar que eu não tinha problema algum.

Lidar com o alcoolismo dos pais, sofrer violência, ser estuprada, ter que provocar um aborto e silenciar sobre o que havia lhe ocorrido marcou profundamente a história de Jade. Ela sentia que precisava falar e conseguir apoio para enfrentar o que estava passando. A psicoterapia foi a primeira ajuda a surgir em sua mente e foi por ai que começou sua trajetória terapêutica.

Ágata

Ágata é uma mulher negra, cabelos “black power”, alta, estava grávida de 8 meses na época da entrevista.

A primeira entrevista realizada com Ágata foi corrompida pelo gravador e excluída automaticamente no momento de passar para o computador. Tivemos que refazer a entrevista.

Ágata foi a única entrevistada que se declarava negra. Ágata, como é comum entre crianças de famílias pobres, dividia a casa com parentes. Na infância, ela foi molestada pelo tio e pelos primos, mas ela nunca contou isso pra ninguém, porque não queria que os pais sofressem. Primeiro, porque era uma criança e o tio pediu para não contar. Quando adulta, resolveu silenciar para não fazer de sua dor uma dor familiar.

Fato que lhe causou uma dor que carregou por muito tempo. Ainda na infância ela disse que também foi importante o racismo que sofreu na escola. Seu pai conseguiu para

ela uma bolsa de estudos em uma escola particular prestigiada de Goiânia e ela se lembra de ser a única negra da sala, uma das raras da escola e que era muito xingada por causa do cabelo e por ser considerada feia pelos colegas.

Na juventude, Ágata fez faculdade de teatro e se casou. No entanto, o marido era alcoolista. Ela se tornou a responsável pela casa, trabalhando muito para sustentar o casal pois o marido conseguia apenas fazer alguns “bicos” e todo o dinheiro que conseguia era gasto com bebida. Depois sua sogra que tinha Alzheimer ficou viúva e foi morar com o casal. Ela afirma que já não amava o marido, mas se sentia responsável e precisava ajudar. Com um casamento tão tumultuado, acabou se apaixonando por um colega de trabalho que, segundo ela, tornou-se seu segundo marido ou o marido durante o dia. Ela passava o dia todo com o segundo marido, todos os dias e no fim do dia voltava pra casa. Este, passou a pressioná-la para separar-se mas ela argumentava não tinha coragem por causa das condições do marido e sogra. Depois de um tempo, o segundo marido tornou-se violento. Tanto a violência física quanto a verbal e psicológica fizeram com que Ágata entrasse em um estado de profunda depressão, diagnosticada por sua psicoterapeuta. Achava-se novamente culpada por não resolver a situação como o segundo marido exigia. Passou a usar muita droga para tentar aguentar e depois procurou uma psicoterapeuta para fazer terapia de casal com o segundo marido, mas não ajudou a se sentir melhor. Foi quando saiu da cidade como uma fuga do que estava vivendo e passou um tempo na Bahia e entrou em contato com terapias holísticas e literatura de autoajuda que conseguiu recuperar forças para solucionar seus problemas e separar-se dos dois maridos. Atualmente, Ágata está casada com um homem que não é alcoolista nem violento e está grávida de oito meses de sua primeira filha. Ela afirmou que está curada da depressão sem ter recorrido a qualquer intervenção psiquiátrica. Ágata foi a única mulher entrevistada que nunca tomou antidepressivos ou qualquer droga prescrita por psiquiatra.

Ágata começou sua narrativa identificando-se como alguém curada da depressão. Segundo sua análise, a depressão teve origem na infância, em decorrência do abuso sexual infringido pelo tio. O acontecimento ficou esquecido por anos, até que ela sentiu a necessidade de entender a tristeza que sentia e a forma como se relacionava com homens e recordou o abuso.

A minha história que eu acredito no meu histórico de depressão, começou na infância é... por volta dos oito, nove anos, ou menos, eu não tenho certeza sobre

isso que a minha memória é bemmm fraca, sabe. Começou com abuso, eu sofri abuso sexual de um tio que morava na mesma casa que a gente. Ele morou durante um período muito curto sabe, eu me lembro muito pouco dos episódios, muito pouco mesmo, mas eu sei sobre isso, que isso é uma coisa que me machucou muito. Anos depois eu me recordei dos acontecimentos porque eu entrei numa busca pra entender porque eu sentia tanta tristeza, do porque eu me submetia a tantas situações que me faziam mal, né. Então, o meu histórico começa nesse momento, quando eu sou criança e sofro esse abuso sexual.

Conforme ela se lembrou, o que sentia em relação aos abusos sofridos era culpa. Explicou essa culpa com base na educação moralista e machista recebida pelas meninas, em que são responsabilizadas por qualquer situação que envolva sexo. A culpa devia a percepção de que, de algum modo, ela havia permitido que os abusos acontecessem, mesmo sendo uma criança.

Eu me sentia muito mal e muito culpada. E aí, além disso tudo, assim, essas situações, o sentimento de culpa vinha pela criação também né, muito moralista e machista que a gente acaba recebendo da família e que é um legado da sociedade né. (...) Porque você de alguma forma permite. Em algum nível há uma certa permissão por algum motivo e depois vem um sentimento de culpa terrível né que dilacera sua alma né, você fica destruída.

Além da vulnerabilidade por ser uma menina, que fez com que fosse alvo de abuso sexual, ser pobre e negra foi motivo para que sofresse preconceito na escola. Não ter condições financeiras para usar roupas e calçados da moda e não estar esteticamente dentro dos padrões de beleza de uma sociedade de privilegia a brancura fizeram que seu período escolar fosse marcado por isolamento e violência simbólica. Conforme narrou, as meninas não queriam ser suas amigas, as crianças colocavam apelidos maldosos para chamá-la de feia e o cabelo tornou-se alvo de reclamações dos colegas. Ainda que reconhecesse racismo no que ocorria, Ágata parece ter interiorizado as ofensas e descreveu-se a si mesma como esquisita e estranha.

Eu sofri bullying, né, na escola. Muito forte. Eu estudava numa escola particular, cara, muito. A minha mãe fazia muito sacrifício pra botar a gente lá, pra gente estudar. E na escola, né menina, na escola é um lugar que se você não prepara seu filho pra ele ser forte... E no meu caso, eu que era de condição financeira baixa, nunca tinha o sapato da moda, o tênis que as meninas estavam usando. O meu cabelo, então vem o racismo, o meu cabelo não era liso e não era loiro, e eu não era branca de olho claro, né? Nem era branca. (...) Então, eu sofria muito preconceito, e as meninas não queriam ser minhas amigas. Eu não tinha amigas na escola.

Na juventude, começou a namorar um rapaz que era muito deprimido, alcoolista, bastante ciumento e que criticava com frequência a sua aparência.

Ágata já vivia com Amarildo, quando se apaixonou por um colega de trabalho, Victor. Ela não pôs fim ao relacionamento com Amarildo porque acreditava que tinha obrigação com ele, por ele ser doente. Acreditava que se o abandonasse ele poderia até morrer. Seu objetivo era terminar o novo relacionamento, o que não conseguiu fazer e acabou mantendo os dois relacionamentos por oito anos. Ágata passava o dia todo com o Vitor e a noite ia para casa onde morava com Amarildo. Ela não via sua situação como a de uma mulher casada e com um amante, mas admitia que estava em dois casamentos, tanto que chamava eles de marido 1 e marido 2, segundo uma ordenação cronológica de início do relacionamento. Mas admitiu que pensava constantemente que o fim desse triângulo amoroso seria trágico, com a morte de alguém, especialmente dela.

Eu me envolvi com um colega de trabalho. Ai, eu sei que eu me apaixonei por esse rapaz, perdidamente. Mas, ai eu não dava conta, porque eu sentia que eu tinha uma obrigação com o outro, obrigação mesmo, porque ele tava doente. Ele tava lascado e ele ia morrer. Pra mim se eu largasse ele, ele ia morrer, era isso que ia acontecer. Ele ia se matar e a culpa era minha, porque eu tinha largado ele na pior situação da vida dele.

(...) Então ele, uma certa vez, lá no fim do casamento, perguntou pra mim se eu tinha tido uma relação com o Vitor, se eu ficava com ele e eu menti. Eu disse que não porque eu fiquei apavorada, achava que ele ia me matar, pra mim só rolava na minha mente que ia acontecer uma tragédia, que alguém ia morrer, que alguém ia matar alguém, que alguém ia morrer e tudo ia ser culpa minha. Então, eu tentava manter tudo debaixo do tapete, menina. Viver assim num é brincadeira não.

A história de Ágata se aproximava da de outros três entrevistados. Sofreu abuso sexual, assim como Jade. Ela evidenciou o sofrimento imposto às pessoas que convivem com deprimidos, assim como ocorreu com Citrino. Além disso, ficava manifesta uma angústia causada pelas suas fantasias recorrentes de morte violenta, caso fosse descoberto seu segredo, do mesmo modo que Berilo.

Se por um lado, a relação com o primeiro marido estava repleta de problemas e de culpa, a história com o segundo tornou-se bastante violenta. Este, exigia que ela se separasse e ficasse só com ele. Diante da negativa dela, ele começou a violentá-la física e moralmente.

Ai eu sei que eu e o outro rapaz, a gente começou a ter brigas horrendas, muitas brigas. A gente brigava muito porque ele queria que eu separasse, né. Eu dizia pra ele que eu não ia separar, que ele num precisava... que ele não esperasse por isso, que eu não ia separar pra ficar com ele. Então, isso foi gerando uma mágoa, uma mágoa cada vez maior, né, na pessoa dele, cada vez maior. (...) Eu era a traíra. Eu era a traíra porque eu tava mentindo, enganando, e eu era louca por sexo. Várias vezes eu ouvi isso do dois e eu nem transava com o um. O marido um,

praticamente a gente não transava, porque ele era uma pessoa doente. Ele não conseguia ter ereção e vivia só alcoolizado, entendeu? Eu nem tinha uma vida sexual ativa com ele.

Ágata resolveu se separar do marido um, mas foram surpreendidos pela necessidade da mãe dele que tinha Alzheimer ir morar na casa deles. Isso fez com que ela sentisse ainda mais culpa, desistisse da separação e continuasse com os dois maridos.

O sentimento de culpa em relação ao marido um somou-se a uma ideia de que o sofrimento decorrente daquela relação seria uma punição pelo seu pecado, adotando uma visão cristã católica de penitência e pecado.

Olha, eu assumi tudo que eu fiz. Demorou, mas você não tem noção, eu sofria pela culpa de ta fazendo uma coisa errada e eu acho que, por isso também, eu ficava me submetendo mais as coisas. Porque eu me sentia mal por estar agindo errado, num aspecto, né. Então, eu aceitava todo tipo de coisa porque eu achava que era minha... minha paga, sabe, no sentido cristão católico. Que era minha paga, minha paga por ta agindo mal. Então, eu aceitava aquilo, sabe mesmo sofrendo horrores, eu sofria, muito, muito mesmo.

O marido um decidiu entrar para o grupo de alcoólicos anônimos. A partir desse grupo, Ágata conheceu outro grupo, chamado Alanon, que era voltado para apoiar pessoas que conviviam com alcoolistas, grupo composto majoritariamente por mulheres. Nesse grupo, ela ouviu uma palestra de uma psicóloga e pode entender que a culpa que sentia em relação ao marido era comum às esposas de alcoolistas. No entanto, mais importante do que isso, foi a declaração da psicóloga de que as pessoas não lidavam com problemas que lhe causavam sofrimento para evitar a dor, embora ela já estivesse instalada. Ágata identificou-se imediatamente com o cenário apresentado pela psicóloga, reconheceu que tinha medo de que a solução para sua dor fosse ela também dolorosa, mas que era necessária. A partir daí, resolveu procurar a ajuda de uma psicóloga para conseguir lidar com seus relacionamentos.

Ele passou a participar do AA, frequentou não sei quanto tempo, se foram seis meses, oito meses, e aí, eu, pra poder me ajudar e também e compreender isso tudo, passei a frequentar o grupo junto com ele. Frequentava um grupo de "Alanon" que é grupo de amigos e parentes de alcoólicos. Então, eu sentava lá e ficava ouvindo a história de muitos outras. A maioria das pessoas que fazem parte desse grupo, tipo, noventa por cento, são mulheres. Não que não haja homens que convivam com mulheres alcoólatras, mas eu acho que as mulheres tem mais assim.. procuram mais ajuda né. Então, eu ouvia as histórias das mulheres, das mães, das esposas, das irmãs de alcoólicos. Então, eu ficava mais... eu entendia. Eu comecei a entender mais os meus processos, de como é que a gente se sente culpado pela situação do outro. Porque a maioria lá, todo mundo lá achava que de alguma forma tinha responsabilidade pelo alcoolismo do outro, sabe. E aí, de vez em quando, rolava umas palestras com psicólogas lá. E aí um dia foi uma psicóloga que falou uma coisa bem interessante, ela falou assim: "As pessoas, a

peessoa é assim, ela tá sentada num prego, e ela não consegue levantar por medo de doer, mas ela tá sentada no prego” (risos). Quando ela falou isso, pra mim, menina, foi uma, sabe, uma luz na sua mente? Eu falei “Vuumm! Eu tô sentada em dois pregos, um de cada lado da bunda (risos) e eu tô com medo de levantar, eu tô louca mesmo”. (...) Eu falei “Nossa, eu preciso consultar com essa mulher”.

Síntese analítica

Mais uma vez estamos diante de três histórias individuais que nos defrontam fortemente com a cultura e sociedade de nossa época. Tratam da dor de três mulheres que tiveram que lidar desde a infância com a violência física e sexual, seja praticada pelo irmão, pai, mãe, tio, namorado ou marido.

Essas mulheres enfrentaram desde a infância uma situação que atinge devastadoramente as mulheres no mundo inteiro: a violência. Violência que perdura porque conta com a impunidade, suas vítimas geralmente não desfrutam de apoio social ou institucional.

Ametista viu o pai sair de casa e se afastar dos filhos depois do divórcio. Mas, apesar de se divorciar do marido violento, sua mãe legitimava a violência do filho contra a filha, censurando a ela por provocar a raiva masculina. Além disso, a mãe impunha um isolamento social, proibindo de ter amigas e atrapalhando que continuasse nos empregos. Ela, por sua vez, se submetia irremediavelmente ao controle materno.

Jade, primeiro sofreu com a agressão física de pais que estavam sempre alcoolizados e exigiam que ela assumisse tarefas de adultos. Na adolescência, sofreu abuso sexual praticado por um namorado. Diante da violência, não recebeu apoio, sua denúncia sequer teve credibilidade, seu violentador não sofreu qualquer punição. Coube a ela, aos 15 anos de idade, enfrentar a dor de ter sido estuprada, de um aborto e da suspeita de estar mentindo. A culpa pela interrupção da gravidez fruto do estupro e o silenciamento exigido por sua mãe a atormentaram por um longo período. Faz parte da cultura do estupro a dúvida sobre a denúncia da vítima. Cabe a ela, muitas vezes, o silêncio, por medo ou para proteger a honra da família. Coube também a culpa, já que ela foi colocada no lugar de pecadora, de acordo com a religião que professava.

À Ágata também restou o silêncio depois de molestada pelo tio. A violência pode ser paralisante, ainda mais quando se trata de uma violência praticada contra uma criança, pelo seu parente e cuidador. Mesmo depois de adulta, Ágata dissera preferir o silêncio, para não machucar sua família com a revelação da verdade dolorosa. No entanto, sua depressão instituiu-se depois da violência de gênero, moral, psicológica e física infringida pelos maridos. Conviver com um alcoolista e ser violentada por outro marido fizeram com que Ágata beirasse a loucura, segundo contou. Manter um casamento duplo, sentindo-se culpada por ser uma mulher com dois homens, tendo que esconder isso da família que não aceitaria essa postura, deixaram nela uma sensação de culpa, que, de acordo com seus próprios termos, só seria infringida às mulheres, em uma cultura machista.

Essas mulheres vítimas de agressão não viram seus violentadores ser punidos. Ao contrário disso, tiveram que fazer do abuso um segredo que as perturbaria por muitos anos e carregar toda a tristeza que o acompanhava. No caso de Ametista, não havia segredo, apenas uma sensação de que estava enfrentando sozinha uma violência legitimada, porque vinha de um homem.

Pesquisas em diversas partes do Brasil já mostraram que mulheres vítimas de violência ficam mais propensas a desenvolver depressão, entre outras doenças, e geralmente com efeitos somáticos (KRONBAUER e MENEGHEL, 2005; ADEODATO et. ali, 2005; SILVA E AQUINO, 2008).

Assim como Castel, Dejours e Gaulejac (2007) trataram da falta de suporte social, de estratégias coletivas para proteger os direitos e a saúde mental do trabalhador. Podemos também questionar sobre a ineficácia de estratégias coletivas para defender as mulheres da violência e protegê-las assim, entre outras coisas, de traumas que as levem a depressão.

A depressão de Jade, Ágata e Ametista foi resultado também de uma sociedade que não consegue proteger suas mulheres e crianças nem punir seus violadores.

6.4 Sofrimento provocado por uma doença

Jaspe

Jaspe é um homem jovem, sempre muito gentil. Moreno, alto, de cabelos castanhos cacheados e sorriso largo.

A depressão de Jaspe começou depois que foi diagnosticado com esclerose múltipla, uma doença autoimune que ataca o sistema nervoso. Um homem jovem, casado, com dois filhos pequenos, se viu arrasado diante de um diagnóstico ruim. A doença lhe causava fortes dores, ele já não conseguia brincar com os filhos e tinha dificuldades para caminhar. O diagnóstico e os sintomas o levaram a uma depressão.

Como apontaram Mendes et. ali (2003) e Haase et. ali (2004), a depressão é um dos sintomas emocionais que frequentemente encontra-se associada à esclerose múltipla. Estima-se que 27 a 54% dos pacientes de esclerose múltipla tenham sintomas moderados ou graves de depressão. A forte correlação foi justificada pelo fato de a esclerose ser uma doença crônica e incapacitante, provocando forte desesperança nos sujeitos atingidos por ela.

Jaspe relatou que sua infância foi bastante agradável, pois foi uma criança amada e protegida.

Então, quando criança, eu tive uma infância normal, muito bem, muito querido. Né, então não era nada ruim. Então foi uma infância tranquila, eu não tive vários problemas durante a infância né? Saúde boa, tive uma convulsão com 12 anos e, então, a partir daí, minha mãe passou a ficar toda cheia de cuidados comigo. Então, tive muita atenção, recebi muita atenção.

A gravidez na juventude o surpreendeu. Sem condições financeiras para assumir a nova etapa da vida, teve que morar inicialmente na casa dos pais com a esposa e, depois que saiu, teve dificuldades financeiras.

Eu engravidei com 19 anos, é 19 anos, e ia constituir família nessa época. Depois de um ano eu saí de casa, fui morar com a minha esposa, surgiram os problemas financeiros, fiquei abalado, mas a gente sempre consegue levantar e correr atrás.

Aos 30 anos Jaspe começou a sentir dores nas pernas e descobriu que tinha esclerose múltipla. A doença mudou sua rotina, tornou-se mais quieto e estava sempre com dores. A depressão veio logo depois do diagnóstico.

Mas aí quando, com 30 anos, eu descobri que eu tinha uma doença crônica, que é a esclerose múltipla. No começo foi tranquilo, no começo mesmo assim, nos 3 meses, 3 (ou) 4 meses. É, foi tranquilo. Eu, encarando tudo de forma muito tranquila, muito fácil pra mim, né? E não me recordo ao certo quando foi que eu comecei a cair (entrou em depressão).

Jaspe narrou como o diagnóstico o deixou abalado e não aceitou tratamento imediatamente, procurou antes a opinião de outros profissionais.

Então, a questão da doença, quando começou, quando eu cheguei, que eu recebi o diagnóstico... Cheguei num ortopedista, como era perna, eu achava que a coluna que tava pressionando o nervo aquela coisa toda... Todo mundo tem um pouquinho de medo de médico, aí falava aquela coisa: “Ah, é dor na coluna”. Então eu fui num ortopedista. Assim que eu contei os sintomas, a forma como eu sentia, ele já passou os exames colocando na justificativa dos exames do plano de saúde a esclerose múltipla.

Jaspe não aceitou imediatamente o diagnóstico que o assustou por ser severa e de tratamento caro.

Eu precisava tomar outras opiniões, precisava buscar outras... Marquei mais outros três médicos para poder ir e encontrei um médico maravilhoso. O cara, a consulta dele durou 1 hora e meia. Ele me explicou de ponta a ponta, me mostrando no computador, me mostrando os exames, me explicando o que era esclerose, o que estava acontecendo comigo, o que podia acontecer...

Depois de dois meses tratando a esclerose, Jaspe teve que lidar com mudanças importantes que ele julgava serem resultado da esclerose. No entanto, a enfermeira que fazia a triagem no hospital em que tratava a esclerose disse que seus sintomas não derivavam da esclerose ou do tratamento para ela, mas ele estava com depressão.

(...) Os relatos... O relato de indisposição, briga familiar, dores e ninguém relatava essa reação, e ela, ela percebeu pela experiência dela também. Com os relatos, né, do meu dia a dia. Ia ser reação, pela experiência, ela percebeu que não, não tinha sentido ser da esclerose. Era depressão.

Primeiro parecia preguiça, né? Primeiro, Tu falas que é preguiça, que cê não quer levantar mais, não queria passear. Então, meus filhos ficavam comigo, mas era sempre mais ali, quietinhos. E alguns amigos falavam: “Ah, cê tá com depressão”. Eu bem no meu normal. Não, pra mim eu não tinha saído da minha rotina. E aí, a enfermeira que acompanha a gente, eu tava na minha rotina, eu sabia o que estava fazendo, e aí ela falou: Não, cê tá com quadro depressivo... vamos ligar para uma psicóloga.

Jaspe narrou como passou a se isolar, não ver mais amigos, ir a festas, faltar ao trabalho e que, somente depois, ele entendeu que se tratava de depressão.

É, eu ficava e não tinha convívio algum: não saía, não ia pra festa, não visitava amigos, não visitava parente... Então, foi assustador por causa disso. Quando

... você para e olha, quando as pessoas falam pra você o que você tá fazendo, que pra mim era o natural: “Não, deixa. Não, não vou”. E você para e olha: “Não, já tem um semana que eu não vou no trabalho”. Aí é um pouco assustador isso. Bem depois também porque foi um período longo pra mim, apesar de ter sido três meses. Tá em depressão, perceber que era depressão e sair.

No entanto, Jaspe não concordava em dividir com a família seu mal-estar, mesmo que este estivesse visível. Viu-se na posição de tentar fingir que estava bem, tentar esconder a depressão.

(...) Eu vivia fingindo né? Fingindo que tava bem. Piorava bastante a situação. Saia e aí, pra não dar satisfação pras pessoas, não fala que... Alguém perguntava: “E aí, tá tudo bem?” Falava: “Não, não, tá tudo bem”. Acabei me afastando do convívio social, mesmo com a família: “Tô ótimo, não tô sentindo nada”.

Ele foi encaminhada para a psicóloga e procurou terapias holísticas no espaço em que sua mãe trabalhava como terapeuta reikiana.

Em junho eu tomei a primeira medicação aqui. Em julho, agosto, começo de setembro... Não, julho... É, junho, julho... dias depois a enfermeira constatou pra mim que eu tava com a coisa toda. Falou que eu tava com crise de depressão e já me apresentou a psicóloga. Então eu fiquei com a psicóloga, finalzinho de julho, agosto, setembro e em outubro eu vim pra cá, né? Minha mãe fez o curso de reiki, tava vindo aqui e eu vim e eu comecei o tratamento holístico em outubro de 2010.

Conforme relatou, bastou alguns meses de terapia holística para superar a depressão, o que parecia inacreditável para as pessoas, alguém com esclerose e depressão já estar conseguindo sorrir.

Quando você tá deprimido a feição muda né? A feição muda. Seu sorriso muda. Seu brilho... Todo mundo falava, e não foi seis meses para as pessoas olharem: “Nossa, que melhora é essa? Ah, tem esclerose múltipla. E aí? Tá bem? Tá forte? Tá sorridente?”

Olivina

Olivina é uma mulher de meia idade, cabelos louros tingidos e lisos, pele bastante branca, olhos castanhos claros, altura mediana. Sempre sorridente e bastante ocupada, forneceu entrevista no trabalho.

Nascida em uma família muito pobre, Olivina recorda de sempre se mudar de casa porque não tinham casa própria. Relatou que passaram por muitas dificuldades no interior de Goiás e o pai decidiu que a família iria embora para São Paulo em busca de uma vida

melhor. No entanto, ao chegar em Goiânia, a mãe foi acometida por uma caxumba. Como estava grávida foram impedidos de continuar a viagem. Posteriormente, sua mãe ainda desenvolveu uma doença mental. Entre as lembranças da infância estão as da mãe constantemente doente e do divórcio dos pais.

Apesar das dificuldades, revelou que em sua família faltava tudo, menos amor. Cresceu com bastante afeto dos pais e irmãos. Por ser muito religiosa, sonhava em tornar-se freira, mas o reencontro com um amor antigo fez com que decidisse se casar.

Depois de 15 anos de casamento, com dois filhos, o marido de Olivina foi internado em estado grave no hospital. Os exames não revelaram a causa do adoecimento. Ao doar sangue para o marido, descobriu que era portadora do HIV e, portanto, a razão pela qual seu marido estava morrendo.

O medo e a dor causada pelo diagnóstico ruim vieram acompanhados do sentimento de traição. Ela contraiu o HIV do marido, o único homem com quem havia se relacionado sexualmente. A mágoa fez com que ela rezasse pedindo a Deus que levasse o marido, pois não conseguiria perdô-lo e conviver com ele depois de saber que ele a havia infectado. Ele morreu e ela passou anos sentindo-se culpada por sua morte, entendendo que ela ocorrera porque seu pedido teria sido atendido.

Além da culpa, o isolamento a que se impôs devido a discriminação das pessoas, inclusive de um irmão, o medo da doença e o sofrimento causado pelos efeitos colaterais do tratamento fez com que ela ficasse deprimida.

Quando entrevistei Olivina ela vivia com HIV há 17 anos e com a depressão pelo mesmo período.

Sua narrativa começa com a vinda da família para a cidade grande para escapar da pobreza. Mas viviam com grande instabilidade, mudando-se sempre de endereço. Essas mudanças frequentes fizeram com que sua mãe tivesse um problema nervoso, entendido por ela como falta de paciência ou como problema neurológico.

Aí papai logo arrumou trabalho. Nós morávamos de aluguel, sempre moramos de aluguel, mudávamos demais, sempre mudando. Cada mês num lugar diferente e isso desestabilizou completamente minha mãe, minha mãe não teve muita paciência, teve muito problema nervoso. Assim, a gente sempre mudava de ambiente, de escola, de vizinho, aí minha mãe teve um problema seríssimo

neuroológico. Nessa fase a gente tava todo mundo estudando já. Às vezes, a gente tava na sala de aula eles chegavam pra buscar a gente porque a mamãe tava passando mal. Eu tinha uns 9, 10 anos.

Contou com ternura como em sua família faltava comida, mas havia muito amor.

Minha adolescência também foi assim muito.... Apesar de tanta dificuldade, de faltar tudo, faltava muita coisa financeiramente, às vezes faltava até comida. Às vezes, a gente escolhia o feijão ou o arroz pra comer, mas a gente era uma família que tinha muito amor. Assim, meu pai foi muito pobre mas meu pai ensinou demais a gente a amar um ao outro. Meus irmãos sempre me chamou de maninha e chama até hoje. Então, assim, como eu sou a única filha mulher eu tive muito amor. Ainda tenho até hoje.

Contudo, os pais se separaram e, após a separação, o pai se recusava a vê-los porque construiu outra família. Ainda assim, isso não prejudicou a harmonia que havia entre ela, a mãe e os irmãos.

Depois a minha adolescência foi tranquila, mas a mamãe e o papai se separou. Teve tempo que a gente procurava o papai e ele se recusava até a nos ver, porque ele arrumou uma outra família. Eu tenho inclusive mais dois irmãos com uma outra mulher. Então, foi assim... Apesar de tudo foi perfeito porque pra nós bastava nós três e a mamãe.

Olivina contou do seu sonho de se tornar freira, interrompido pelo reencontro com um homem que teria sido seu amor de infância. Ele foi seu primeiro namorado e eles se casaram.

Eu tinha muita vocação pra ser freira, mas aí eu arrumei meu primeiro namorado, que foi meu esposo por 15 anos. Eu namorei já tarde, minha mãe falava até que eu ia ser beata, porque naquela época era assim, tinha que namorar mais nova, ficava com medo, falava que eu ia gostar de menina, ficava jogando na minha cara um monte de coisa. (...) A gente cresceu junto. Só que como nós mudávamos demais, nós moramos num barracão dele, aí nós mudamos. Tivemos uma relação cortada, aí depois nos reencontramos, namoramos e logo a gente começou a morar junto.

Olivina teve dois filhos com o marido. Quando, aos 33 anos, o marido adoeceu, Olivina descobriu que ele tinha HIV e que a tinha contaminado. Ele morreu logo depois de sua descoberta e ela ficou viúva com os filhos bastante jovens. Foi aí que, segundo ela, surgiu sua depressão.

Eu tenho dois filhos com ele. Quando meu esposo tava com 34 anos ele faleceu. Ele ia fazer 34 em novembro e faleceu em agosto. Ele internou e ficou uma semana simplesmente internado. Ele faleceu com HIV, morreu antes de sair o diagnóstico. Mas antes de sair o diagnóstico dele saiu o meu, porque eu fui doar sangue pra ele, aí foi nessa época que eu “dei uma baqueada emocionalmente”. Meus filhos pequenos, meu esposo morreu.

Segundo Olivina, lidar com o diagnóstico de uma doença incurável e os efeitos colaterais dos remédios geravam uma “depressãozinha”. Mas outros acontecimentos após o diagnósticos contribuíram para intensificar sua “baqueada emocional”, como o irmão deixou de falar com ela por 10 anos depois de saber que era portadora houve discriminação das pessoas no condomínio onde morava. Olivina tinha uma imagem da família cheia de amor e, sendo assim, interpretou o afastamento do irmão como motivado por sofrimento e medo de perdê-la.

Foi todo um contexto. Uma porque eu liguei pro meu irmão – eu te falei que nós éramos muito unidos - eu liguei pro meu irmão do meio e contei ele falou pra mim 'Espera aí que eu to indo pra sua casa', ficou 10 anos sem aparecer e sem falar comigo. O caçula não, o caçula ia pra minha casa e dormia comigo na minha cama, mas esse irmão do meio desapareceu. (...) Teve a questão da discriminação no condomínio onde eu morava, as pessoas começaram a comentar, porque eu fiquei muito magra, eu fiquei muito debilitada na época, e saiu mesmo a fofoca de que era por HIV que meu esposo tinha falecido. Então, eu sofri muito com todas essas questões e ainda com a questão da terapia, né, que tinha um efeito colateral, tem um efeito colateral muito forte e isso vai te dando uma "depressãozinha". Você ter que pensar que você vai ter que conviver com aqueles medicamentos pro resto da sua vida, vai viver com essa doença pro resto da vida.

Ao se ver como portadora de uma grave doença, sexualmente transmissível, Olivina desenvolveu grande aversão por sexo e evitou por anos ter outro relacionamento. Admitiu que isso também contribuiu para suas “quedas de humor”. Dentro desse quadro, impôs a si mesma e aos filhos uma reclusão que durou cerca de seis meses.

E o medo de você ficar com nojo. Eu fiquei com muito nojo de ter outro relacionamento. De sexo, eu não podia nem ouvir falar. Ter uma doença que a maior forma de contágio é essa, a gente pega e fica com um pouco de repúdio de tudo. Então, eu acho que todo esse processo me levou a essas "quedas de humor", né?

Pra recuperar, eu fiquei sem ter nenhum contato com ninguém, nada de amigos, aí aos poucos que eu fui voltando a minha vida normal. Mas eu fiquei uns seis meses eu e meus filhos só.

Além disso, teve que lidar com a culpa que sentia por ter desejado e pedido a Deus pela morte do seu marido. Segundo admitiu, a culpa a provocou tanto mal quanto a própria doença.

Quando meu marido morreu eu fiquei muito com sentimento de culpa. Eu fiquei pedindo pra que Deus levasse, levasse, levasse ele. Eu rezava muito pra Deus, pedia muito. Eu sabia que se ele ficasse bom eu não conseguiria conviver mais com ele como esposa, eu tinha certeza disso. Então, eu pedia muito. Aí ele morreu, aí eu fiquei com peso na consciência. A culpa foi me matando mais do que o próprio HIV.

Diante do adoecimento, Olivina resolveu experimentar todo tipo de tratamento que passava a conhecer. Trataremos melhor disso no próximo capítulo.

Aí no começo você já não tá bem, tem que tomar toda aquela medicação aí tem que já tomar remédio pra outras patologias que estão surgindo por causa do HIV. E nessa fase que eu fiquei assim, experimentava uma coisa, experimentava outra.

Conforme explicou Castanha et. ali (2006), a AIDS está frequentemente associada a transtornos psiquiátricos, cujo mais comum é a depressão. Por volta de 11 a 30% das pessoas soropositivas têm transtornos depressivos. A associação entre depressão e soropositivos, está acompanhada de vários fatores que incluem o impacto psicológico da descoberta da infecção, o início dos sintomas físicos, progressão da doença e as limitações impostas por ela.

Citrino

Citrino é um homem de meia idade, estatura mediana, pele clara e um pouco calvo. Mantinha sempre uma postura calma e educada.

A narrativa de Citrino foi centrada em três aspectos dolorosos de sua vida. Uma infância pobre com um pai alcoolista e violento e uma mãe deprimida. Quando adulto, casou-se com uma mulher profundamente deprimida. Além disso, era provedor não apenas de sua família nuclear, mas ajudava parentes necessitados e viu-se sem emprego.

A pobreza familiar, o trabalho duro desde a infância, violência doméstica, assistir ao sofrimento da mãe deixaram Citrino com vontade de morrer, pois não desejava aquela vida.

Minha mãe vivia, praticamente, só. Eu era, eu fui o filho mais velho. E, meu pai, quando ele não tava trabalhando, ele tinha também problemas com alcoolismo. E ele vivia muito fora de casa e a minha mãe ficava muito só. E durante, até mesmo na minha gravidez, ela sofria muito com essa situação, ela sentia muito medo. E depois eu nasci e, acho que eu tava com 13 anos, nos mudamos para a cidade, e aquela situação de alcoolismo, né, do meu pai na cidade, então agravou mais ainda né. Aí que ele ficava mais ausente, então. É, porque aí não era só alcoolismo né, aí ele também tinha problema com vício de jogo, de jogatina. Então, vivia muito era fora de casa.

(...) Eu lembro que eu era assim muito angustiado, sempre muito triste, existia assim um desânimo de viver muito grande né? Eu até comentava com as outras pessoas que, às vezes, tava lá trabalhando lá na roça, eu falava assim pra eles que eu tinha vontade era de morrer, né? Nem trabalhar... Eu ficava assim com aquele

desanimo, mas, mesmo assim, meu pai me punha pra trabalhar e a gente e eu... Ou a gente apanhava muito.

Citrino foi morar com a avó na capital aos 15 anos. Lá começou a frequentar a igreja e despertou o desejo de se tornar padre. Entrou para o seminário, onde ficou por seis anos. Os planos de tornar-se padre foram abandonados quando Citrino conheceu Esmeralda. Casaram-se e enfrentaram dificuldades financeiras no início do casamento, que foram superadas depois que Citrino se formou em direito e começou a trabalhar como advogado.

Depois eu sai do seminário e depois de um ano e pouco, dois anos, por aí, foi quando eu encontrei então com a Esmeralda e nós começamos a namorar. E depois mais um ano e pouco, dois anos e pouco, que eu a conheci, aí nós nos casamos. Casamos em 1990. Então, tivemos no início um tanto quanto de dificuldades, né, financeiras. Eu trabalhava num banco, o salário do banco era baixo, e eu também estudava, fazia curso de direito, né. Então, fazia tudo e pagava o aluguel e tudo mais. Então, passamos dificuldades financeiras inicialmente. E depois eu arrumei, a própria Congregação dos Padres, assim que eu formei, me chamou pra trabalhar. Formei e eles me convidaram pra trabalhar como advogado da instituição e aí as coisas melhoraram bastante. Logo em seguida já com o salário já bastante razoável, nós conseguimos sair daquela situação de dificuldade financeira.

Superadas as dificuldades financeiras, surgiram outras: a depressão de Esmeralda intensificada pelo parto.

Só que depois que a coisa começou a melhorar por esse lado, aí vieram os problemas de depressão da Esmeralda, né? Ela já começou já tendo depressão pós-parto. Ela já teve ali, né, algumas características de depressão pós-parto. E ela sempre muito, desde o início oscilava muito na questão do humor né. Às vezes, muito... alegre demais, às vezes muito triste. E essa situação foi se agravando, depois que nós tivemos o nosso filho, faz 18 anos. E aí foi se agravando, foi se agravando, e ela entrou, assim, num quadro muito grave mesmo, de querer até se suicidar, chegou num ponto desse, coisas desse gênero né, e sempre muito triste, muito... Não querendo viver... Sempre dessa forma.

Com filho recém-nascido, lidando com a forte depressão da esposa, Citrino perdeu o emprego no escritório de advocacia. Nesse período, ele mesmo entrou em depressão, que ele designava como “entrar com o pé-na-cova”, pois pensava em suicídio.

E aquilo, e aí nesse meio tempo também eu perdi o emprego da Congregação dos Padres. Perdi o emprego, apesar que eu sou o advogado na época, eu trabalhava como advogado lá, mas aí eu não tinha aquela estrutura, né, que o advogado tem desde o início, que é um escritório, tem a sua clientela. E eu não tinha, voltei ao zero novamente. E aí juntou todas essas questões e eu também comecei a entrar com os sintomas depressivos, que eu chamo isso de pé-na-cova (risos). Entrar com o pé-na-cova. Foi muito, foi uma experiência muito dolorosa. Porém, muito rica. Hoje eu considero uma riqueza muito grande, né, apesar de toda dor. Falava que era uma angústia, assim, no auge da depressão... Cheguei mesmo até pensar em suicídio, coisas assim do gênero. Nós tínhamos uma psicóloga que nós

frequentávamos, a Esmeralda e eu, nós frequentávamos. E aí, há um tempo que a gente não tava indo. E aí um dia eu não aguentei e eu a procurei, né, e ela me ajudou muito nesse dia, porque foi um dia assim que eu tava muito pra baixo e pensando em fazer alguma coisa, assim, do tipo suicidar mesmo.

Diante do desejo de se suicidar, Citrino procurou uma psicóloga para conversar. No entanto, ao levar sua esposa ao psiquiatra, o médico percebeu que ele não estava bem e resolveu medicá-lo.

E a Esmeralda, então, já vinha há muito tempo, há algum tempo, fazendo o tratamento com o psiquiatra. E toda vez que ela ia, ao psiquiatra, eu a acompanhava. Então, numa dessas idas no psiquiatra, o psiquiatra, ele percebeu que eu não tava bem. Ele, como se diz, ele já me conhecia tanto quanto como a Esmeralda porque eu ia toda vez, falava e conversava tudo. Então, ele percebeu que eu realmente não estava bem. Ele logo percebeu e me deu lá uns remédios lá pra tomar e me deu receita também pra eu continuar com a medicação.

Segundo sua compreensão, o desemprego foi importante para sua depressão, mas a convivência com uma pessoa deprimida também influenciou bastante.

A, então, é... Eu até diria que assim... É lógico que teria os meus problemas pessoais que poderia ter desencadeado a depressão. Mas eu acredito que tenho tido um peso o fato de eu conviver com a Esmeralda, que tinha um problema de depressão. Que o dela era muito mais intenso do que o meu, né? Então, quer dizer, juntou um momento que eu fiquei desempregado, vivendo aquela situação que não via solução... Aí entrei no desespero.

Pela necessidade de lidar com a depressão da esposa, Citrino procurou grupos de autoajuda e se tornou um especialista em deprimidos. Mas, foram especialmente importantes para sua melhora passar a frequentar a religião espírita e fazer yoga.

Então, foi a partir do momento que eu comecei a frequentar lá a Regeneração e comecei a fazer lá os tratamentos e os estudos da doutrina espírita. Aí foi, aquilo que mais me incomodava, os questionamentos que mais me incomodavam, começaram a aparecer, digamos assim, soluções, né, luzes, né. E aí eu falei: “Não, eu acho que é por aqui mesmo.” E foi quando, é, realmente, aí comecei a melhorar. E depois teve a ajuda do yoga, né, e todas aquelas, e todos os exercícios e tudo mais. Foi aí. Foi nesse período aí que melhorei.

Síntese analítica

Jaspe, Olivina e Citrino tinham algo em comum, o sofrimento causado por ter que lidar cotidianamente com uma enfermidade crônica e grave, própria ou de um familiar, como ocorreu com Citrino.

Tanto Jaspe quanto Olivina foram surpreendidos por volta dos 30 anos de idade com um diagnóstico bastante ruim: tinham uma doença grave, pra qual não existia cura, e

que já provocara muitas mortes e sofrimento. Doenças como esclerose múltipla e AIDS envolvem muitos preconceitos, surgidos principalmente da época em que seu controle era mais difícil. Para a maior parte das pessoas, seu diagnóstico era uma sentença de morte.

Jaspe, um homem jovem, com filhos pequenos, se viu acometido por uma doença que atacava o sistema nervoso, poderia paralisar seu corpo e provocar muita dor. A doença trouxe consigo uma rotina de dor, abatimento, impossibilidade de brincar com os filhos pequenos, necessidade de lutar pra conseguir um tratamento caro e de difícil acesso no sistema público de saúde.

Olivina recebeu o diagnóstico de uma doença que havia acabado de matar seu marido. Provavelmente um dos diagnósticos que mais envolvem preconceito social por ser contagioso e ser transmitido sexualmente. O estigma em torno da AIDS sempre foi bastante intenso e não o era menos quando ela se descobriu contaminada com o HIV, ainda na década de 90.

Citrino teve que conviver com duas doenças crônicas e graves, que o atingiram profundamente, ainda que não fosse ele, de início, o sujeito enfermo: o alcoolismo do pai, na infância, que o tornava ausente e violento, e a depressão profunda da esposa, quando adulto, que estava ora em crise ora profundamente dopada. Citrino é um bom exemplo do quando algumas enfermidades não causam danos apenas ao sujeito, mas a toda sua família. Mas, para Citrino, foi especialmente doloroso se ver desempregado. Já que era ele o responsável pelo sustento da família nuclear e de outras pessoas.

Tanto a surpresa do diagnóstico com o qual teriam que conviver para o resto da vida quanto seu tratamento trariam efeitos drásticos e provocaram uma grande perturbação em Jaspe e Olivina. O diagnóstico de uma doença crônica grave traz certamente uma sentença: confrontar cotidianamente sua morbidade e, mais, sua mortalidade. Essa é uma tarefa que exige bastante esforço no sentido de manter o equilíbrio psíquico. Ainda mais quando o diagnóstico parece tão cruel quanto aleatório, como uma doença autoimune degenerativa em um jovem com filhos pequenos e uma doença incurável, sexualmente transmissível, adquirida do próprio marido, por uma mulher que antes de casar desejava ser freira.

Um diagnóstico assim promove uma séria ruptura biográfica. A vida do sujeito está marcada por antes e depois do diagnóstico. Sabe-se que a partir dali serão necessárias intervenções medicamentosas e transformações da rotina. O controle da doença torna-se central. Diante de situações assim, é preciso criar algum modo de resistir e fortalecer o eu.

Encontrando afinidades

O interessante nas histórias de vida é que cada sujeito é singular, mas que carrega em si o social. Se, por um lado, parece impressionante num universo amostral relativamente pequeno encontrar biografias tão díspares, por outro, poderíamos eleger diversos aspectos que aproximam essas histórias.

Todas as mulheres entrevistadas partilhavam alguns aspectos da vida: sofreram violência física e/ou sexual na infância ou quando adultas; vinham de famílias pobres; cresceram socialmente isoladas, muito restritas a família nuclear, por diferentes razões, como a timidez de Cristal, a imposição da avó de Rubi e da mãe de Ametista, o racismo na escola de Ágata, a discriminação a Esmeralda em razão de seus dons, as frequentes mudanças da família de Olivina.

Quatro dessas mulheres possuíam mais um aspecto em comum e que foi visto como vulnerabilizador: a maternidade. Por um lado, havia a relação conflituosa com as mães, como Ametista, Jade, Rubi e a internação da mãe de Esmeralda que a marcou e aterrorizou por tantos anos. Também havia a própria gravidez e maternidade como vulnerabilizadora, como ocorreu com Ametista, Jade e a saída do filho de Olivina de casa. Olivina pareceu estar em depressão nos últimos 18 anos, mas afirmou que “depressão de verdade” teve quando o último filho saiu de casa.

Silenciamento e submissão também foram posturas marcantes nos depoimentos das mulheres. Submeter-se para conseguir companhia, afeto ou aprovação seja da família ou do parceiro amoroso. Mas havia também o silenciamento das discriminações e violências sofridas. Silêncio garantido pelo medo de que falar não geraria apoio, empatia ou justiça, mas julgamento, violência ou intensificação da culpa. E nesse aspecto podemos acrescentar

a experiência de Berilo. Aliás, medo e culpa eram marcantes nas vidas de Jade, Berilo, Esmeralda, Olivina e Ágata.

Jaspe e Citrino possuíam em comum o fato de ocuparem o lugar do provedor familiar que se viu incapacitado de fazê-lo. O que mostra que a paternidade também afeta profundamente os homens.

Jaspe descreveu a si mesmo como um “menino mimado” que se viu de repente no lugar de marido e pai, tendo que trabalhar, sair da casa dos pais e prover sua família. Jaspe afirmou que a depressão foi derivada da esclerose múltipla, mas que esta teria surgido exatamente pelo conflito psíquico diante da necessidade de amadurecimento. Segundo sua interpretação de seu adoecimento, esse conflito do eu teria feito com que seu corpo desenvolvesse uma doença autoimune. Seu corpo estaria atacando a si mesmo porque ele estava resistindo a crescer. Mas a esclerose agravou essa situação por ser uma doença incapacitante. Jaspe não conseguia mais trabalhar e foi aposentado aos 30 anos.

Citrino veio de uma família muito pobre. Conseguiu se mudar para a capital, fazer faculdade e exercer uma profissão prestigiada e bem remunerada de advogado. Com sua renda, vivia com conforto razoável com sua esposa e filho e auxiliava financeiramente outras pessoas da família que não conseguiram romper com a pobreza. Citrino vinha de uma história de vida repleta de sofrimento e carregava angústias por não encontrar respostas para questões existenciais importantes mesmo depois de frequentar o seminário, graduar-se em filosofia e militar em partido político, mas o ponto crucial que o abalou foi o desemprego. Quando se viu sem trabalho e com vários dependentes Citrino deprimiu-se. O homem provedor é um dos aspectos centrais na produção das masculinidades. O trabalho, por outro lado, é desgastante ou incerto.

Para as mulheres também o mercado de trabalho mostrou-se limitador. O desejo de sair da pobreza ou da dependência financeira da família esbarrava em condições de trabalho precárias, salários baixos, ambientes inóspitos, instabilidade. Jade, por exemplo, conseguiu sair da casa dos pais para ir trabalhar em Brasília, mas, depois de meses sem receber salário, voltou endividada. O sonho da autonomia transformou-se em pesadelo.

Olivina trabalhava, mas recebia salário suficiente apenas para sobreviver com seus filhos. Seus tratamentos holísticos eram viabilizados pelo apoio de amigos e doações de terapeutas, que a atendiam gratuitamente.

Instabilidade no emprego também foram recorrentes na vida de Ametista e Rubi.

A depressão está também relacionada com a precariedade e instabilidade no trabalho. O caso de Cristal é o mais marcante nesse sentido, estudiosa, inteligente e qualificada teve que trabalhar até de caixa de supermercado depois de formada porque não conseguia emprego. Depois, teve que se encaixar em um emprego braçal na indústria de remédios, sendo química formada. O ambiente e a desvalorização no trabalho gerou sua pior crise.

Como nos mostrou as narrativas, os teóricos da depressão estão certos ao afirmar que ela está relacionada à falta de realização de si mesmo. Mas, acrescenta-se a isso, outros aspectos socioculturais como abandono, violência, rejeição, doença, eventos dolorosos que causam rupturas biográficas importantes. Desvalorizado, rejeitado e violentado pelos outros, a depreciação do sujeito volta-se para si mesmo. Abuso, abandono e violências contra crianças e mulheres, discriminação e hostilidade com quem é diferente. Pobreza que, em certos casos, é extrema e humilhante.

Mais ainda, é importante retomar o posicionamento de Sawaia, de que a depressão é um mal ético-político, de uma sociedade que não é capaz de promover justiça social.

Como defendido por Dejours (1998) e Gaulejac (2007), a depressão não é mais uma doença do que um sintoma. Sintoma de uma sociedade doente, que provoca sofrimentos, patologiza, individualiza e medicaliza esse sofrimento. Seu enfrentamento exige a criação ou reforço de mecanismos coletivos que questionem os aspectos socioculturais, políticos e econômicos responsáveis por causar esse sofrimento sociopsíquico. Lutas por melhorias na qualidade de trabalho, por uma sociedade menos consumista, individualista e violenta (o que inclui a violência física, psicológica, simbólica, entre tantas sofridas pelos sujeitos) e, sobretudo, menos desigual.

No entanto, o que tem ocorrido nas últimas décadas, segundo Dejours (1998) é a atenuação das reações de indignação, de cólera e de mobilização coletiva em favor da

solidariedade e da justiça. O que mais se desenvolve, de fato, são reações de retraimento, tolerância, de hesitação e de perplexidade, até mesmo de franca indiferença e resignação face à injustiça e ao sofrimento do outro.

Resta a cada um lidar com seu sofrimento, encontrar caminhos para se libertar deles e construir uma nova trajetória. Mas isso não se consegue sozinho. Alguém em depressão geralmente precisa de ajuda. É disso que se trata o próximo capítulo: que caminhos procuraram e o que consideraram que ajudou a aliviar sua depressão.

CAPITULO 7 – ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS PARA CURAR A DEPRESSÃO: ENTRE O CAMPO PSI E O ENERGÉTICO

Observando as narrativas dos sujeitos é possível compreender que o trajeto terapêutico feito tinha um sentido claro, conseguir alívio para seu sofrimento.

Com exceção de dois entrevistados, Citrino e Jaspe, cuja depressão durou poucos meses, as narrativas contam de anos de engajamento dos entrevistado na luta contra a depressão. Entre as mulheres, com exceção de Ágata, a distância temporal entre o que elas descreveram como o início dos sintomas e a entrevista era de mais de uma década.

Faz-se necessário considerar que decisões terapêuticas em enfermidades crônicas, ainda mais no caso de um transtorno afetivo, são influenciadas por acontecimentos vitais. Novas ocorrências poderiam fazer com que os sujeitos se sentissem mais fortalecidos ou vulneráveis e mudassem o curso de seu tratamento.

Essa vulnerabilidade poderia ser em relação ao próprio tratamento, cujos efeitos colaterais poderiam ser vistos como tão ou mais prejudiciais do que os sintomas da doença. Poderia ainda surgir a partir de um evento vital, como uma separação de uma pessoa amada, o agravamento de algum sintoma por causa de más condições de trabalho, o nascimento de um filho.

Houve casos em que alternaram-se crises, períodos de estabilidade e bem-estar e exaltação. Mudavam os diagnósticos, os psicoterapeutas, os psiquiatras, medicamentos ou as dosagens destes, amigos apresentavam terapias holísticas transformadoras, médicos indicavam caminhos religiosos arrebatadores.

Um itinerário terapêutico tem um sentido, a procura de bem-estar. No entanto, vários trajetos podem ser percorridos, há variáveis controláveis e outras não.

Por todas essas razões, a opção para esse capítulo foi tentar construir de fato, junto com os entrevistados e suas narrativas, a ideia de uma trajetória terapêutica. Em alguns casos mais do que em outros evidencia-se que a regulação e autorregulação afetiva tinha um marcante objetivo de controle de si, de sua forma de expressar os afetos, de sentir os acontecimentos.

7.1 Itinerários

Berilo

Depois do esforço para esconder a homossexualidade da família por muitos anos, Berilo finalmente decidiu assumir-se gay. No entanto, a primeira pessoa para quem ele revelou foi a tia, que o desestimulou a fazê-lo para os demais. Cansado dessa situação, decidiu iniciar a psicoterapia, em busca de alívio para seu mal-estar. No entanto, falar de seu problema acabou provocando ainda mais incômodo. Ele tentou mudar o foco da psicoterapia, mas, como a psicóloga insistia na abordagem, ele decidiu procurar uma intervenção psiquiátrica.

Ai eu resolvi a procurar uma ajuda psicológica e começar a fazer terapia com a psicóloga... e eu expus toda a situação pra ela e comecei a falar. Parece que, à medida que eu falava, eu ficava mais deprimido e eu saía de lá mais cansado e mais cansado de ter que contar aquelas histórias. E cada vez que eu contava o que eu estava sentindo parecia que o que eu estava sentindo ficava muito pior. E eu voltei e “Acho que isso aqui tá ficando pior, eu ficar falando. Eu me sinto cada vez pior quando eu falo. Vamos falar sobre outras coisas”. E à medida que ela de alguma forma me cobrava ou me colocava de frente ao que eu estava sentindo eu ficava pior. E aí eu resolvi a ir ao psiquiatra por conta própria.

Já com o psiquiatra, incomodou a rapidez da consulta. Mas o curto tempo de atendimento foi suficiente para que o psiquiatra confirmasse o diagnóstico de depressão e o medicasse. No entanto, a sensação de Berilo é que os remédios também intensificavam a sua tristeza.

Fui e coloquei toda a situação. Não gostei do atendimento, porque, pra mim, foi uma coisa, assim, de quinze minutos. Assim, como a psicóloga identificou a depressão, ele também identificou. Passou medicamentos e eu comecei a tomar. E parece que, à medida que eu tomava, parece que eu ficava pior e eu estava me sentindo cada vez mais triste, cada vez mais triste.

Berilo se recorda de o psiquiatra receitar três ou quatro remédios. Como não sentia melhora, voltava ao psiquiatra que, a cada atendimento, aumentava a dose da medicação. Além de não eliminar a tristeza, os remédios não impediram a piora do quadro de Berilo. Segundo narrou, ele começou a ter crises de riso, déficit cognitivo e perda de memória curta. A perda do controle de si intensificou sua angústia e ele tentou suicídio pela primeira vez bebendo os remédios psiquiátricos.

Eu estava tomando medicamento, eu não lembro, mas eram quatro, não sei afirmar com certeza se eram quatro, de três a quatro.

E aí cada vez que eu voltava ele aumentava a dose. Eu peguei, como eu tive uma crise de riso muito forte e depois, nessas crises, eu ficava, eu perdia meu racional, minha capacidade de raciocinar, o que eu tinha de fazer, aonde eu estava, para onde eu ia, que horas que já era. Eu ficava fora da realidade. E eu saía, mas eu não me lembrava daquilo. Aí, como eu não me lembrava, ficava assustado. Pensava “Como que eu estou tanto sem meu autocontrole?” E eu ficava imaginando onde eu ia chegar também.

Aí eu estava extremamente triste com tudo aquilo. Eu voltei, fui para casa. Minha mãe falou, eu estava sabendo que minha mãe ia sair numa sexta, meu irmão também, iam voltar só no domingo, e aí eu fui para casa e pesquisei aqueles medicamentos, pesquisei na internet, pensei em numa dose que levaria a morte.

Fui na farmácia, comprei um remédio pra evitar o vômito, bebi duas horas antes, aí bebi todos aqueles medicamentos pra depressão, muitos, muitos medicamentos e desmaiei no quarto. Minha mãe e meu irmão voltaram pra casa antes, me levaram ao médico e eu voltei.

A tentativa fracassada de suicídio fez com que seus pais se sensibilizassem e apoiassem sua homossexualidade. O comportamento do pai mudou em relação a ele. Contudo, seu sentimento diante da atitude do pai não foi de alívio, mas de indignação. Berilo contou que, na verdade, desejava que o pai reagisse mal e ele pudesse feri-lo e fazê-lo chorar muito por tudo que o havia feito passar. Mas simulou indiferença. O pai, por sua vez, também procurou a ajuda de um psicólogo para conseguir lidar melhor com o filho.

Meu pai chegou lá, eu estava meio de cama ainda, chegou na beirada da cama e falou que sabia, que não tinha importância nenhuma pra ele. Na verdade era uma reação que eu não queria, eu queria que ele tivesse... hoje eu entendo que eu queria que ele tivesse a reação que ele teve até o momento. Eu queria bater nele, fazer chorar muito, chorar muito, chorar muito. Foi me dando na verdade uma irritação muito grande. Eu falei: “Não, deixa eu descansar”.

A partir de então, a relação dele comigo mudou completamente, porque ele tinha separado da minha mãe, ele tinha ficado mais distante e eu achava aquilo bom, eu me sentia mais seguro. Ele foi ficando próximo, quis assumir uma naturalidade diante da realidade, só que ele não tinha nem elementos pra aquilo, assim uma total desinformação mesmo. Daí meu pai quis tentar procurar um psicólogo também, meio que saber como lidar com aquilo.

As atitudes do pai de Berilo demonstram que não é só o outro que tem impacto na vida do deprimido. A depressão mexe com a família, com as pessoas em torno do sujeito.

O depoimento de Berilo pode ser tomado como um exemplo de quando a tristeza atinge uma intensidade com o qual não é possível viver. O desejo de morte, o planejamento da própria morte e tentativas de alcançá-la tornam-se centrais para o sujeito. Tanto, que

dados da Organização Mundial de Saúde indicam que deprimidos se suicidam trinta vezes mais que o restante da população (OMS, 2008).

A frustração por não conseguir efetivar seu suicídio não espantou a ideia de Berilo. Ele relatou que passou a enganar médico e familiares de que havia superado essa necessidade, quando, na verdade, estava constantemente pensando em encontrar métodos eficazes de acabar com a própria vida.

Eu continuei com tudo igual, voltei ao psiquiatra. Na verdade, eu sei, assim, com o sentimento de frustração, porque quando eu acordei do coma eu pensei “Eu não acredito que não deu certo”. Eu estava lá a semana inteira e eu não acredito que não deu certo. Eu não sabia como fazer alguma coisa que desse certo, mas eu continuava decidido a acabar com aquela situação.

Em sua narrativa, Berilo justificou o desejo de suicídio alegando que precisava “acabar com aquela situação”. Sendo assim, a “situação” parecia ter tomado conta da vida.

A mudança de país, por meio de um intercâmbio, ajudou Berilo a se sentir melhor. Fora do ambiente ao qual estava acostumado não sentia o preconceito constante em relação a sua homossexualidade. Nessa viagem conheceu também a acupuntura que, de acordo com ele, contribuiu para que ele não tivesse mais crises.

E fui e voltei para o psicólogo, larguei todos os medicamentos de uma vez parei de pensar em suicídio e ouvi falar de uma terapia homeopática. Comecei. Tomei medicamento. Bom, e nisso eu estava no meio de um processo para um intercâmbio. Deu certo e dentro de um mês eu viajaria e passaria um ano fora daqui. Ai, pro lugar que eu fui, eu me senti bem melhor, porque o ambiente social era completamente diferente do daqui. Parece que eu fiquei sem um peso gigante dos comentários soltos, daquele preconceito velado que estava vinte e quatro horas no nosso cotidiano, não existia ali. Finalmente não existia.

Eu senti que eu fui ficando melhor e eu fiz acupuntura ali. Eu comecei a fazer acupuntura durante o tempo que tive lá fazia acupuntura. Eu me sentia triste, uma tristeza constante, mas eu não tinha crises, eu tinha uma tristeza constante, mas eu não tinha essas crises fortes.

Contudo, o fim de um relacionamento que havia se construído e sobre o qual Berilo colocou muitas expectativas foi o gatilho para uma nova crise. Junto com ela, uma nova tentativa de suicídio. O insucesso desse novo atentado contra a própria vida fez com que Berilo desistisse de se suicidar pois passou a acreditar que nada funcionaria, como se estivesse fadado a viver. Mas permanecia uma sensação de vulnerabilidade.

Comecei um relacionamento no qual eu coloquei muitas das expectativas. A gente começou a morar junto. A gente morou junto e acabou de uma forma muito repentina. Fiquei muito mal, todos aqueles sentimentos voltaram, as sensações de

medo. A mesma sensação que eu tinha na época que eu fantasiava que meu pai ia me matar, eu tinha uma sensação de medo de morrer, que eu teria uma morte cruel. Eu estava muito suscetível, estava muito vulnerável, acho que era esse sentimento que eu tinha...

A crise era algo a ser evitado, representava a volta de um mal-estar intenso, que trazia de volta a profunda tristeza, o desespero e o medo de uma morte cruel eminente. A crise despertava fantasias e sentimentos que ficaram no passado e não estavam diretamente relacionados com os novos infortúnios.

Há uma contradição interessante na narrativa de Berilo. Por um lado, havia em sua trajetória um medo intenso de uma morte violenta provocada por outro, em decorrência da homofobia, especialmente o pai. Por outro lado, as sucessivas tentativas de suicídios mostravam desejo da morte. Uma morte violenta era aceitável, desde que fosse provocada por ele mesmo, sob a justificativa de não suportar a própria vida, seus sofrimentos. Suas fantasias suicidas envolviam armas de fogo, acidentes de trânsito, overdose de drogas e atentados que ele nem estava disposto a relatar na entrevista. Mas, ter a vida tirada violentamente por um homofóbico lhe parecia desesperador. Não era sua vida ou sua integridade física que importava, era ser vítima da violência cruel, fruto do ódio do outro por ele ser quem era. O suicídio representava a recusa em viver. O homicídio, a negação da alteridade.

Depois de voltar para o Brasil e a morar com a mãe, Berilo ouviu falar do Reiki e decide fazer uma sessão. Já no primeiro contato com a terapia, teve sensações físicas e emocionais que o impressionaram bastante. Decidiu que continuaria com essa terapia.

Ai eu soube do reiki, que eu nunca tinha ouvido falar, nunca tinha nenhuma informação, até então. Comecei a fazer e logo na primeira vez que eu fui eu me senti, tive uma sensação física muito notável, quando ele aproximou as mãos o meu corpo todo tremia, os músculos internos tremiam. Eu fiquei muito intrigado com aquilo, porque nem encostou em mim, mas a energia foi muito forte.

E eu comecei a chorar muito de uma forma muito forte, desesperada só que não era um choro de desespero como eu tinha todas as vezes. Eu chorava desesperadamente não esgotava o choro, mas eu tinha vontade de continuar chorando só que eu não tinha mais forças pra chorar. Era um choro que à medida que ele ia ficando mais forte eu ia me sentindo mais aliviado e foi um alívio. Foi à primeira sessão e eu senti um alívio muito grande. E foi um alívio muito grande, eu sai dali triste, mas com sensação de alívio de descarrego, parece que eu estava carregando um peso mesmo e sai muito leve. Eu não sentia meus passos no chão, como se eu estivesse sob efeito de algum entorpecente mesmo. Eu não estava sentindo meus passos, meu tato não estava bom e eu quis chegar em casa logo para dormir e eu dormi doze horas. No outro dia eu acordei com pouca sensação

de tristeza e eu voltei lá no outro dia perguntando se eu podia fazer todos os dias. Ele propôs que nós fizéssemos duas vezes por semana.

A partir da terapia reikiana, começou a adotar um discurso do energético, como visto no depoimento acima. A energia que recebeu foi impactante física e emocionalmente, proporcionando alívio e uma sensação de bem-estar que ainda não havia experimentado. Na sua opinião, o tratamento com o reiki evitou que ele tivesse novas crises, ajudou a controlar o sono e a sentir prazer nas atividades cotidianas.

E eu fui fazendo reiki duas vezes por semana, eu fui me sentindo melhor. Hoje faço uma vez na semana. Tenho uma sensação de tristeza constante, mas ela é constante, não chego a ter crises, não chega a me gerar um sofrimento. Consigo acordar cedo, dormir na hora, atividades é um prazer agora.

Apesar de fazer reflexologia ao mesmo tempo, Berilo atribuiu ao reiki a melhora no seu quadro. Além dos benefícios já mencionados, na percepção de Berilo, o Reiki tinha a capacidade de dar disposição ao mesmo tempo em que provocava serenidade e despertava a capacidade de refletir sobre os acontecimentos.

Ele faz Reflexologia também. Mas achei que o efeito do Reiki para mim é bem mais notável o efeito. Eu saio, eu me sinto mais aliviado, mais disposto. Acho que na primeira vez eu me senti muito mais disposto. A sensação do alívio, ela não é tão grande quanto da primeira vez, mas eu sinto muito a disposição. Ao mesmo tempo em que eu sinto a disposição eu sinto vontade de ficar mais sereno.

Quando eu faço Reiki eu tenho uma noite de sono muito boa, muito boa mesmo. Eu tento pensar mais no processo quando acontece alguma coisa. Continuo tendo atitude de refletir em relação às coisas, mas acho que essa minha atitude está mais associada ao Reiki, você tem mais reflexão sobre as coisas que tão acontecendo com você.

A melhora provocada pelo Reiki deu a Berilo a disposição para voltar a procurar os tratamentos que havia abandonado com o psiquiatra e a procurar um psicanalista.

Logo depois que eu sai do Reiki, eu sai de lá e encontrei uma forma de continuar, procurei um psiquiatra, outro psiquiatra, e eu gostei muito da sessão com ele. Eu fiquei mais de uma hora com ele, eu me senti acolhido também. Tomei o lítio por um mês e voltei lá. Ai, perguntou se eu estava melhor e eu falei para ele que eu estava com uma tristeza, até então. Ele resolveu a começar... também e eu senti uma melhora com esses medicamentos, faço essas duas coisas e faço psicanálise também.

Junto com o novo psiquiatra veio o novo diagnóstico e novos medicamentos. Agora, além de depressão Berilo foi diagnosticado com transtorno bipolar. O lítio foi somado aos antidepressivos.

Tem uma coisa importante, muito importante que eu não falei. O primeiro, ele tinha me identificado com depressão, a psicóloga também. No entanto, esse psiquiatra de agora diagnosticou um transtorno bipolar do tipo dois, depressão também. O transtorno bipolar é mais forte, pelo fato de que eu ter relatado ter crises muito fortes de depressão e depois uma tristeza constante, mais alívio e as crises muito fortes. Eu tomo um antidepressivo e o lítio trata diretamente a bipolaridade, inclusive o psiquiatra quer tirar o antidepressivo daqui dois meses. Mostrei para ele uma certa preocupação falei: “Será que já é hora?” Ele disse “Agora, se você continuar assim, daqui dois meses você vai ficar só com o lítio”.

Dessa vez, Berilo afirmou ter sentido efeitos positivos dos remédios. Demonstrou uma relação bastante pragmática com eles e a psiquiatria: não o preocupava a diagnose, desde que houvesse alívio dos sintomas. A eficácia dos remédios era a base para a confiabilidade do diagnóstico. Ademais, ter se sentido bem acolhido criou uma reação de confiança em relação ao psiquiatra.

Eu acho que os remédios me ajudaram desta vez. Eu penso assim, desta forma, eu estava tão triste, tão transtornado, que eu nem importava. Para mim, pensar que eu estava em uma categoria clínica ou qualquer que fosse não importava. Mas, eu sempre tive muitas dúvidas em relação a esses diagnósticos. Só que pra mim é complicado ter uma precisão, sabe. Mesmo o diagnostico que o psiquiatra me deu agora. Eu sei que o medicamento teve um efeito muito bom, mas eu não entendo, eu realmente não entendo muito bem teoricamente, cientificamente como é que se faz esses diagnósticos. No entanto, eu tenho uma confiança no psiquiatra que tá me atendendo agora.

A psicanálise, por sua vez, não foi aceita como uma solução para seu mal-estar. Segundo ele, ainda que a infância seja importante para a compreensão da subjetividade, ela não pode ser o único foco da terapêutica psicanalítica, o que ele entendeu que ocorria. Seis meses de terapia foram seu limite e desistiu.

Não tenho uma opinião clara formada sobre o assunto, não conheço muito teoricamente a psicanálise. No entanto, vejo que eles não são a solução. Não sei se eles são solução para tudo. Não sei se é uma proposta da psicanálise, mas vejo assim muito de psicanalista resolver todos seus problemas na formação da infância, do seu passado. Pra mim basta de falar de passado.

Portanto, a trajetória terapêutica de Berilo é composta de idas e vindas. O insucesso das terapias de fala fizeram com que desistisse tanto da psicoterapia quanto da psicanálise. Já não desejava focar no passado, mas superá-lo. Recusou as psicoterapias devido a esse foco no passado. Terapias holísticas como acupuntura, fluidoterapia e homeopatia também foram abandonadas, tendo em vista que não produziam os efeitos perceptíveis e abrangentes do reiki. Essas terapias mostraram efeitos positivos, mas insuficientes em

momentos de crise, nos quais ele apelava para medicamentos. A diferença estava no fato de que, para Berilo, os psicotr3picos agiam no sentido de evitar as temidas crises e aliviar sintomas mais severos. O reiki, por sua vez, provocava bem-estar e ajudava a equilibrar-se.

Esmeralda

Esmeralda procurou um psiquiatra por aconselhamento de seu marido, que considerava seu comportamento estranho, afirmando que ela parecia ser duas pessoas diferentes, tamanhas as mudanças de humor e mesmo de personalidade que tinha.

Aceitou a sugestão do marido e procurou um psiquiatra e, inclusive, um neurologista. Submeteu-se a exames que não apontaram qualquer doença que justificasse seu mal. Assim, foi diagnosticada por um psiquiatra com depressão e começou a fazer uso de psicofármacos. Segundo ela, os remédios não causaram nenhuma melhora na sua condição, ao contrário, deixavam-na bastante “dopada”, a impediam de “ver a vida passar”.

Eu fui no psiquiatra, mas nenhum exame pedido por psiquiatra ou neurologista apontaram qualquer doença, aí o psiquiatra me diagnosticou com depressão. Daí, eu tomei remédio por cinco anos e não senti nenhuma melhora. Eu ficava dopada, dormia grande parte do dia, não via a vida passar, a noite chegar ou o sol nascer.

Depois de 5 anos de tratamento psiquiátrico sem resultados, Esmeralda decidiu procurar terapias alternativas e uma nova religião. Começou tomando florais de Bach e passou a frequentar um centro espírita. O espiritismo trouxe um alívio, por um lado, de reconhecer que o fato de ver e falar com mortos não consistia em doença mental, mas mediunidade.

Decidi então procurar outros tratamentos. Nessa época comecei a tomar florais de Bach e a frequentar um centro espírita. No centro espírita encontrei pessoas que entenderam que eu não tinha nenhum problema mental, mas mediúnico.

No entanto, Esmeralda tinha diversas capacidades mediúnicas, o que fez com que fosse rejeitada por várias casas espíritas, com a alegação de que seu tipo de mediunidade não se adequava ao modo como trabalhavam. A peregrinação para encontrar um lugar onde pudesse exercer seus “dons” do modo como eles eram acabou somente quando encontrou um mestre que a ajudou. Com a ajuda desse mestre espiritual, Esmeralda desenvolveu seus dons, ela e o marido transformaram a própria casa em um centro espírita, mudaram-se e ela pode finalmente tornar seus dons úteis, ajudando as pessoas.

Mas, também foi complicado, porque eu passei por várias casas (centros espíritas) que não me aceitavam lá, diziam que não era da mesma linha da minha mediunidade e que não poderia desenvolver lá, que não poderiam me ajudar. Até

que eu encontrei o mestre Marcelo. Ele me ajudou, confiou em mim, me ajudou a desenvolver meus dons.

Eu e meu marido saímos da casa em que morávamos e transformamos ela em um centro espírita e começamos a trabalhar nela. Isso me ajudou muito. Ele me fez entender que eu tinha aquele dom porque precisava usá-los pra ajudar as pessoas e foi isso que começamos a fazer aqui.

Se o espiritismo foi importante para “despatologizar” seus dons e, assim, contribuir para que ela pudesse ver seu problema de uma forma mais positiva e até utilizá-lo em favor das pessoas, as terapias também foram imprescindíveis. O floral, primeira terapia utilizada, teria ajudado Esmeralda a entrar em contato com ela mesma, olhar para si mesma de uma outra forma e administrar melhor suas várias facetas de médium, esposa, mãe, dona-de-casa. O floral, para além de qualquer outra terapia, ajudou ela a encontrar uma forma de lidar melhor consigo.

Eu comecei com o Floral, ele me ajudou a me encontrar, a entender que havia uma Esmeralda que era médium, e precisava lidar com a mediunidade, e a Esmeralda pessoa, casada, mãe, dona de casa, que tinha uma vida pra viver e, por isso, precisava administrar sua vida, reequilibrar-se. A partir dos florais eu comecei a dar mais atenção para meu filho e o meu casamento. O floral ajuda a gente a entrar em contato com a gente mesmo.

Jesus e Nascimento (2005), mostram o exemplo dos florais de Bach, que parte do pressuposto que a energia vital utilizada nos processos de cura pode vir de diferentes elementos da natureza, como as flores. Os remédios Florais de Bach são uma delas; eles constituem uma forma de tratamento que utiliza a energia das flores silvestres para combater as emoções negativas que provocam doenças. Agem suavemente, produzindo transformações sutis nos veículos mais profundos do ser, e determinando alterações positivas nos traços de caráter, nos impulsos e condições psíquicas.

Esmeralda elencou uma série de terapias que ajudaram, cada uma a seu modo, no alívio de seus problemas. A acupuntura ajudou a aliviar as dores no corpo, causadas pela angústia e tensão constantes.

Por causa da depressão eu tinha também muitas dores no corpo. Eu vivia triste, angustiada, pensando “pra que viver desse jeito?”. Sentia muita dor no corpo. Eu fiz mais terapias holísticas pra aliviar essas dores no corpo, principalmente na coluna, em decorrência do constante estado de tensão. A acupuntura foi a principal aliada nesse momento. Ela ajudou demais a aliviar minha dor.

A cromoterapia ajudou a acalmar, por meio da utilização de cores que a tranquilizavam. Tanto a cristalterapia quanto o reiki foram o recurso encontrado por Esmeralda para se reequilibrar, a partir do realinhamento dos chacras e dos corpos. Essas terapias, segundo ela, teriam um efeito sutil, não perceptíveis imediatamente, mas depois.

Outras terapias como a cristalterapia e o reiki foram importantes para eu me equilibrar, elas ajudavam a alinhar os chacras e os corpos. É tudo muito sutil, mexe com as nossas energias. Há coisas que você nem sente na hora, só depois percebe o que aquela terapia fez por você.

A melhora promovida pelas terapias alternativas fez com que Esmeralda decidisse abandonar os remédios indicados pelo psiquiatra e ter adotar uma nova posição diante da tristeza, entendendo-a como um sentimento passageiro, não mais como uma patologia, como a depressão.

Mas eu melhorei tanto que comecei a abandonar os remédios. Aos poucos fui diminuindo até parar. Faz uns anos que eu não tomo remédio, quando me sinto triste, eu entendo que vai passar, que não é mais depressão.

Os benefícios trazidos pelas terapias fizeram não apenas que Esmeralda abandonasse os remédios que bebia, mas também que desejasse se tornar uma terapeuta. A partir de então, fez diversos cursos, da maior parte das terapias vivenciadas para aliviar sua depressão e atualmente atende pessoas no centro holístico que fundou com o marido. Declarou que se sentia muito feliz com a atividade de terapeuta.

A psicoterapia também foi descrita por Esmeralda como ineficaz e que inclusive a confundia. Segundo ela, o objetivo era que a psicóloga a ajudasse com a principal causa de seu sofrimento, os seus dons. No entanto, a psicóloga sequer acreditou que no que ela narrava, alegando serem fantasias. A psicóloga ocupou o mesmo lugar das pessoas de sua infância e adolescência, alguém com quem não poderia falar de sua principal causa de sofrimento. Decidiu continuar com a psicoterapia, mas para tratar de outros assuntos, que não sua mediunidade. Permaneceu por dois anos com essa psicóloga, pois percebia que ela ajudava quando se tratava de questões pessoais e familiares. No entanto, a conclusão de Esmeralda depois de experimentar as terapias holísticas é de que estas fazem mais pelas pessoas do que os psicólogos.

O tratamento com a psicóloga não me ajudou em nada, até atrapalhou. Ela me confundia, duvidada do que eu contava, dizia que eu tinha imaginado tudo.

Quando eu contei que quando eu era criança um menino veio falar comigo, ela disse que eu tinha imaginado, que eu via um boneco e imaginava alguém falando comigo e passei a acreditar que era de verdade. Tinha dia que eu saía de lá com a cabeça tão cheia de coisas, pior do que tinha chegado. Eu sabia que eu não imaginava, mas também entendia porque quase ninguém acreditava em mim e percebi que não adiantava falar das minhas angústias pra ela. Nos próximos dois anos continuei indo pra falar de mim, mas em outras áreas, família, pessoal. Nisso ela me ajudou muito mesmo, no meu casamento, com meu filho. Mas já faz tempo que eu parei de ir porque vi que psicólogo não ajuda a gente em nada, não precisamos deles. Qualquer terapia complementar faz muito mais pela pessoa.

Mudanças de posicionamento das pessoas em relação à sua mediunidade depois de conhecer o espiritismo foi importante na trajetória de Esmeralda. Isso ocorreu também com seu pai, que além de acreditar nos seus dons, passou a compreendê-los como parte de sua missão em ajudar as pessoas.

Meu pai também virou espírita depois de um tempo e veio me dizer que acreditava que eu era uma médium e tinha recebido dons pra poder ajudar as pessoas, que eu tinha uma missão aqui pra cumprir e deveria me dedicar a ela. Isso pra mim foi muito importante.

Conforme o relato de Esmeralda, as terapias holísticas tinham ainda um diferencial muito importante, o acolhimento do terapeuta. Diferente das pessoas de sua vida e da psicóloga que procurou, os terapeutas não duvidavam em qualquer momento do que ela dizia a respeito de suas visões. Além de não questioná-la, eles a ouviam, conversavam, ajudavam ela a se olhar e ajudar.

Os terapeutas holísticos também conversam muito com a gente, ajudam a gente a entender muita coisa, a se olhar, se ver, se ajudar. Essa parte da conversa é importante. E nunca duvidaram de mim, acharam que eu imaginava ou mentia.

Enfim, para Esmeralda, tão importante quanto as terapias, foi conhecer uma nova religião, em que seu dom, ao invés de ser estigmatizado, foi compreendido como uma capacidade dada a ela com o objetivo de ajudar as pessoas. As classificações até então recebidas como louca, bruxa ou fantasiosa foram substituídas entre os espíritas pela de médium. A dádiva que outrora foi motivo de medo e rejeição agora era usada na sua atividade como terapeuta holística, em que se via ajudando as pessoas e se sentia gratificada.

O que parece se destacar em sua narrativa, as terapias holísticas tiveram o diferencial de não mirá-la a partir de um olhar condenatório, que duvidava do que ela afirmava vivenciar ou que entendia sua experiência como um sintoma que, como tal, exigia intervenção. A habilidade dos terapeutas holísticos de intervirem positivamente no seu quadro e aliviarem seu sofrimento, sem se posicionar diante dela a partir de uma abordagem já predefinida e autoritária, foi imprescindível para o seu resultado. Tanto a psiquiatria quanto a psicoterapia não possibilitaram a ela uma visão de seu sofrimento a partir de seus próprios termos. A necessidade de que suas experiências fossem aceitas como reais foi um critério importante na sua avaliação sobre a terapêutica.

A análise de Esmeralda foi de que, a partir da terapia holística, ela pode ser tratada, equilibrar os chacras e as energias, controlar sintomas da depressão, enxergar a si mesma e seus “dons” de uma forma mais positiva e ainda usá-los em seu benefício de outros. As terapias holísticas fizeram da grande causa de seu sofrimento um elemento positivo e útil. Ela se tornou uma terapeuta que dominava diversas abordagens se dedicava à saúde das pessoas e se sentia gratificada com isso.

Rubi

Rubi narrou como foi a primeira vez que ouviu sobre ser deprimida. Depois de procurar as razões de problemas somáticos e não encontrar, foi orientada a procurar um psiquiatra, que a diagnosticou com depressão.

Eu soube que tava com depressão depois que o psiquiatra falou, (risos) Só isso.

(...) O psiquiatra entrou na minha vida assim, porque os médicos me diagnosticavam que eu não tinha nada e que eu precisava buscar um ajuda pra poder mudar isso. Foi dessa forma que entrou.

Esse último trecho do depoimento de Rubi foi muito esclarecedor, ela foi procurar um psiquiatra porque o médico disse que ela não tinha nenhuma doença. Rubi entendeu então que os médicos precisavam encontrar um diagnóstico para ela, pois a medicina precisa “taxar” para tratar. Ela foi taxada como depressiva. No entanto, adotou a classificação para se justificar para as pessoas com quem se relacionava.

Então, chega no médico e ele tem que “taxar” um nomezinho, né? Ele tem que falar o que que você tem, porque você quer saber: “Doutor, o que que eu tenho?” Aí eles tem aquele tanto de siglas, né? Se a pessoa é hiperativa, a pessoa é não-sei-o-que, quando fica muito nervosa, muito eufórica, muito depressiva, isso também tem nome. Aí eu era depressiva: “Você está com depressão”. Foi aí que eu fiquei sabendo o que eu tinha que usar (o diagnóstico). Eu passei a falar que eu tinha depressão. “Ah, o que que você tem?” “Ah, é só problemas de depressão. Não esquenta com isso não”. Então, foi a partir daí, do psiquiatra, não por mim só, que eles tem que rotular com alguma coisa né?

Mas, apesar de aparentemente desprezar o rótulo, Rubi admitiu que era importante se valer dele em alguns momentos, diante de determinados sujeitos, como no trabalho. O rótulo psiquiátrico tornava-se importante para justificar o afastamento do trabalho e da vida social. É preciso lembrar que um rótulo é aceito porque legitimado. A depressão, apesar de todo preconceito que já envolveu, possui função explicativa para o isolamento.

O rótulo você usa. Você passa a se rotular de depressiva. Implicação das coisas, né? Eu já fiquei afastada várias vezes por causa de laudos psiquiátricos. Então, a pessoa te pergunta: “Ah, por que você não está trabalhando? Por que você está afastada?” Você fala: “To com depressão”. “Ah, a Rubi não quis vim na festa, quase não está quase saindo e tal”. “Ah, não é porque ela tá com depressão, sabe?” Então, nesses momentos assim você está com depressão.

Ela revelou que, na verdade, não percebia inicialmente uma relação entre a intensificação dos sintomas da depressão e o trabalho. Essa relação foi mostrada pelo

médico e melhor percebida depois de tirar a licença médica. Notou que afastada do trabalho os sintomas desapareciam e voltavam ao fim do período do atestado.

O trabalho exigia que ela lidasse cotidianamente com o confronto com os clientes. Como trabalhava com atendimento face a face, em uma empresa de telecomunicações, precisava lidar com a insatisfação dos clientes com a empresa, direcionados a ela. A empresa, por seu turno, não dava suporte para esse enfrentamento. A ideia era de que tinha que aguentar. A depressão era revelada apenas quando já se tornara incapacitante.

É porque a carga de pressão era muito forte, era bater de frente o tempo todo com as pessoas, era loja de atendimento de telecomunicação, a que resolve os problemas. Então, todo mundo que estava chateado com a teleatendimento em Goiânia ia pra lá. Então, chegava gente xingando, brigando, batia de frente, sabe? E o lugar não te dava suporte. Então, falou suporte da empresa e ao mesmo tempo aquela vida já...

A manutenção de sua saúde passa também a ser de responsabilidade do próprio indivíduo. A saúde torna-se algo a ser autogerida. Como o sujeito já não controla seu tempo, não tem um real direito a um período para convalescer e se recuperar, está cercado de exigências, concorrentes e prazos. Os indivíduos são pressionados a aguentar o ritmo e as condições do trabalho, suportar, nem que seja base de drogas, antidepressivos e ansiolíticos, os sofrimentos causados pelo seu cotidiano (GAULEJAC, 2007; BRANT E MINAYO-GOMEZ, 2004; DEJOURS E ABDOUCHELI, 1994).

O sujeito é interpelado a se adaptar e, caso não o faça, é novamente responsabilizado, considerado fracassado, incompetente. O que se vê como resultado dessa nova realidade, são indivíduos desprotegidos, esgotados, ansiosos, deprimidos, sob forte medicalização, drogados por antidepressivos e ansiolíticos, destituídos de sua subjetividade (GAULEJAC, 2007).

Os remédios surgiram na vida de Rubi para agüentar o cotidiano e não ter que falar das causas do mal-estar. De forma que, como falar de seus problemas era doloroso, ela optou por apenas tomar remédios.

E eu tinha uma pequena divergência com o psicólogo. Era justamente isso, de falar do problema, na época era difícil poder expor. Então, era mais fácil tomar o remédio, porque o remédio não perguntava nada, né?

Ademais, a psicoterapia mostrou-se inviável pelos custos. Rubi perdeu o emprego e o plano de saúde e não poderia pagar por sessões com psicólogo. Com o psiquiatra a consulta ocorria de três em três meses, ela pegava uma receita para medicamentos por esse tempo, comprava remédios e assim diminuía os custos do tratamento.

No entanto, Rubi notou que precisava de mais do que medicamentos para melhorar. A dosagem de seus remédios já havia dobrado desde que começara o tratamento e ainda não se sentia bem. Não conseguia dormir nem se alimentar bem. Quando dormia, tinha um sono perturbador, em que acordava gritando e chorando.

Por um lado, os remédios não a ajudavam a resolver seu mal-estar. Ela esperava que eles espantassem a tristeza e dessem ânimo para transformar sua vida e sua aparência, e isso eles não fizeram por ela. Por outro, eles a ajudavam a continuar vivendo, ainda que “maquinalmente”.

Quando eu tomava os remédios, eu tinha a força pra viver o que eu estava vivendo. Eu levantava da cama, eu ia pro trabalho, trabalhava, sabe? Mas, muito maquinalmente, muito robotizada. Então, ele me dava a força, mas ele não me ajudava no emocional. Eu continuava triste, eu continuava baixo-astral. Eu só tinha a força motora de fazer, sabe? De ir procurar, de querer mudar, de querer me arrumar, de querer emagrecer, de querer estar bonita, sabe, essa parte ele não ajuda. Ele ajudava na parte motora de você ter o ânimo pra levantar e ir fazer a coisa, mesmo roboticamente, mesmo sem querer, porque tem que fazer.

Além de dar a força motora, Rubi revelou que os remédios ajudaram com alguns de seus problemas: diminuiu as crises de choro e o calmante fez com que ela conseguisse descansar mais por meio do sono. No entanto, eles tinham efeitos colaterais que a incomodava muito, como ficar zozona, ter dores no estômago e, conforme foram aumentando as doses, ficava dopada. Sua avaliação da psiquiatria é que seu objetivo não é tratar, mas dopar. Contudo, ao dopar o remédio perdia sua eficácia inicial, que era garantir que ela se mantivesse ativa. Quando o remédio revelou-se tão incapacitante quanto a doença, Rubi abandonou o tratamento psiquiátrico.

Mudou um pouco mais as ânsias de choro e tal, conseguia descansar enquanto dormia, mas eu acabava passando mal, estômago... Acabava fazendo mal físico, né? Causando a dependência. O último que eu tomei que foi pelo SUS, o último que eu tentei com o psiquiatra, que eu digo que eles não querem tratar, querem

dopar. Ele mudou meu remédio, já passou um remédio forte que eu não conseguia acordar, não conseguia levantar da cama.

Então, foi por isso que eu parei de tomar o remédio. Ele me ajudou num momento. Até um certo tempo me ajudou. Chegou num ponto que ele ia aumentar, aumentar, aumentar, que eu ia continuar dopada e pronto e acabou, não ia fazer efeito nenhum. Eu peguei e falei: “Não quero mais”. Simplesmente decidi que eu não queria e parei de tomar.

Além disso, em razão dessa ineficácia do tratamento psiquiátrico em criar motivação para mudar aspectos de sua vida, Rubi os substituiu por psicoterapia e terapias holísticas.

A pessoa tem que ir largando os remédios aos poucos e ir criando sua motivação com outras coisas. Que é a questão de eu procurar a parte holística, sabe? De procurar um psicólogo e ir se firmar num psicólogo e ele ir me ajudando a melhorar aos poucos, a ir mudando as coisas que eu devo fazer, que eu quero fazer, tenho ânimo, vontade de viver, sabe? O remédio, ele te deixa naquele patamar ali. Não tenho vontade de fazer nada a mais. Não tenho anseios tomando o remédio.

Nesse depoimento, Rubi deixou evidente uma incapacidade que percebeu nos remédios, eles não eram capazes de fazer o sujeito deprimido desejar novamente, de procurar ação e transformação.

Depois de encerrado o tratamento com psicotrópicos, Cristal afirmou não saber avaliar que benefícios ou prejuízos foram resultados da medicação. Isso porque, segundo enxerga, sua vida toda foi de altos e baixos da depressão. Até os 23 anos de idade ela entrou e saiu desses ciclos sem tomar qualquer medicação, depois disso não sabia definir que atribuição uma causa externa, como remédio ou psicólogo, teria na mudança de seu estado emocional.

Vou ser sincera com você, como eu já venho nesse ciclo de depressão, de sensações de depressão, das dores, dos problemas de saúde ocasionados pela depressão, dos sentimentos causados, eu não consigo te dizer de um... Onde foi que o remédio piorou, onde que foi o remédio que melhorou, sabe? Porque sempre foi altas e baixas, e eu sozinha, sem remédio. Até os 23 anos eu aguentei sozinha, sem remédio. Entrava no fundo do poço e saía sozinha, sabe? Sem psicólogo, sem remédio, sem ninguém.

Rubi optou, então, por terapias que intervissem de forma eficaz na depressão, mas não a impedisse de realizar suas tarefas cotidianas, como a psicoterapia e as terapias holísticas. O holístico teria a capacidade de agir no energético e no físico, o que ajudou a aliviar bastantes dos sintomas. O tratamento energético teria a capacidade de cuidar de

problemas que estariam enraizados, aliviar seus sintomas e garantir que ela permanecesse em atividade.

Eu preciso trabalhar, então, como é que eu vou tomar um remédio que me deixa dopada o dia inteiro sem conseguir trabalhar? Não dá. Então, eu tinha que procurar alternativa, e eu acho que o holístico veio pra auxiliar nisso. Na parte energética que eu acredito. Cuidar do que tá errado lá no comecinho, lá enraizado, e tirar até eu conseguir tirar tudo do físico, né?

A psicoterapeuta representava alguém que teria condições de olhar sobre os problemas de Rubi com maior clareza, por não estar diretamente envolvida com os acontecimentos.

Então, é um auxílio grande sim ter alguém pra te ajudar a enxergar e resolver os quebra-cabeças da vida da gente, né? Porque, às vezes, a gente que tá dentro, a gente entende totalmente diferente o que aconteceu. Quando a gente está do lado de fora assim olhando, a pessoa vê com mais clareza, ela consegue te ajudar a entender aquilo com mais clareza, sabe? Acho que é isso que a psicologia auxilia. Fazer você entender de uma forma mais aberta, como se você estivesse olhando de fora. O que a gente não faz no dia a dia né?

Mas a psicoterapia foi avaliada por Rubi como cansativa e na qual ela permanecia porque reconhecia que estava ajudando a se sentir melhor.

Eu reclamo, eu falo: “Já não aguento mais ir na psicóloga e ficar só falando, falando, falando, falando e ouvindo. Já não aguento isso mais”. Mas eu sei que está me ajudando. Então, não vou desistir. Eu sei que pra mim é um pouco mais complicado, tá um pouco mais difícil, mas quando fizer efeito, vai ter feito efeito, mesmo que demore um pouco mais.

Quando questionada sobre algum aspecto que tenha sido negativo na psicoterapia Rubi respondeu imediatamente que a principal desvantagem era ter que pagar por ela, pois não conseguia esse tratamento gratuitamente. Logo depois relatou uma experiência com uma psicóloga que cobrava apenas dez reais por sessão, mas com quem não era possível continuar a terapia em razão de “choques de conhecimento”. Rubi argumentou que ainda que as técnicas utilizadas por uma profissional de psicoterapia sejam semelhantes, a psicóloga interfere no andamento da terapia com seu modo de pensar. Ou seja, havia a necessidade de um olhar particular e distanciado sobre sua vida, mas não tão distante do próprio. Era preciso que houvesse afinidades.

Tentei, eu tentei uma antes dessa que era 10 reais por sessão. Só que eu acho que tem um pouco de filosofia de vida. Por exemplo: se você pega uma psicóloga que é evangélica e você é espírita, como é que você conversa com a pessoa? Ter choques de conhecimento, por mais que ela seja psicóloga, tem né? Porque a forma de pensar dela é diferente e, querendo ou não, as técnicas são as mesmas, mas a pessoa que está por trás das técnicas também interfere. Então, era muito

por esse lado aí, sabe? Eu não ia poder abrir a parte espiritual, a minha parte espiritual que influencia muito.

Por mais que o outro fosse mais barato, não adiantava. Não estava adiantando. O que ela falava não casava com o que eu pensava, com o que eu sinto, entendeu? Então, eu não ia abrir minhas barreiras, meus bloqueios, nunca pra ela.

A necessidade que sentia de melhor fez com que Rubi procurasse tratamento e adotasse as mais diversas terapias que fossem indicadas.

Então, acabei conhecendo aqui, e todo tratamento que falavam: “Olha, esse tratamento aqui vai te ajudar e tal”. Por mais que eu não sentisse a melhora no começo, eu acabava fazendo. Então, a primeira coisa foi a psicologia, a psicoterapia, e depois veio o reiki, veio massagem, veio acupuntura, aurículo, floral... O que tinha de tratamento que fosse me auxiliando, me levantar ali naquele momento que eu estava muito mal...

O reiki foi a terapia que ela aderiu como contínua e, inclusive, fez um curso para aprender a aplicá-lo. Entre os benefícios do reiki estão não causar efeitos colaterais que os psicotrópicos causavam, como dores no estômago e a sensação de estar dopada. Com o reiki ela sente que está conseguindo lidar por si mesma com seu sofrimento, sem a impressão de que há um agente externo afetando seu corpo e percepção.

Então, hoje eu uso o reiki, até sou reikiana, fiz o curso. Ainda tenho muita coisa pra... Tem coisa de muito cedo. Então, ainda tem muita coisa arraigada ali pra... palavras ditas, coisas vividas, mas que pelo menos tá mais leve. Eu não fico o dia inteiro com dor no estômago por causa de um remédio, nem dopada porque o remédio não me deixa... Sou eu e eu, pronto e acabou.

Com as terapias holísticas, Rubi sentia menos dor, mais ânimo, conseguiu emagrecer e trabalhar.

Eu tenho dificuldade de perceber a melhora e ligar ela ao que foi. Então, assim, eu sei que hoje eu sinto menos dores no pé, eu sei que hoje eu consegui emagrecer, eu sei que hoje eu consigo trabalhar, eu sou mais animada e tal.

Rubi argumentou que se o tratamento energético não for acompanhado de uma mudança de ambiente, de vida, seus efeitos podem não ser duradouros. Ainda que as terapias funcionem no corpo energético, espiritual e emocional não chegarão até o físico. Não se pode, por exemplo, fazer acupuntura para aliviar dores e angústias e esperar que o resultado permaneça depois de trabalhar 44 horas por semana em pé em um ambiente conflituoso, por exemplo.

Consegue identificar como mudanças desde que começou a fazer os tratamentos falar com a mãe sem raiva, morar sozinha sem chorar tanto quanto no início.

Por exemplo, antes de fazer reiki, eu mal conseguia ouvir a voz da minha mãe. Às vezes, o telefone tocava e eu via que era o número dela, eu já ficava com raiva. Hoje eu já consigo atender e ouvir ela falar da minha irmã. Só que claro que eu fico chateada, mas não com a mesma força que eu ficava antes, sabe? Hoje eu consigo viver sozinha e não chorar tanto, não sofrer tanto, como eu fazia antigamente, entendeu? Mas ainda tem muita coisa. Ainda não estou totalmente forte. Eu sei que algumas coisinhas eu consegui mudar e, como é o que eu mais faço é o reiki, então, possivelmente, está vindo dele, né?

Rubi fez um curso de reiki para autoaplicação a fim de evitar que as energias de outras pessoas a afetassem. O reiki entrou também como uma forma de se proteger da negatividade alheia que a atingia e provocava mal-estar. Nota-se aqui a incorporação das explicações holísticas na sua vida e seu bem-estar.

Acabei fazendo o curso do reiki porque energeticamente, eu pego muita energia dos outros. Então, eu deixo me abalar pela energia do local que eu entro. Então, isso me enfraquecia muito. Eu estava sempre fraca. Sempre desanimada, sempre triste, sempre com medo, porque tem essas energias perto de mim e eu absorvia. E aí eu fiz o reiki como primeira proteção.

Mais, obter maiores benefícios do reiki exigia espiritualizar-se, acreditar no potencial terapêutico do invisível.

Vantagens do reiki, você tem que ser espiritualista pra conseguir entender. Você tem que se abrir à parte energética. Tem que aceitar toda a questão de corpos sutis, de corpos emocionais, sabe? Você... Acreditar, conhecer e compreender que isso tudo existe sendo que na verdade você não vê com seus olhos, né? Então, você ser espiritualista, já te ajuda um pouco nisso. E saber que você está lidando com essa parte um pouco mais invisível, mais sutil, e que ele está te auxiliando aos poucos.

Um fator diferencial que foi apontado em relação às terapias holísticas foi o acolhimento, que incluía não somente a escuta, mas receber o cliente em um lugar preparado para que ele se sinta bem: aromas, luzes e músicas agradáveis.

Na verdade é como se fosse um tempinho pra você ali. E o momento de aplicação do reiki é um acolhimento. Você está numa sala que tá preparada, que tem um cheirinho gostoso, que tem uma música legal, que tem alguém ali conversando com você e que depois ele vai ali te aplicar o reiki e você sente a energia, o calor ali. Então, você se sente um pouco acolhida. Eu acho que essa é a vantagem do reiki. Esse acolhimento que ele te proporciona. Pelo menos essa atençãozinha ali, por alguns minutos você tem. E todo trabalho energético que ele vai fazendo com você. É que, querendo ou não, você acaba conversando com a pessoa. Eles não são frios. Não chega, você deita, eles aplicam o reiki e você vai embora. Não é assim. Você conversa. Você, querendo ou não, tem um amigo ali.

O diálogo com o terapeuta holístico foi apresentado com uma qualificação específica: há escuta atenta à qual é somada uma série de indicações de remédios naturais e mudanças de posturas que podem ajudar a melhorar a saúde. Esses conselhos fornecidos adquiriam especial legitimidade porque são vistos como tendo por base um conhecimento milenar, vindo de tradições orientais, como a chinesa.

Essa sabedoria milenar apreciada por Rubi adotava uma perspectiva de que as emoções são capazes de adoecer fisicamente as pessoas. A raiva, como ela exemplifica, pode causar sinusite. Nesse aspecto, mais uma vez fica evidenciado o impacto que o outro tem sobre sua energia. Conflitos com outras pessoas despertam sentimentos que provocam doenças.

Então, tem todo um conhecimento de uma sabedoria milenar que vai tentando te auxiliar também e que você vê que é aquilo, que funciona. Você chega aqui com sinusite, por exemplo, eu mesma já aprendi, a pessoa tá com sinusite, a pessoa passou raiva. E você pode perguntar. Ela reclama de sinusite e você pergunta: “Você andou brigando com alguém? Andou passando raiva?” A pessoa: “Ah, discuti com meu marido. Eu não, eu discuti com o pedreiro lá de casa”. É batata, sabe? Então funciona... É assim.

Mattos (2011) aborda como na tradição chinesa a doença vem do desequilíbrio da energia ou fluido vital, causada por fatores emocionais, ambientais ou até espirituais que afetam os meridianos de circulação de energia, ocasionando os sintomas físicos e emocionais. Portanto, a cura da chamada “doença” vem da reorganização e equilíbrio do fluido vital, obstruído nos meridianos de energia. A visão do médico holístico é diferente, pois tenta sentir, observar e diagnosticar o desequilíbrio como um todo; tenta fazer voltar o fluido vital ao seu estado de normalidade através de ações no corpo físico, como medicamentos homeopáticos, fitoterápicos, acupuntura, e também propostas de tratamentos psicoterápicos, energéticos, como Reiki e diversas outras formas de reequilíbrio vital. Mais do que isso, a energia sofre a influência das emoções, desejos e das aspirações. A partir desse posicionamento, pensar de modo holístico, a proposta é ajudar cada um a pensar em sua vida no seu todo: nos seus sentimentos, emoções, alegrias e frustrações, raivas e tristezas. Ela convoca o sujeito adoecido a fazer algo para mudar, a partir de uma conscientização que leva cada um a cuidar melhor de si, deixar fluir o e reorganizar sua energia vital.

Depois de iniciar o tratamento com terapias holísticas, Rubi interessou-se em conhecer melhor os mecanismos de funcionamento dessas terapias. Matriculou-se em um

curso de reiki. A partir desse curso pode conhecer mais sobre reequilíbrio energético promovido pelo cuidado com os chacras e com os diversos corpos que as pessoas possuem. Tratar os chacras e corpos mental, espiritual, emocional contribuem para o bem-estar da pessoa e impede que o corpo físico adoça.

A, o reiki é um reequilíbrio energético, literalmente. Então, a gente tem campos de força que são os nossos chacras, que recebem a energia e distribui ela pelo seu corpo. O bom funcionamento dos chacras faz com que seus órgãos funcionem e automaticamente faz com que você tenha um bem-estar. O bloqueio desses chacras, a falta de energia nesse lugar, faz com que o corpo também adoça, os órgãos relacionados ali adoçam. É como uma cadeia, né? Um vai prejudicando o outro e assim vai.

Souza (2012) destaca que energia tem um caráter inteligente. Quando canalizada e ativada, ela mesma encontra os bloqueios de canais no corpo e desbloqueia fluxos de energia, canais bloqueados, liberta o corpo de energia nocivas. A energia age no corpo independente do diagnóstico para contribuir com processos de cura do sujeito. Souza explica ainda que energias nocivas estagnadas no corpo podem dar origem a problemas psicossomáticos como a depressão.

Se, por um lado, o reequilíbrio dos chacras promoveu um bem-estar emocional, por outro, essa causalidade é recíproca. Há emoções que provocam o desequilíbrio dos chacras. Isso justifica a terapêutica que, ao mesmo tempo, intervém e aconselha. O reiki, por exemplo, alinhava os chacras, tratando o energético, o físico e o emocional. Mas ela precisava manter a calma, não se envolver em conflitos para impedir um novo desequilíbrio.

Então, com o reequilíbrio dos chacras, você consegue dar tipo um “up”, um ânimo pra você seguir em frente. O uso contínuo do reiki, você consegue estabilidade desses campos de energia. Manter eles sempre funcionando pelo menos numa boa condição. E o reequilibrando, cuidando, de todos os... Mexendo na questão do corpo emocional, do corpo físico, né? Até chegar no corpo físico, você consegue... É igual um reflexo. Se o seu espiritual, se o seu emocional não está bem, o seu corpo físico não está bem, e vice-versa. Quando melhora lá, o físico responde. É por isso que várias das minhas dores já sumiram, porque já mexeu lá aonde estava o problema. Então, é basicamente isso, é reequilíbrio energético. Trazer o equilíbrio pro seu corpo pra que você consiga seguir. Só que lembrando sempre: você acabou de receber reiki, realinou, reequilibrou, você pode bater o carro ali, pode brigar com alguém. Então, vai depender de você manter a linha de pensamentos pra que todo isso continue. Mas, a deficiência dos chacras sim, realmente causa problemas de saúde no físico, e pra chegar no físico, quer dizer que já está tudo bagunçado nos outros corpos, que são, no mínimo, sete.

Inevitável estabelecer aqui uma analogia entre energia e serotonina. Ainda que a serotonina haja especificamente em um órgão e a energia envolva não apenas todos os

órgãos, mas também chacras, meridianos e diferentes corpos dos sujeitos, ambos são tratadas sob o aspecto da estabilidade para alcançar o bem-estar. Problemas na captação da serotonina, assim como na distribuição e qualidade da energia, poderiam provocar problemas físicos e emocionais.

Energia, o ar que você respira é energia, a minha fala é uma energia que eu estou trabalhando ela e fazendo ela se transformar na fala, mas é energia, é um movimento, né? Então tudo isso no universo é energia, né? Uma coisa de energia positiva e energia negativa, igual você falou a questão das pessoas te olharem e você se sentir mal com o olhar das pessoas, é energia que ela está impondo naquele olhar, sabe? O pensamento que ela está impondo que é energia. Tudo no mundo é energia. Tudo que você pensa, você acaba transformando. Com a energia você transforma. Então, o energético é isso. É como está você. Se você está bem, se você está animada, todo mundo percebe que você chegou. Chega num lugar que você chama a atenção de todo mundo se você está energeticamente bem. Mas se você está depressiva, sua energia está ruim, está baixo-astral, e você acaba incomodando as pessoas por causa disso. Porque a sua energia incomoda. Ela tá ruim, tá destoando.

Então essa parte energética que é a que tem que ser cuidada também. Quando a gente, com os pensamentos, com os sentimentos, a gente vai abaixando a vibração, né? Tudo é vibração. Hoje a cor, o movimento... Tudo é vibração. Não estudei a fundo ainda, mas estou estudando a cromoterapia como a cor, como a vibração da cor pode te auxiliar.

Então, tudo no mundo está interligado e tem algo que circunda todo mundo. E essas energias ficam girando. É força do movimento né? Eu falei alguma coisa, eu estou gerando uma energia positiva ou negativa em torno de mim e da pessoa que eu falei.

Soares (1994) enfatiza a importância da categoria energia como uma referência central que articula diferentes dimensões de uma cosmologia alternativa. Segundo este mesmo autor, a energia é uma moeda cultural do mundo alternativo, que prepara o terreno simbólico para o desenvolvimento de uma linguagem comum, independente das diversidades. Todas as díades que projetam valor sobre o trinômio corpo-espírito-natureza são regidas pela energia. Na visão ocidental a categoria energia possui uma conotação genérica referida à ideia de energia cósmica onde todos os seres vivos estariam submetidos a uma mesma lei cósmica que regeria o ciclo da vida. Energia é uma substância-movimento que produz e modifica, como fonte autônoma, seres e estados.

Em síntese, com psiquiatras Rubi passou por sucessivas mudanças de medicamentos e dosagens, com efeitos colaterais tão impactantes quanto os primeiros sintomas que a fizeram procurar por um médico. Mas, apesar de ter efeitos colaterais, os remédios davam-lhe condições para suportar a vida e cumprir com suas obrigações,

sobretudo as profissionais. Esta é justamente a função dos antidepressivos, segundo Guimarães (2005), fazer suportar a rotina.

Rubi tratou em diversos momentos de uma resistência aos tratamentos. No caso dos medicamentos, dosagens pequenas não aliviavam em nada seus sintomas e grandes tinham efeitos colaterais bastante ruins. A medicalização mostrou-se inviável.

A psicoterapia foi mantida, pois acreditava que falar fazia bem, mas somente depois que encontrou uma psicóloga com quem tinha afinidades. Não conseguia estabelecer uma relação de confiança com uma profissional que tivesse valores éticos ou religiosos diferentes dos seus.

Na sua narrativa é notável a adoção do vocabulário dos terapeutas holísticos, como energia, chakra, reequilíbrio energético, entre outras.

As terapias holísticas surgiram como a melhor possibilidade de intervenção terapêutica. Isso por várias razões: o acolhimento dos terapeutas era considerado bom; os terapeutas holísticos não tinham uma abordagem que conflitasse com seus valores ou religião; os conhecimentos tinham componentes valorizados por ela, como serem milenares, práticos e verificáveis no cotidiano; terapias agiam também no campo do invisível, energético; as terapias não partiam de um conhecimento que ela não pudesse dominar e usar com certo treinamento. Com orientações do terapeuta e uns cursos rápidos ela aprendeu a utilizar o reiki como autoaplicação, protegendo-se de energias ruins, limpando e reequilibrando suas energias quando sentia necessário. Isso dava a ela mais autonomia sobre o tratamento e capacidade de ela mesma promover seu bem-estar.

Cristal

O primeiro contato de Cristal com um psicólogo foi na infância, depois de passar por uma situação de violência na família. Quando ela tinha 8 anos de idade um ladrão invadiu sua casa e baleou seu pai. Sua mãe ficou tão nervosa com a situação que teve um infarto. Cristal se assustou muito com o grito do pai, a violência e com a internação dos pais. Depois desse dia traumático ela não conseguia mais ficar sozinha, pois sentia medo.

Ah, não falei da minha infância, né? Que eu tinha medo. Eu não tinha falado. Entrou um ladrão lá em casa na minha infância. Meu pai levou um tiro. Na hora que ele levou um tiro, minha mãe levou um susto na hora e teve um infarto. Aí ficou os dois no hospital durante 1 mês. Meu pai levou um tiro, mas ele gritou tão alto, tão alto, que a minha mente, eu tava tendo um pesadelo na hora, no momento, isso foi a noite... Eu achei que era o demônio que tava entrando na minha casa (risos). Eu tinha 8 anos. E desse dia em diante, até os meus 12 anos, eu não conseguia ficar sozinha. Então, quando eu ia tomar banho, eu tinha que ter alguém junto no banheiro comigo. Para usar o banheiro, a porta era encostada, eu não trancava. Dormir, tinha que dormir com alguém se não eu não dormia. Ficava lá... Dos 8 aos 12 anos eu tinha que dormir com ela que eu tinha muito medo de que alguma coisa vinha me pegar, sabe? Trauma do grito que meu pai deu.

Para ajudá-la a superar isso, sua mãe a levou a um psicoterapeuta. Contudo, a psicoterapia configurou-se também traumática para Cristal. Seu psicólogo dormia durante sua sessão, o que provocou nela, por um lado, uma depreciação de si mesma, de que não merecia a atenção nem de um profissional pago para ouvi-la e, por outro, uma forte aversão a psicólogos.

Eu pouco lembro dessa época. Aí eu tive que fazer terapia. Fazendo terapia, com esse senhor, ele dormia na seção. Eu começava a falar e ele ficava, assim, piscando, pescando. E eu tomei ódio de psicólogo! Se falar de psicologia pra mim, eu tomo raiva. Falei assim: “Gente, eu to pagando. A minha mãe tá pagando o cara pra me ouvir, ele nem... Eu sou tão ruim, mas tão ruim, que nem um cara que tá sendo pago pra me ouvir ta me ouvindo?”. Então, eu tomei ódio de psicólogos, sabe?

A má impressão de psicólogos foi reforçada depois de adulta, quando Cristal voltou a procurar a psicoterapia para ajudá-la com a depressão. Ela narrou que tinha a impressão de estar sendo julgada por ele e, desse modo, sentiu-se desestimulada a falar. Depois dessas duas experiências desistiu novamente da psicoterapia.

E, aí tá. Aí agora com esse... Agora, voltando à vida adulta, trabalhando, entrei em depressão, faltava muito, aí eu falei: “Não quero psicólogo não. Pra dormir de novo? Não quero não”. Cheguei a ir num psicólogo, mas, esse cara, não confiei nesse cara. Muito, muito... Eu achava que ele estava fazendo, fazendo mal juízo de mim. Estava me julgando. E eu começava a ficar pensando no que eu ia falar, o que que ele ia pensar de mim. Eu ficava muito nervosa ao ir. Falei: “Não, não quero psicólogo não”.

Como foi narrado por ela, sua depressão estava grave. Engordou muito, chorava bastante e estava agressiva com as pessoas a sua volta. Sua mãe, portanto, a levou a um psiquiatra. Sua primeira experiência com o psiquiatra foi perturbadora. Primeiro, ela demonstrou uma desconfiança em relação à sua capacidade médica devido a sua aparência desleixada. Durante a consulta, depois de Cristal apresentar seu quadro, ele revelou que ela tinha um “transtorno mental”, expressão que a assustou e desagradou. Mas, o diagnóstico final foi que causou um grande mal-estar, o psiquiatra a classificou como Maníaco-depressiva. Ser chamada de maníaca depois de uma simples conversa soou a Cristal como uma violência, segundo sua narrativa.

Aí eu fui num psiquiatra. Que que isso? O cara pior ainda. Aí o cara me encheu de remédio. Ele era doido. Pra mim, psiquiatra é gente doida. Porque o cara não falava coisa com coisa não. Ele chegava lá todo descabelado, com as roupas todas desgrenhadas, e eu olhava: “Meu Deus do céu, esse homem que vai me atender?” Aí falou: “Não, você simplesmente tem um transtorno mental.” Falei: “O que?”. “Você é uma maníaco-depressiva”. Esse é o termo que eles usam na psiquiatria, mas eu não consegui admitir ele me chamar de maníaca. Falei assim: “Ah é? Então tá.” Saí de lá. Falou isso depois de a gente conversar. Conversando, como a gente tá aqui conversando agora. Perguntando meus sintomas: “Aí, eu choro. Eu to triste...”

Cristal definiu o momento desse diagnóstico psiquiátrico como maníaco-depressiva como o pior momento de sua depressão. Não apenas um diagnóstico que parecia bastante negativo, mas também a frieza com que ele foi dado a fez sentir muita raiva, conforme narrou. Ela justificou que um deprimido espera um acolhimento carinhoso e atencioso, não um diagnóstico frio, como o que teve.

O mesmo momento da depressão foi quando o médico chegou e falou aquilo pra mim. Eu tinha vontade de esganar ele. Eu falei: “Quem que você pensa que é pra me julgar desse jeito?” Acho muito pouco humano você chega assim: “Não, você é um maníaco-depressivo.” Não é assim que você deve falar pra uma pessoa que está com depressão. Senti muita raiva. Eu esperava carinho, atenção... Era o que eu queria, que eu sempre quis. Receber um pouco de carinho. E ele não vai me dar. Tá lá, o cara formou em medicina, tá lá com um cadáver e vai chegar lá e vai me dar carinho? Então, aquela hora eu entrei... Aí que eu entrei na depressão mesmo. Fui pro fundo do poço.

Embora rejeitasse o diagnóstico recebido, deu continuidade ao tratamento. Outro psiquiatra a diagnosticou com transtorno bipolar e a medicou. Passou a tomar um tranquilizante, analgésico e antidepressivo. Há um aspecto que chama atenção no depoimento de Cristal: a potência do remédio. Segundo afirmou, remédios de tarja

vermelha não faziam efeito suficiente e os de tarja preta deixavam ela “babando”. Não parecia haver um meio termo entre não produzir efeitos quaisquer ou produzir efeitos muito danosos.

Aí falaram que eu tinha transtorno bipolar, não sei o que lá... Aí eles me deram remédio. Tinha uns remédios que eu tomava que eu ficava praticamente dopada. É Rivotril, Ormigreïn... Ormigreïn é pra dor de cabeça. Donaren. E uns outros assim. Tarja preta. Sertralina. Esses tarjas vermelhas pra mim era água com açúcar, nunca fazia efeito. Aí eu tomava e ficava assim: Vidrada, dormia o dia inteiro, ficava lá babando.

Além dessas alterações, Cristal mencionou que não possui muitas memórias do período em que estava fazendo uso de psicofármacos, mas demonstrou gratidão por isso, haja vista que não queria lembrar de si mesmo da forma como era.

Teve uma época, que é difícil de falar, da depressão. Com esses remédios que eu tomei, eu não lembro muita coisa da minha vida, se eu perguntar assim: “Que roupa que eu usava, como é que era meu cabelo...” Eu não lembro dessa época. Graças a Deus (suspiro). Só de querer chorar. De chorar, de querer não conversar com ninguém, de querer dormir, de querer ficar o dia inteiro no computador. Muito grossa, muito ríspida, mal-educada, não dava “bom dia”. Que se dane, sabe? Não estava, não tinha ligação com as pessoas. Então, eu estava isolada. Porque eu ficava apática. Simplesmente parava de reclamar da vida e ficava calada.

Aí nesse meio tempo eu também tive muitos problemas financeiros. Compensava tudo gastando e comendo. Comendo, comendo, comendo, comendo... Minha vida era o comer. Minha alegria era comer (risos).

Diante das adversidades impostas pela psicoterapia e o tratamento farmacológico, foi apresentada a Cristal a terapia holística como possibilidade de intervenção. Cristal começou pelo reiki e ficou satisfeita com o resultado, tanto que decidiu fazer o curso de reiki. Contudo, estava tão deprimida ainda nessa época que não conseguiu aplicar a terapia em ninguém.

Ele (ex-namorado) me largou. Fiquei muito deprimida. Fiquei muito com autopiedade: “Tadinha. Coitada”. Revoltada com o mundo. Pensava em morrer, não cheguei a tentar suicídio, mas pensava sempre em morrer. Aí eu conheci a Helena, que é a terapeuta que você conversou. Ela me indicou o reiki, que ela aplicava o reiki em mim. Eu falei: “Nossa Helena, amei”. E isso me ajudou muito. Aí eu fiz esse curso do reiki. Não entendi nada, na época eu não estava preparada. Gostei muito, mas eu fiz esse reiki e acabou que eu não apliquei em ninguém, deixei de mão, larguei.

Apesar de não conseguir investir em uma carreira como terapeuta reikiana na época, a narrativa indica que receber o reiki produziu efeitos positivos em Cristal. Depois de conhecer o Reiki Cristal voltou ao primeiro psicólogo, o que dormia na sessão, porque,

além de psicólogo, ele era xamã e terapeuta reikiano. Então, a insistência com esse terapeuta foi por ele adotar conjuntamente outras terapias. Segundo ela, foram estas e não as conversas com ele que contribuíram para sua melhora. Cristal demonstrou novamente um desprezo por psicoterapia, afirmando que seria útil apenas se utilizada para uma “crise de fim de semana”.

Então, foi na época que eu fiz psicoterapia com o psicólogo e recebi o reiki. Porque esse meu psicólogo, ele era um Xamã e ele fazia reiki. Ele fazia um monte de terapias em mim também. Depois ele me explicou que não é que ele dormia, é que ele meditava nas minhas energias. Mentira, ele dormia mesmo. Dormia mesmo. Eu sou muito pirracenta. Se a pessoa me espezinha eu vou atrás, se eu vejo que vale a pena, que eu gostava muito dele, sabe? Hoje ele tá lá na vida dele e eu nem quero ter contato. Psicólogo hoje em dia só dá dor de cabeça. Eu vejo que psicólogo é muleta. Enquanto você não se dá alta, você vai ficar o resto da vida precisando de psicólogo. Psicólogo é pra uma crise de fim de semana, pra termino de namoro e pronto. O que me ajudou com ele é quando eu ia lá e não conversava, que eu ia e recebia o reiki com ele, sabe? Quando eu conversava, não surtia efeito. Eu saia mais angustiada ainda. Com o reiki eu me sentia melhor.

A partir da utilização do reiki, ela passou a ter uma nova imagem de si, como uma pessoa mais calma, doce e saudável. Isso ocorreu porque o reiki teria possibilitado um reencontro com ela mesma, ou seja, com uma face de si que ela valorizava e reconhecia como “a verdadeira”. Tão intensa quanto a sensação de encontrar a si mesma a partir do reiki, era a de que recebia algo bom e importante sem ter que devolver obrigatoriamente algo à alguém.

O reiki me fazia sentir verdadeira. Parece que eu me reconectava. Falava assim: “Nossa, essa é a verdadeira Cristal”. Que eu me tornava mais doce, mais tranqüila, eu sentia que as minhas células voltavam a funcionar. Eu sentia como assim: Minha alma voltava pro meu corpo. Eu falei assim: “Nossa, essa sou eu.” Era uma, uma, catarse. Catarse que se fala? Era uma maneira prazerosa de se encontrar, mesmo que durasse 10 minutos. É o que o pessoal fala das drogas, né? Mas claro que com terapia. A pessoa nem me tocava. Ela aplicava o reiki e era um amor tão lindo que é transmitido pelo reiki, que era um amor incondicional, né? Simplesmente doação, do universo pra você, sem pedir nada em troca. Toda minha vida eu tive esses pensamentos de ter que devolver algo em troca. Não, no reiki era só receber e pronto.

Cristal descreveu que ocorreu com ela algo parecido com o que houve com Rubi, ela aderiu a uma terapia holística sem estar preparada para isso e a terapia não funcionou. Enquanto não estava pronta não conseguia mudar permanentemente a “chatinha” que era, continuava inerte, com desejo de morrer, trocando de psiquiatras e medicamentos em busca de sua melhora. Novamente foi explicitado que a terapia só contribui se a pessoa que

recebe realmente desejar isso, se abrir para seus efeitos e possibilitar que mudanças ocorram em sua vida.

Bem, primeiramente essa primeira época do reiki eu ainda não estava pronta. Então, eu me sentia muito bem e me tornava uma pessoa melhor enquanto eu estava recebendo. Acabou? No outro dia eu voltava a ser chatinha. Depois que eu fiz o curso do reiki, eu apliquei e continuei depois tomando remédio, continuei fazendo psicoterapia, mudei de um monte de médico. Eu não mudei, porque eu não estava pronta, eu não estava aberta. O reiki só me mudou a partir do momento que eu recebi e eu decidi mudar.

Mudar a partir das terapias não significava apenas uma mudança do quadro de mal-estar, de sofrimento ou adoecimento, envolvia uma mudança de si, que seria possibilitada a partir das terapias.

Mudou alguma coisa da minha estrutura de pensamento, mas eu olhei pra minha vida e a minha vida estava muito ruim e eu decidi: “Não, eu quero mudar e eu vou mudar”. Só que não foi assim de um dia pro outro não. Foi gradualmente. E aí eu aceitei me ajudar e fui aplicando as terapias e me tornando uma pessoa melhor.

Fazer o curso de reiki foi uma decisão que envolveu a satisfação e interesse pela terapia, mas envolveu também uma decisão de fazer a única coisa que ela enxergava que conseguia fazer sem errar, que era estudar. Os estudos apareciam na narrativa de Cristal como o elemento exclusivo de orgulho de si mesma.

Só que chegou uma hora que eu disse: “Quer saber? Eu vou fazer o que eu gosto”. A única coisa que eu fiz na minha vida que eu não errei foi estudar. Voltar a estudar. Estudar alguma coisa. Aí eu comecei a estudar um monte de livro esotérico, a estudar um monte de coisas assim do mundo mesmo, até que caiu pra mim a mineração. Pedras, cristais. Adoro cristais. Aí surgiu de eu voltar a estudar: “Quer saber? Quando eu era cdf, pelo menos eu era feliz, que eu ficava com meu caderninho ali...”

Além de melhorar sua autoestima, estudar daria a Cristal a oportunidade de reaprender a conviver com as pessoas, depois do isolamento que havia se imposto. Sociabilizar era um parâmetro que ela tinha também sobre “ser gente”, noção que para ela adquire o sentido de interessar-se pelos outros e por si mesma.

Eu fui, passei, fiz o curso pra aprender a voltar a conviver com pessoas. Porque eu não dava conta mais, eu não dava conta de olhar pras pessoas. Eu tinha repugnância de estar perto de alguém. Só queria ficar com as minhas cachorrinhas, com planta, computador.

Nesse meio tempo eu descobri que eu queria saber das minhas vidas passadas, que aí voltando a conversar com gente, né, volto a virar gente também. Aí eu fui procurar um lugar de vidas passadas. Queria saber das vidas anteriores porque eu queria saber por que eu era tão problemática em relacionamentos amorosos, problemática com a minha vida assim.

Conforme seu depoimento, com a terapia de vidas passadas, Cristal regrediu duas encarnações e pode compreender as razões de ser como era e se perdoar.

Quando eu fiz a regressão, eu vi em duas encarnações coisas que repercutiram nessa vida agora. Fiz apometria também. Eu vi que: “Ah, mas por isso que eu sou assim”. Eu passei a me desculpar, a me perdoar. Eu sou muito crítica. Se eu faço um trem errado, eu já chego e me dou um tapa. Eu brigo comigo. Eu me cobro muito. Nessas terapias eu pude me aceitar e me perdoar: “Não Cristal, calma. Você não precisa ser assim. Respira, vai devagar”.

O principal benefício da terapia de vidas passadas teria sido a autoaceitação. Cristal passou a se cobrar menos e se punir menos por seus erros ao aceitar, via terapia, que estava na vida era para aprender, que precisava tirar o foco de amarguras do passado e “andar para frente”. A terapia teria proporcionado a percepção de que precisava também ter mais tolerância com os outros.

Passei a ficar mais humana, mais feliz comigo mesma. Felicidade plena claro que não, mas eu pude me perdoar. Eu tenho muitinha... Muita magoa de mim mesmo. Sentia muito culpada com alguma coisa, que eu fiz uma coisa muito errada, muito errada. E eu vejo que não, que a gente tá aqui pra aprender mesmo. Se tem algo errado ou algo certo, não importa. Importa é a gente andar pra frente. Seguir em frente pra não ficar focado e nem amargurado.

Além de vidas passadas, Cristal passou a se interessar pelas vidas futuras. Ela acreditava que se fizesse o bem estaria mais próxima das pessoas que amava. Ao tratar dessas vidas futuras, que poderiam ocorrer em outros planetas, Cristal coloca-se novamente em posição de defender sua sanidade, dessa vez, para qualquer pessoa que pudesse ouvir a gravação que estava sendo feita. Parecia a ela que as pessoas que teriam acesso ao seu depoimento julgariam doida alguém que acreditasse em vida em outros planetas e que ela não pertencia à Terra.

Com isso tudo, eu quero me reconectar, que eu quero ser, progredir na minha vida futura, outra encarnação, outro local... Eu acredito em vida fora da Terra. Já vou falando logo pra vocês que acham que eu sou doida, vocês que tão ouvindo isso daqui: E eu quero progredir, quero ir pra outros planetas, voltar para a minha terra natal. Eu não sou do planeta Terra. Muitos de nós viemos de outros planetas. Quero ir pra um outro planeta. Pra eu me reconectar com a minha família.

Quanto mais coisas boas eu fizer, mais próximo de quem eu amo eu vou estar. Não é uma moeda de troca, porque ao fazer o bem eu me sinto tão bem, tão bem, que eu esqueço os meus problemas pessoais e me reconecto com o Pai. A melhor coisa

que tem é você sentir o seu chakra cardíaco abrindo e você se ligando com o universo. Você se torna, você se torna puro amor, puro sentimento. Você se torna um com o tudo. E aí você pensa: “Pra que depressão? Pra que dinheiro? Pra que roupa? Pra que gastar tempo com problema? Não, vou seguir minha vida, feliz da vida. Pronto. Acabou”. Isso que eu busco com o reiki, com essas terapias, estando aqui e ligando as pessoas (risos). Eu falo que eu to numa fase Cristalzinha paz e amor.

Depois de começar o Reiki e fazer terapias de vidas passadas, Cristal conseguiu passar em um concurso para trabalhar na área em que se formou, química. Não era para nível superior, mas lhe proporcionava um salário satisfatório e um ambiente em que se sentia reconhecida. Depois de conquistar o almejado trabalho, conseguiu tratar dos problemas de saúde, sobretudo da depressão e obesidade.

Cristal começou também a meditar. A meditação foi considerada importante nesse momento para ajudar Cristal a acalmar a mente e aliviar sua ansiedade.

Eu sou uma pessoa mais difícil de meditar, porque a minha mente é um tanto... Eu faço a meditação, mas é a meditação rápida, dinâmica, que é aquela de gritar, de pular, de dançar. Ou o terço, que é uma meditação, né? Mantras. Eu vou pro serviço ouvindo mantras. E eu tento silenciar a minha mente, mas ainda não estou dando conta (risos).

Mas, eu tento não prestar a atenção nos pensamentos. Isso tem me acalmado, pelo fato de eu ter a mente mais agitada, a meditação tem me ajudado. Tem me tornado mais centrada.

Tendo resolvido suas principais adversidades, falta de emprego e problemas de saúde, Cristal decidiu que precisaria “arrumar” a vida. Sua opção para isso foi tornar-se uma terapeuta reikiana. Segundo narrou, Cristal recebeu um chamado para isso e o atendeu, haja vista que reconhecia que o reiki havia feito muito bem a ela. Daí intensificou os estudos sobre esoterismo e terapias holísticas.

Depois de fazer vários cursos, Cristal já começou a fazer atendimentos gratuitos como terapeuta holística no espaço em que foi tratada.

E agora eu to trabalhando como terapêutica holística, eu faço cura quântica estelar, aplico reiki, eu atuo como enfermeira nas cirurgias espirituais, que aqui na casa nós fazemos cirurgias com o Dr. Fritz, Dra. Helena. Fazemos cirurgias lindas. (...) Aplico reiki em todos os meus familiares. O meu pai, minha mãe, eles adoram quando eu aplico reiki neles.

No caso de Cristal, a decisão não foi de apenas fazer terapias como cliente. Ela escolheu seguir um caminho de conhecimento terapêutico e esotérico e também de transformação pessoal. A nova postura exigia mais respeito aos outros, como grupos

religiosos que antes ela rejeitava ou temia, ser mais compreensiva com os pais e aceitar em sua vida apenas quem e o que lhe fazia se sentir bem.

Muitas coisas que aprendi, aprendi com isso tudo, é respeitar as religiões. Respeito muito agora os evangélicos. Respeito muito a umbanda, que tinha muito preconceito que achava que eles faziam despacho, e... Nossa, eu tinha. Respeito muito agora. Não quer dizer que eu tenho que engolir tudo, mas... antes eu não aceitava, antes eu era...

Respeito muito mais agora os meus pais, eu entendo. Eu os entendo, porque tanto que eles sofreram na vida, se tivesse uma filha como eu fui, eu teria feito a mesma coisa. Não tão grosseiramente, mas teria agido de uma forma triste.

É, a questão amorosa, eu ainda não consegui sublimar isso. Ainda tenho muita dificuldade de interagir com as pessoas romanticamente. (...) Então, desse tempo pra cá que eu to aqui na casa, eu escolhi: Só quero coisas boas pra minha vida. Pessoas boas, sentimentos bons, ficar com quem me faz bem. Então, fim de semana eu venho pra cá. Fico aqui o dia inteiro, converso, brinco e essa coisa de ficar travada romanticamente, aos poucos, isso uma hora vai abrir.

Cristal demonstrou que não lida mais com a tristeza como um sinal de depressão, mas de melancolia. A diferença, segundo ela, seria de intensidade, pois, com a depressão vinha o desejo de morrer. O reconhecimento de aspectos positivos na vida também mostrou-se importante na tarefa de afastar a depressão. A melancolia, sofrimento momentâneo, era superada a partir da valorização desses subsídios e da compreensão de que ninguém está imune ao erro ou problemas, lições aprendidas ao tornar-se terapeuta.

Então, eu sinto que essa depressão, às vezes, veio a melancolia. A depressão, aquela que eu tive de querer morrer, de querer nada na vida, isso eu não tenho mais.

(...) Eu tenho saúde, eu tenho uma vida financeira confortável, eu tenho uma família, eu tenho onde dormir, eu não tenho deficiência física, então, eu não vejo motivos pra ficar triste, motivos pra chorar. Se for chorar, vai ser só um momentinho, uma melancolia... Pronto, passou. Porque aí eu lembro o tanto de gente que tá pior do que eu aí a gente para de ser um pouco egoísta. Para de ser um pouco julgador. Querer achar que a gente tá acima de tudo e que o outro tá errado. Foi o que eu aprendi sendo terapeuta e trabalhando aqui nessa casa.

Da forma como compreendia, ter se tornado terapeuta deu a ela a oportunidade de contato com novos conhecimentos, de compreender mais a si mesma e, desse modo, olhar para si com mais generosidade e de tornar-se uma pessoa que ajudava outras. Ao mesmo tempo, o reiki trazia como benefício a energização dela mesma. Segundo explicou, o terapeuta holístico também é tratado enquanto atende seus clientes.

Foi, ao mesmo tempo. Mas, é, se não fosse o reiki, eu teria largado isso daqui. Eu precisava bastante de energia. Que ao aplicar, o médium recebe de 2 a 5 vezes mais energia do que a pessoa que tá recebendo. A gente está na maior vantagem ao aplicar o reiki, porque é muito... O gradiente energético é muito maior. Então,

quem tá no lucro sou eu também. Por isso que eu gosto de aplicar, porque sou eu quem estou recebendo.

As terapias holísticas, ao lidar com a energia, estabelecem uma dinâmica relacional em que a circulação do bem da vida se revela nos dois sentidos - do curador para o paciente e vice-versa -, constitui uma questão sutil, porém da maior importância para se entender o sentido simbólico da cura. Estratégia que se distingue bastante da utilizada pela biomedicina, em que o distanciamento hierárquico entre médico e paciente é estabelecido (MARTINS, 2007)

Nesse contexto, a noção de energia torna-se central para ver a vida de um aspecto mais positivo, sem se preocupar com o julgamento das pessoas e em se tornar uma pessoa melhor.

*...Ao ser terapeuta, eu me torno um ser humano mais próximo do que eu queria ser, mais próximo do que Jesus Cristo ensinou. O mais importante dessas terapias é que, com elas, eu também não tenho mais religião. Eu descobri que a gente não precisa se desligar das coisas nesse mundo, que tentaram que a gente se desligasse das coisas boas. E, com o reiki, eu vi que não. Tudo, tudo é energia. Matéria é energia condensada. Pensamento é uma energia em fluxo, ondulatória. Se você pensar nesses termos de energia, você não fica preocupada com o que os outros vão achar, não fica preocupada consigo mesma, de ser...
Você só pensa em coisas boas. É isso.*

São vários os depoimentos além desse que mostraram um entendimento bastante amplo do significado de energia. O conceito acaba por abarcar todo um universo de sentidos, capaz de explicar mesmo tudo, como diz Cristal. Envolve muito além do processo terapêutico, de trocas de dom entre terapeuta e enfermo, mas tudo com o que o sujeito pode entrar em contato e do que ele e suas ações são compostos.

Em conclusão, medicamentos foram rejeitados por Cristal por deixarem-na confusa, “babando”, com muito sono e sem percepção do que ocorria a sua volta. Relatou inclusive não ter muitas memórias da época. Já na psicoterapia, Cristal sentiu-se desrespeitada e sendo julgada. O primeiro psicólogo que contactou, ainda na infância, dormia na sessão. O segundo fez com que ela se sentisse desconfortável. Sem estabelecer confiança na relação com psicólogos, desistiu da psicoterapia.

Com as terapias holísticas ocorreu o oposto: o acolhimento foi visto com muito mais humanizado e as técnicas utilizadas não procuravam apenas amenizar sintomas, mas fez

com que ela conseguisse se perdoar, fazer as pazes consigo, mudar sua postura diante da vida e dos outros. O reiki, teria fornecido a energia que ela precisava para cuidar de si e procurar outras terapias holísticas. A terapia de vidas passadas ajudou a se perdoar por ser como era e diminuir a autocrítica. A meditação contribuiu para acalmar sua mente agitada. Os conhecimentos e técnicas esotéricas e holísticas ajudaram a transformar a si mesma em uma pessoa que desejava ser: mais generosa consigo e com os outros, menos nervosa, mais otimista, resignada diante dos problemas. Deram a ela ainda respostas sobre o passado e esperanças a respeito do futuro. Forneceram uma perspectiva de que o presente era um momento de ação sobre si mesma para conquistar um futuro melhor.

Mas, segundo ela, foi depois que decidiu ser terapeuta que melhorias significativas começaram a ocorrer em sua vida. Ela intensificou os estudos sobre esoterismo e terapias holísticas; construiu uma nova interpretação do mundo, que envolvia reconhecer que somos seres de energia; passou a ajudar as pessoas, sentindo-se útil e recompensada pelo seu trabalho. Como terapeuta seus conhecimentos poderiam ser praticados e retornar em benefícios para ela e sua família, diferente do que ocorreu mercado de trabalho.

Ametista

Ametista conheceu a violência doméstica, o isolamento social e o luto durante a infância e parte da juventude. Ela narrou sua trajetória como de alguém que estava o tempo todo entrando e saindo de crises depressivas.

Ametista relatou ter sempre que lidar com os efeitos colaterais de psicofármacos, tais como tremores, dores no estômago e ficar “chapada”.

Olha, é horrível né. Assim, agora eu tô bem estabilizada, assim, com relação ao efeito colateral. Mas, igual o carbolitio que eu tomo, nas primeiras semanas eu não tinha muito controle, eu não consegui, assim, fazer coisas finas, assim, que eu tinha que fazer de habilidade manual, eu não fazia. Eu segurava uma folha de papel e a folha não ficava assim na minha mão (tremendo). O antidepressivo que eu tô tomando agora eu não sei o efeito colateral dele. Tem um que eu já tomei em doses altíssimas, que é o que eu falei que me deixava chapada, e agora eu to tomando ele de novo, mas tô tomando na dose mínima. Então, assim, tá tranquilo. Mas ele, assim, se a gente toma em dose mais alta... eu não posso, eu tenho que tomar ele na cama. Hoje eu to só com três, já tomei quatro, já tomei até cinco medicamentos. Nesse período que eu fiquei até eu achar esse diagnóstico, assim, nossa, eu já tomei coisa demais, remédio. Então, assim, sei lá, mas os efeitos, por exemplo um efeito colateral que eu sinto é dor no estômago, to com dor no estômago e é uma coisa que gente eu tomo dois, três, quatro comprimidos de remédio por dia, prum estômago...

Apesar dos efeitos colaterais, Ametista estabeleceu uma relação de legitimação do uso dos remédios fortes para lidar com crises. Ainda que ela tenha demonstrado dúvida sobre as boas intenções do mercado farmacêutico, ela mostrou-se profundamente grata pela existência de psicotrópicos.

E aí são tratamentos que fazem você, tomando sua medicação, melhorar. Por isso que eu te falei não deixe de tomar. Dependendo da crise, não pode deixar mesmo, não pode ficar sem tomar. Antes eu era assim, não gostava de remédio, reclamava, hoje eu sou grata 24 horas pelo meu psiquiatra, por quem inventou todas as medicações que eu to tomando, se fizeram pra ganhar dinheiro o problema é deles. Todo ano lança medicação, de fazer essas coisas, lança no mercado pra ganhar dinheiro é problema deles lá. Graças a Deus existe.

Explicou como a depressão pode ser cruel, que se agarrava a pessoa e da qual não era possível se libertar por um ato de vontade. Narrou episódios de descontrole, acessos de raiva e violência.

Ninguém consegue descrever que que é esse sentimento, ninguém que não sentiu não consegue entender. Quem nunca teve, acha que é simples sabe, falar assim levanta, vamos, tenha força, vai, não é assim, não é simplesmente falar assim “sai”. Às vezes, eu tô desanimada e a pessoa fala, não vamo, não é fácil de você conseguir. Quando você tá com depressão é diferente, assim, você não consegue, você não quer, é como se alguma coisa te amarrasse ali, sabe? Que não deixasse

você sair. Ai eu comecei e entrei em depressão, e foi onde, quando eu comecei com o tratamento com o doutor que é o meu médico atual, e ai ele passou um monte de remédio, e eu super assim, não querendo tomar medicação nenhuma além das que eu já tinha tomado. E ai ele queria me passar e eu não queria tomar, e assim ficava aquela coisa. Mas, assim, eu entrava no consultório eu queria dar um murro na cara dele, eu cheguei ao ponto que eu não tava suportando meus filhos. (choro)

Ametista explicou que a ajudou ingressar em um curso de desenvolvimento pessoal. Segundo ela, o objetivo desse curso era ajudar as pessoas a desenvolver habilidades de liderança e seu projeto de vida.

Ametista revelou que o Condorblando foi um divisor de águas na sua vida. Ajudou ela a se confrontar com suas fraquezas, não responsabilizar os outros por seus problemas e a reconhecer seus sonhos. Depois disso ela deixou de culpar a mãe e o irmão pelo seu destino e a não se colocar mais como vítima.

E, assim, isso me ajudou muito. Assim, eu virei outra Ametista. Pra mim, eu falo foi um divisor de águas na minha vida, antes do Condorblanco e depois do Condorblanco. Porque assim, essas questões, assim, de criança, eu consegui melhorar muito, inclusive essa forma, a forma que eu enxergava minha mãe. Antes eu enxergava ela, eu amava, eu sempre amei ela, mas eu culpava ela, e lá não, lá você aprende que você é responsável por tudo que acontece na sua vida, não tem que culpar ninguém.

A primeira terapia holística introduzida por Ametista foi a de florais. Ela procurou por essa terapia em um momento que já se sentia mais estabilizada, com o filho com mais de um ano e ela voltando a trabalhar. Mas, o principal efeito atribuído aos florais era de permitir entender o que sentia.

E eu fui tomando a medicação, nessa época minha mãe começou a saber dessa questão de floral, essas coisas assim. Mas, a gente, sei lá, não tinha ninguém assim.. Ai eu comecei a melhorar, ai eu melhorei bem.

(...) A questão do floral é porque, por exemplo, a gente toma floral pra cada tipo de coisa. Um que eu lembro, assim que a Helena colocou essa questão pra mim conseguir me observar mais e entender o porquê de cada coisa, sabe. O porque que eu to triste naquela hora, o que que me provocou aquilo, o que que me fez ficar nervosa, o que que me deixou irritada, entendeu. E ai, você vai tomando, você vai conseguindo aos poucos identificar isso, entendeu? Não é assim: toma hoje e já sabe. Aos poucos você vai conseguindo perceber, é uma coisa muito sutil, muito sutil.

Apesar do benefício, Ametista não considerava que terapias holísticas fossem suficientes para mantê-la equilibrada. Elas seriam um apoio para a manutenção do equilíbrio estabelecido pelos remédios.

Falar assim “É bom?” É bom, mas, assim, num tratamento desses não acho que só ele resolve, sabe, só o tratamento em si. Acho que, às vezes, se você pensar numa manutenção. Acho que teria que associar uma yoga, um floral, sabe. Talvez você faria uma seção de acupuntura ali pra conseguir ter o tempo pra você, vim pra você andar, pra você respirar entendeu, são.. teria que ser várias coisas juntas pra conseguir fazer a pessoa se manter, sabe, assim, num equilíbrio, depois de um tratamento mais intenso assim de medicação. Tomar remédio é bom? Não, não é. Mas, pelo menos hoje, no meu caso, eu sei que é. No caso de muita gente é eles que infelizmente ou felizmente né, é eles que seguram a onda. Só o tratamento holístico, assim, pra uma crise eu acho que não resolve.

Preocupava muito Ametista a possibilidade de ter crises, por isso a intervenção medicamentosa seria indispensável no seu caso. Segundo ela, sem essa medida ela estaria sujeita a tirar a própria vida ou até de outra pessoa.

Eu acho que faz uma diferença. Mas, pra falar “Nossa, você pode ficar sendo mantida hoje, Ametista, você pode ficar sendo mantida só por floral?”. Eu não tenho condição alguma. Porque eu sei que eu preciso. Assim, não é que eu... se eu falar assim eu sei que vai ter gente que vai criticar, se você falar que tá precisando. É que, nesse momento, pra eu não me matar ou não matar alguém, eu preciso da medicação.

Acontecimentos ruins em sua vida geralmente provocavam novas crises. O luto por causa da tia e o nascimento do novo filho fizeram com que Ametista entrasse em uma crise grave. Ela afirmou que estava cansada da sua vida e tudo relacionado a ela. Tentou suicídio e o médico mudou a medicação.

Ai eu comecei a me sentir incapaz, impotente, e ai fui caindo, fui caindo do Condorblanco, sai do Condorblanco e fiquei ruim de novo. Fui ficando ruim, ficando ruim (choro) até que um dia, eu peguei meus remédios e tomei tudo. (Pausa longa, choro). Cansei da minha vida, da minha religião, de tudo. Hoje eu sei que eu falo, não tenho coragem de fazer isso. Mas foi um momento que eu não tinha controle, sabe, uma coisa muito esquisita. E ai o meu médico mudou as minhas medicações.

A necessidade de controle de si era latente e admitia que a intervenção de psicotrópicos tinha esse sentido e, por isso, era indispensável. A depressão aparece aqui como algo que não pode ser vencida, mas precisa ser controlada. Como afirmou Solomon (2010) “vivemos numa época de paliativos crescentes. Nunca foi tão fácil decidirmos o que sentir e o que não sentir. Há cada vez menos desconfortos inevitáveis para os que tem como evitá-los. Entretanto, apesar das afirmações entusiasmadas da ciência farmacêutica, a depressão não pode ser varrida, enquanto formos criaturas conscientes de nosso próprio eu.

Na melhor das hipóteses, ela pode ser contida – e contê-la é tudo que os atuais tratamentos para depressão almejam” (SOLOMON, 2010, p. 18).

Sendo assim, no caso de Ametista, fármacos e terapias holísticas se complementavam para produzir os efeitos desejados. Os remédios estabilizavam e as terapias permitiam que ela tivesse mais contato com ela mesma, se tornasse mais reflexiva sobre sua vida.

Eu gosto da terapia porque você realmente consegue fazer esse processo de entrar em contato com você. Você vai lá e põe a mão lá na ferida, sabe. Parece que isso te ajuda, esse auxílio. O remédio é assim, ele te estabiliza. Então, assim, você tá triste demais ele consegue fazer você ficar bem. Se você tá nervosa demais, então, ele te estabiliza. Mas ele não te proporciona essa autoconsciência, sabe.

Os remédios adquirem um lugar central e definitivo em sua vida. O diagnóstico de transtorno bipolar surgiu com forte poder explicativo, naturalizado e permanente. Diferente dos outros diagnósticos que havia recebido, esse poderia ter comprovação médica via exames laboratoriais, o que fez com que adquirisse mais legitimidade.

Devido a essa questão do transtorno bipolar, vou ter que tomar remédio a vida inteira. Assim, igual eu to tomando, associado antidepressivo, não sei o que e não sei o que. Mas, tem um remédio que eu vou ter que tomar a vida inteira. Agora eu tive que fazer um exame, eu nem sabia que existia. Tá baseando a dosagem desse exame pra dosagem do lítio. Eu não sei se... eu quero até entender isso com ele (psiquiatra), que aí eu acho que vira uma coisa bem mais patológica né? Acho que é patológica mesmo a palavra. Por exemplo, se ele explicar que todo bipolar a taxa de lítio é baixa, por isso que ele é bipolar, aí eu concordo, aí eu tomaria o remédio, esse remédio, com mais tranquilidade, porque realmente eu sei que eu tenho que manter essa taxa, é igual diabete. Aí, então, eu tenho que tomar isso pra eu manter essa taxa pra mim ficar bem. O que me pareceu é isso.

A falta de clareza e de fronteiras entre os diagnósticos de transtorno de humor não serve apenas à própria psiquiatria, que consegue legitimar-se como medicina e disseminar seu diagnóstico dessa forma. Mas, é preciso lembrar que ela serve também aos sujeitos que enfrentam inconstâncias de humor e procuram por respostas explicativas para elas. Se, para médicos, os sintomas explicam os diagnósticos, para os sujeitos os diagnósticos explicam os sintomas com que tem convivido.

Ademais, quanto maior a possibilidade de comprovação via exames, mais é possível patologizar o comportamento sob o qual não se tem controle. A medicina tem conseguido convencer seus enfermos de que há uma relação direta entre desequilíbrio de

substâncias no corpo e instabilidade afetiva. Mais importante do que observar isso é notar como, para alguns sujeitos, essa biologização pode trazer certo alívio para o sofrimento, mesmo que seja por ter que se resignar a ele.

Ametista procurou sempre em seu relato apresentar uma posição crítica em relação à indústria farmacêutica. No entanto, o reconhecimento de seus abusos não incluía a ela. Ametista se via como definitivamente beneficiada e dependente de psicofármacos. Medicalização excessiva ocorria com outras pessoas, com depressão inicial, não com ela.

Ametista concordou com o diagnóstico de transtorno bipolar e explicou o que havia em seu comportamento que confirmava o diagnóstico. Atitudes que a faziam ser tomada por doida, eufórica demais. Animava-se tanto com questões que outras pessoas viam de foram bem mais ponderada.

Em um dos períodos de mania, empolgou-se demais e comprou muitos produtos para revender. Precisou vender o carro da família para pagar sua compra e, como não conseguiu vender tudo o que havia comprado, entrou numa crise depressiva.

(...) Então, assim, eu levanto muito rápido, mas do mesmo jeito eu caio muito rápido, entendeu. Foi o que aconteceu também com a Herbalife e comigo, porque a Herbalife, você já foi? Meniiiiina de Deus, você entra, é aquela música da Tina Turner “uhuuuu!!” e todo mundo dançando (risos) e termogético em todo mundo. Lá eles põe um bebedor de água e um de termogético, você sabe o que que é termogético? Termogético é tipo um energético. E era termogéticos em tudo mundo. E aí pergunta quem quer beber água, o trem é caro, tá lá disponível, todo mundo quer beber termogético. Eu jamais podia tomar aquilo. Eu tive que vender o carro... (risos) (...) Pra você fazer a compra, acho que foi na época, sei lá, pra eu poder fazer essa compra, eu num tinha, num podia comprar só shake, que era uma coisa boa de vender, essas coisas. Eu tinha que comprar shake, tinha que comprar produto de pele, tinha que comprar tudo que eles tinham, quantidade de cada coisa. Então, assim é... e foi o que aconteceu. Só que aí o que que acontece: eu tava num tratamento, igual eu tava eu vou, vou, vou, vou e o trem não dá certo. De repente, eu comecei a cair entendeu, de repente eu comecei a cair, comecei a cair, comecei a cair, comecei a cair e entrei numa depressão lascada..

Como não melhorava, Ametista passou por diversos médicos, recebeu vários diagnósticos e submeteu-se a muitos tratamentos. Para conseguir manter seu tratamento para transtorno bipolar, Ametista teve que contar com a ajuda financeira da família. Os remédios e consultas eram caros e, quando não conseguia comprar, tinha fortes crises de abstinência.

Eu tive o meu filho, passei por um processo, por vários médicos com depressão, com diagnóstico de depressão. Me passaram vários remédios, só que eu nunca melhorava. Tomava remédio de um não melhorava. Tomava remédio de outro não

melhorava. Tomava de outro não melhorava. Eu fazia terapia, até que minha terapeuta, um dia, numa crise muito forte que eu tava lá no consultório dela, me falou do Doutor Rui. Só que tinha uma questão de valor, até era meu padrinho que me ajudava na época. Na época era uma consulta de quase trezentos reais, uma caixa de um remédio que eu tomava custava quatrocentos e uma caixa de um outro remédio custava oitocentos. No começo foi um ajuda aqui, outro ajuda ali. Às vezes, o Doutor Rui me dava alguma... tipo assim, uma caixa de cada um, então quando ele me dava, ele me ajudava, até que depois eu consegui pegar no Juarez Barbosa. Mas aí tinha vez que eu chegava no Juarez Barbosa e não tinha, aí eu entrava em crise por falta da medicação, que era horrível. Abstinência, que eles falam. Horrível. Eu não dormia, eu vomitava, eu sentia aquele mal estar assim, enjoo, e não dormia. Eu ficava assim, se eu ficasse três dias sem tomar o remédio, eram três dias assim ó, com o olho desse tamanho. Sentia sono, sentia cansaço, mas não conseguia. Horrível, horrível, assim, horrível, horrível. Aí, tanto que na hora que eu tomava o remédio, tinha vezes que eu tomava, chegava, tomava o remédio e dormia. E eu passei por isso várias vezes, porque o remédio era muito caro, às vezes, não tinha no Juarez Barbosa, eu tive que entrar com mandado de segurança pra não ficar sem a medicação e, ainda assim, às vezes, ficava.

A respeito do diagnóstico, Ametista disse que foi bom recebê-lo porque isso possibilitou o tratamento. Segundo ela, um diagnóstico psiquiátrico acompanha um rótulo de loucura, mas estava tranquila de que era louca.

Foi bom eu ter o diagnóstico, saber o que eu tenho. Assim, acho que o de bom mesmo seria o tratamento em si pra não ficar mais assim, sabe, pra pelo menos fazer um tratamento certo. E ruim que eu já não considero tão ruim, mas eu ter que aceitar, sabe... eu ter que... que eu tinha que tomar remédio. Assim, eu sou doida sabe... eu sou doida. Hoje eu falo de questão de doidas, mas eu falo brincando, mas assim, nossa, eu tenho que... aceitar isso sabe. Vou ter que tomar remédio psiquiátrico, ter que estar classificada nessa... pessoas que são doentes.

Em meio a essas intervenções psiquiátricas, Ametista experimentou também terapias holísticas. Nem todas as terapias holísticas foram bem aceitas por Ametista. Auriculoterapia, massagem e acupuntura, por exemplo, foram rejeitadas por causarem dor.

Novamente as terapias aparecem qualificadas como sutis. No depoimento de Ametista, essa sutileza indica que as terapias desenvolvem um processo terapêutico que leva tempo para produzir resultados visíveis. Antagônico a isso é a medicação, que ao invés de sutil é brusca. Devido a esse caráter sutil, algumas terapias não produziam resultados perceptíveis rapidamente ou esses benefícios não eram duradouros. Em razão desse modo de agir, processual e sutil, as terapias pareciam a Ametista mais uma forma de manter o equilíbrio ou de prevenir doenças ou crises. No seu caso elas não bastariam.

É tudo um processo, essa questão de terapia holística é tudo um processo. Não adianta achar que vai sentir coisa do dia pra noite. Por isso que eu falo que você parar de tomar remédio pra tomar uma homeopatia, pra tomar floral, fazer uma massagem porque você vai ficar normal, no caso igual eu tô, eu não faço nunca.

As terapias holísticas, se elas fosse mais reconhecidas, as pessoas procurassem mais, ela seria um tratamento, como é que se diz, preventivo. Totalmente preventivo, no mundo de estresse que eu tô hoje, no tempo que tá hoje, ela preveniria antes que acontecesse, porque agora o negócio tá é mais complicado.

A terapia reikiana foi apresentada como importante para alinhar e ajustar os corpos a partir da imposição de mãos. Entre seus resultados também está despertar a consciência e ser grata pela vida. Mas, novamente foi ressaltado, o resultado surge apenas se o cliente estiver aberto para ele.

A sessão do reiki, você chega, deita na maca, a pessoa que vai te aplicar o Reiki faz um ancoramento, que seria deixando tudo... pedindo permissão. Porque o Reiki, ele vai estar trabalhando todos os seus corpos. Trabalha todos os seus corpos, ele alinha, ele ajusta. Tem gente que a gente vê a áurea, o desenho do corpo da gente, aí vai indo, até o sétimo corpo. Aí tem gente que o corpo tá pra um lado, os outros corpos tá pra outro, sabe, tudo bagunçado. Aí você tem que fazer o alinhamento. (...)Então, o Reike é isso, dessa questão de ir de fazer o tratamento, é muito bom. Às vezes, você faz, se você tiver aberto você sente que você melhorou, se você não tiver aberto você não sente coisa nenhuma. Às vezes, é com uma sessão.

Quando participou da entrevista, Ametista tinha 32 anos e afirmou estar há mais de 10 em tratamentos para a depressão. Ela afirmou que nunca foi feliz, se achou bonita ou aceitou elogios e estava ainda se esforçando para respeitar opiniões positivas das pessoas sobre ela.

Olha, eu passei quase dez anos de tratamento. Precisei até mais porque eu já vinha de terapias, eu já vinha. Eu posso dizer que eu nunca fui feliz, sabe. Porque, igual eu te falei, eu acho que minha vida eu vivi em depressão e em alguns momentos fora dela. Assim, eu não era feliz, eu não me considerava uma pessoa feliz, eu não me achava bonita por alguns momentos, aí eu via mais defeito em mim do que qualidade. Mas, isso eu trabalho até hoje. Porque, às vezes, a pessoa chega e me elogia, eu acho que é mentira. Aí eu to tentando, to começando. Oh, pra você ter uma ideia, há uns quinze dias atrás que eu vim tomar consciência disso, tá entendendo? Há uns quinze dias que parece que eu vim tomar consciência disso: eu não aceito um elogio. Agora que eu to trabalhando, então, se uma pessoa fala eu agradeço e respeito, eu posso até não achar, mas eu respeito a pessoa. Porque antes eu já achava que a pessoa estava curtindo com a minha cara, era desse jeito.

Como visto, Ametista via a si mesma como alguém realmente dependente de psicotrópicos. Ela compreendia que precisava deles para garantir-lhe a estabilidade necessária para não fazer mal a si mesma ou aos outros, especialmente aos filhos. No caso de Ametista, aceitar-se como era significava também aceitar-se como alguém que precisava de remédios. No entanto, queixas a respeito deles eram intensas: sentia-se dopada por longos períodos, com perdas de memória, incapaz de perceber o que ocorria a sua volta, de amamentar seu filho, dores no estômago, tonturas e tremores. Houve

remédios que ela ingeria na cama, porque tirava a capacidade de se manter acordada. Ametista afirmou não ter lembranças de períodos relativamente longos de sua vida porque estava muito medicada. Quando faltava dinheiro para os medicamentos caros, tinha crises de abstinência. Ainda assim, aceitava a medicação como uma benção, mostrando-se grata pela existência dela, porque era o único recurso que tinha para garantir sua estabilidade. Ainda assim, convivia sempre com a ameaça de uma crise. Poderia surgir uma nova crise a qualquer momento, diante de eventos ruins ou de tempos em tempos, por ser cíclica.

A narrativa de Ametista mostrava a instabilidade do próprio tratamento, com mudanças recorrentes de médicos, diagnósticos e remédios. Contudo, depois de estabelecida confiança com um psiquiatra, concordava sem questionar com seu diagnóstico e sua indicação medicamentosa, aceitando para si os discursos e práticas de intervenção.

Mas Ametista afirmou acreditar que, apesar de garantir maior estabilidade de seu humor, os psicotrópicos não possibilitaram o mesmo que a psicoterapia e as terapias holísticas: o despertar de um posicionamento reflexivo.

As terapias holísticas também tinham efeitos e aceitação variada. A vantagem de outras era a possibilidade de ter um momento para receber atenção e ser cuidada por outra pessoa, o que ela não experimentava no cotidiano, como a massagem. O fato de as terapias holísticas serem uma intervenção sutil, cujos efeitos demoravam a aparecer, impediam que ela as elegesse como únicas ou mesmo centrais no seu tratamento, porque acreditava que seu caso exigiria intervenções mais pesadas, de efeito imediato, como remédios. Terapias de efeito sutil eram reservadas aos momentos mais amenos da depressão, como estratégias preventivas ou de manutenção do bem-estar momentâneo. Uma nova crise exigia intervenção psiquiátrica.

Jade

Carregada de dores por causa da violência doméstica, do estupro sofrido e da culpa pelo aborto, Jade entendeu que necessitava de ajuda para sair do quadro de tristeza em que se encontrava. Em seu depoimento fica evidenciado o grau de sofrimento em que se encontrava e que fez com que desejasse morrer, em alguns momentos. Em outros, a tristeza era tão profunda que a deixava inerte diante da vida.

Não tinha... eu não conseguia ver saída, porque eu não queria estar grávida, não queria voltar pra situação de violência e a saída mais fácil, na época, pra mim, que passou por várias vezes pela cabeça, era eu tirar a própria vida. Era a situação que ia acabar com isso tudo sem eu ter que... sem eu ter que lidar com as outras pessoas, seria morrer. Mas isso passou. Nunca cheguei a tentar nada. E depois eu não sei se eu tive isso não. Depois não apareceu nas outras crises depressivas que eu tive isso não, não manifestou. Era só uma tristeza, uma inércia, aquela tristeza tão profunda que te deixa imóvel diante da vida. Era mais isso.

Decidiu que procuraria um psicólogo mas, sem dinheiro para isso e sem o respaldo financeiro da família, teve que adiar a psicoterapia, até quando conseguiu o tratamento gratuito pela universidade.

Na faculdade foi quando eu tive contato com um grupo, esqueci o nome do grupo agora, mas era um grupo que trabalhava com psicodrama. Era um grupo para estudantes universitários que buscavam esse tipo de tratamento. Então, eu fiz durante um ano e meio, participei desse grupo. Era um encontro semanal, foi aí que eu comecei a fazer o meu primeiro tratamento pra depressão, né. Foi com dezessete.

(...) A primeira experiência que eu tive foi com a psicóloga, com o grupo de terapia por que... era a seguinte: a família não aceitava. Eu já tinha pedido pros meus pais que eu queria fazer um acompanhamento psicológico e eles não concordavam. Uma família que tinham, que tinham plano de saúde e que teria essa possibilidade, até a possibilidade financeira, mas eles não concordavam. Eu não me recordo qual era esse argumento mais, eu só lembro que eu cheguei a pedir que eu queria, que eu queria fazer um acompanhamento psicológico pra me sentir melhor e eles não viam motivos que justificassem, porque eles não me viam como doente, ele não me viam como uma pessoa doente.

Como eu não trabalhava, quando eu entrei na universidade pública, eu descobri, alguém me informou, que tinha um grupo de terapia, de psicoterapeutas.

A família não compreendia sua necessidade de tratamento, especialmente por causa do silenciamento a respeito das causas de seu sofrimento, que ela manteve em sigilo. Jade falou do quanto manter o segredo era insuportável, que ela precisava contar sua história. No entanto, sentia medo de ser julgada, por isso não procurou uma psicoterapia individual, mas grupal, para evitar conversar sozinha com a psicóloga.

Pra mim era uma sensação, era um misto, era muito confuso. Uma sensação, ao mesmo tempo, de alívio, por ter saído da situação de violência, e de culpa, porque eu fiquei grávida e tinha optado por tirar a criança. Então, isso foi o mais difícil, depois lidar com a culpa. Então, assim, isso foi silenciado. Isso foi silenciado. Na época da faculdade, quando eu tive acesso, eu fui procurar, porque eu não aguentava mais. Eu queria dividir com alguém, eu queria contar a minha história, eu queria aliviar porque eu tinha a sensação de que eu carregava o mundo inteiro nas minhas costas, é alguém me falou desse grupo e eu não aceitava a ideia de conversar sozinha com uma psicóloga, eu tinha medo dessa exposição, de ser julgada. Então, por isso que pra mim foi confortável saber que eu estaria num grupo, num grupo terapêutico, com outras pessoas que também passavam sofrimento.

A abordagem psicoterápica encontrada, o psicodrama, mostrou-se viável não apenas por ser feita em grupo, mas pela possibilidade que a dramatização dava de refletir sobre as situações e pessoas envolvidas na história de cada um. Acrescentava a isso, a chance de evitar a interação face a face individualizada com a terapeuta. No entanto, sua estratégia não se mostrou eficiente. Ela sentiu que piorou e decidiu procurar um psiquiatra.

Não sei se você conhece o psicodrama, é uma abordagem terapêutica em que as pessoas dramatizam. Assim, tem essa questão as pessoas falam sobre seus problemas, aí uma situação é escolhida pra ser encenada pelo grupo e o terapeuta te ajuda a ter reflexão sobre os papéis de cada pessoa na situação. Nos papéis de cada uma, na sua relação com elas e como seria uma possibilidade pra sair da situação que você escolheu como problema, de sofrimento, pra trabalhar. Então, mexia muito. Quando outra pessoa estava passando pelo sofrimento que tinha uma relação com você, mexia muito com seus conteúdos internos. E essa questão de ter que atuar, ter que trabalhar o corpo também, a mente, ao mesmo tempo pra mim era confortável, porque não lidava cara a cara com um terapeuta, tendo que conversar sobre os meus problemas.

Eu percebi que, que também mexia muito, mas era num plano interior, que eu não tinha suporte ainda, bagagem pra lidar com elas. Então, no primeiro momento eu fiz foi piorar, porque, porque eu não falava do meu problema, da raiz do meu problema. As situações eram sempre as situações intermediárias, né. Até porque estava em grupo. Então, eu falava muito da situação familiar, da situação das dificuldades familiares, das dúvidas sobre o curso, não era sobre o que realmente era o problema. Eu nunca conversei em grupo, nunca expus o problema que me levou até o grupo. Talvez seja por não lidar com a questão e mexer muito com o conteúdo e ter saído da igreja. Eu tinha chegado à conclusão de que não resolvia nada, porque só me fazia piorar o meu sentimento de culpa. Juntando tudo isso teve a piora, aí eu fui pro psiquiatra.

O psiquiatra era uma via para os remédios. Conforme explicou, não se sentiu melhor também com eles, mas “anestesiada para suportar”. No entanto, a medicação não era capaz de dar estabilidade, os diagnósticos mudavam e não havia alívio do sofrimento.

Então, eu tive a minha primeira reação foi de piora e eu fui pra psiquiatra, comecei a tomar medicamento, mas eu não, eu não me sentia bem. A única coisa que fazia era a sensação de anestésiar. Então, eu me sentia anestesiada pra suportar. Havia fases que eu melhorava um pouco, mas há instabilidade, era sempre muito instável. Ai, eu fui diagnosticada com depressão, depois eu fui diagnosticada com transtorno bipolar até fiz a medicação, mas sempre com terapia com psicólogo. Eu não via muito resultado, sinceramente. Eu via era que eu estava sempre me esforçando muito pra conseguir suportar mais um dia, era esse o sentimento que eu tinha.

A intervenção psiquiátrica teve aspectos positivos e negativos. Foi importante para ela um diagnóstico psiquiátrico para legitimar seu sofrimento e a necessidade de ajuda diante da família. A partir de um atestado médico ela conseguiu o apoio financeiro almejado para o tratamento.

Quando eu fui pro psiquiatra o primeiro diagnóstico foi de depressão. Por um lado, isso foi um alívio, porque não foi coisa da minha cabeça, eu não estava inventando. Agora eu tive um atestado de uma autoridade reconhecida, que é o médico, que eu tinha um problema, pra mostrar pra família. Então, eu pude ter acesso a outros tratamentos, porque ai a família reconheceu, porque acredita muuuito nessa questão médica, que eu tinha um problema e precisava realmente de ajuda. Então, eu tive apoio pro tratamento psiquiátrico principalmente pro uso de medicação.

Por outro lado, ela não concordava com a postura do psiquiatra de drogar as pessoas a ponto de deixá-las dopadas, sonolentas, anestesiadas pra vida. Ainda assim, ela reconhecia que precisava de ajuda e essa era uma disponível. Embora não visse efeitos positivos nos remédios, reprovasse o atendimento psiquiátrico e mudasse de psiquiatra com frequência, admitiu que não conseguia se desvincular dele ou dos remédios.

Eu fui em um psiquiatra, sai desse psiquiatra. Fui em outro psiquiatra, sai desse psiquiatra. Eu não, não concordava muito com as posturas deles, mas continuava, porque eu não dava conta sozinha. Mas, os remédios, eles me faziam ficar dopada. É a sensação de estar anestesiada para a vida. Você dorme muito, mas você também é... é como estar drogado, você estar anestesiado. Assim, tanto faz, tanto fez tudo que acontece, pelo menos você tá lá. É o que eu lembro, assim, eu estava viva.

Às vezes, melhorava um pouco, a minha sensação é de estar anestesiada, é isso que eu lembro. Assim, me sentia totalmente apática, sem emoções e quando as emoções manifestavam era pra mais choro ainda. Medicamento não considerei assim, pra mim, na minha experiência, não considerei ter um efeito, efeitos positivos, do ponto de vista emocional. Era muito daquela coisa de qualquer outro médico que você vai: ele pergunta pra você e em menos de dez, quinze minutos, diagnostica e medica.

O que ocorreu foi que ela estabeleceu uma relação conturbada com a psiquiatria, abandonando o tratamento diante dos sinais de melhora, voltando quando piorava. Ela

afirmou que, na época, não atribuía aos remédios o alívio dos sintomas e os rejeitava por causa dos efeitos colaterais.

Eu saía do psiquiatra era quando eu considerava que eu estava bem e eu me dava alta ou porque eu não considerava que estava fazendo efeito. Isso é até contraditório, porque, assim, eu estava tomando medicamento por um tempo, aí eu sentia que eu melhorava, mas, eu não considerava isso como efeito dos remédios. Muitas vezes, o que me fez sair dos psiquiatras era muito os efeitos colaterais da medicação ou então aquela coragem assim “Não, agora eu to bem, não preciso mais (risos)”. Ficar era ficar sentindo grogue, sentindo muito sono, tontura, esses sintomas assim.

Jade manteve a psicoterapia, mas repetiu a dinâmica que estabeleceu com a psiquiatria, de abandonar o tratamento quando se sentia mais fortalecida e voltar quando o seu bem-estar diminuía. Até que se decidiu pela terapia individual e pode lidar com os conteúdos que mais a incomodavam.

Eu continuei ainda com terapia, não era sempre, eu sempre saía e parava. Quando eu ia, me sentia bem fortalecia, eu saía. Depois de um tempo eu retomava porque eu não conseguia manter o meu estado de bem-estar.

Com a última (psicóloga), eu comecei a fazer terapia individual. Fiquei uns dois anos e meio, mais ou menos, e foi aí que eu comecei a lidar com os conteúdos realmente significativos. Foi um psiquiatra que me indicou essa psicóloga. Só que eu achava que, por mais que contribuísse, ela me questionava muito sobre as minhas posturas, me fazia pensar, me fazia ser autocrítica, a desenvolver a autocrítica e a autorreflexão. Ela me ajudou muito no plano mental, assim, de elaborar os meus conteúdos e entender que eu não era a pessoa mais frágil e vulnerável na vida, que isso qualquer pessoa estava sujeita a passar por algum sofrimento. Ela me fez amadurecer no plano mental. Mas, mesmo assim, eu não me sentia, emocionalmente, eu não me sentia madura ainda. Porque sempre a minha sensação era que qualquer coisa me desestruturava emocionalmente.

Jade revelou que um psiquiatra em especial mexeu com ela, ao dizer que ela era muito cética e que, entre seus pacientes, os que acreditavam em Deus tinham resultados mais positivos. No entanto, ela julgava que tinha perdido a crença em Deus depois de passar pelas violências que sofreu. Ter sofrido violência, considerar essa violência injusta fez com que perdesse a crença em Deus. Ademais, como revelou na sua história de vida, foi apresentado a ela um Deus que pune cruelmente mulheres que abortam, fazendo com que ela acumulasse culpa e medo.

Teve um psiquiatra que me chamou atenção, foi o primeiro psiquiatra que virou pra mim e falou que achava que na época que eu estava muito cética. Ele falou que achava que, dos pacientes que ele tinha tido, os que tinham resultado positivo era os que acreditavam em Deus, e isso na época me mexeu muito comigo, porque eu já não acreditava mais. Naquela época, eu estava muito descrente, eu achava que não existia Deus, até porque se a gente passava por essa situação, se eu

estava passando por essa situação, eu achava que não tinha, que eu não merecia passar por tudo que eu tinha passado e por tudo que eu passava. Eu não aceitava.

Depois desse diálogo com esse psiquiatra, Jade decidiu aceitar um convite de um amigo para conhecer as danças circulares sagradas. A partir daí, ela pode iniciar um caminho espiritual, mas não religioso, que incluía uma conscientização sobre a vida e o reconhecimento do “plano da energia”. As danças teriam trazido uma nova forma de ver a infelicidade permanente que ela sentia, como uma forma de se posicionar na vida, o que foi determinante para seu a construção de seu bem-estar posterior.

Um amigo me indicou um grupo de danças circulares sagradas, foi onde eu comecei a perceber o que é essa questão do sofrimento psíquico né, dessa tristeza, de algo que incomodava, dessa infelicidade permanente, ela estava relacionada à forma como eu lidava com a vida, com a minha forma de estar na vida. Foi onde me despertou, me abriu pra um leque de possibilidades, me abriu pra um caminho espiritual, pra uma abertura de consciência. E foi pra perceber que no plano sutil, nesse plano da energia, eu sentia um bem-estar e um efeito muito melhor do que tudo que eu tinha feito, de ficar discutindo com a psicóloga meus problemas ou de tomar medicamento pra sentir anestesiada.

Depois de começar esse caminho espiritual, seu objetivo principal passou a ser buscar quem ela era realmente. Surgiu a necessidade de encontrar um eu verdadeiro, que não era o sujeito deprimido.

A partir de quando eu comecei com as danças, os rituais sagrados e depois ir pras danças da paz, meu objetivo de vida passou a ser buscar quem realmente eu era, quem era essa Jade, quem era essa Jade interiormente, e que pra fazer essa busca era muito importante as ferramentas das terapias holísticas, que eu percebi que são muito relacionadas com espiritualidade.

Esse despertar para a espiritualidade não envolvia uma religiosidade cristã com seus valores, mas um caminho espiritual esotérico, com elementos não-europeus, e aliado as terapias holísticas. Da mesma forma que Cristal, a narrativa de Jade aponta para uma escolha não apenas de uma estratégia terapêutica, mas de um caminho de autoconhecimento, de formulação de uma nova consciência que era mais generosa com o eu, visto agora como merecedor de felicidade.

Eu ainda choro muito, mas isso não me abala ao ponto de querer, de querer morrer, por exemplo, de querer não viver mais. Tudo isso me fez ver que a vida, com todas essas loucuras que a gente vê, com todo o sofrimento que ainda eu passo e eu vejo as outras pessoas passando, que a vida é bonita, que a vida tem sua beleza. Tem beleza em você, mesmo quando você está se sentindo um lixo. Tem um aprendizado nisso tudo. Que a grande questão pra mim foi perceber,

nesse caminho todo, que eu era a expressão de Deus e sentir isso realmente, que você merece, que você tem o merecimento de ser feliz.

Essa nova conscientização, que envolvia reconhecer que o sofrimento faz parte da vida, teria deixado sua percepção sobre a vida menos dramática do que de alguém deprimida, segundo analisou a própria Jade. Ela reafirmou que a violência que sofreu deixaria qualquer pessoa suscetível a ter uma depressão, mas que deprimir envolve principalmente o jeito de olhar o que a vida te fez.

É lógico que nesse caminho todo tem essa questão do amadurecimento né. Eu comecei a perceber que nem tudo era tão trágico quanto parecia ser quando eu estava doente. Tem essa questão, assim, de sofrer a violência, ter crescido num lugar, numa família totalmente desestruturada emocionalmente, e ela pode ter causado sofrimento? Pode sim, mas, independente disso, eu poderia ter passado por depressão. Independente da minha história de vida, que ela foi relevante pro sofrimento que eu tive? Lógico que foi. Mas, independente disso, eu podia estar sujeita a depressão. Porque é muito mais uma questão de como você encara a vida, com o que a vida te traz. Porque, pra algumas pessoas de fora, isso estava muito assim: “Mas você tem tudo e porque você ainda é triste?”. Sabe?. “Eu não entendo você é bonita, você é inteligente, você é jovem, as pessoas gostam de você, você não passa necessidade financeira e mesmo assim você é deprimida? Eu não entendo porque você é triste o tempo inteiro”. Só que o que eu conseguia ver era só a tristeza do que a vida tinha feito comigo, das situações que eu tinha vivido.

Jade afirmou ainda que passou a entender que a tristeza era parte inevitável da vida, não poderia ser a referência da vida, não deveria adquirir lugar central para o sujeito. Além disso, expôs uma crença que passou a adotar de que haveria uma lei em que a vida te devolve o que você dá, portanto, era preciso achar a vida bela para ela te devolver beleza. Até o sofrimento passou a ser potencialmente positivo, pois poderia vir para contribuir para o crescimento pessoal.

Além de adotar um caminho espiritual, duas terapias holísticas foram importantes para a recuperação de Jade: a cromopuntura e os florais de Bach. Essas terapias teriam sido a abertura para uma visão de si como um ser de energia. Mais do que isso, foi importante reconhecer que a energia influencia o mental e o emocional. A partir daí, abandonou a terapia medicamentosa.

Foi onde eu comecei a fazer cromopuntura e tomar florais, e abrir... e abrir essa percepção de que nós também somos seres de energia e que isso influencia

muito no humor, no estado de equilíbrio emocional e mental também. Foi daí, a partir daí, que eu parei com os medicamentos.

Dessa vez, Jade fez uma retirada gradual dos medicamentos, acompanhada por terapias holísticas, um caminho espiritual e a psicoterapia individual. A retirada da figura de um Deus punitivo no exercício da espiritualidade e a inclusão da noção de energia no caminho terapêutico transformou a trajetória terapêutica de Jade. Ela agora passaria a se tratar adotando uma visão de que mente, corpo, energia e espírito estavam conectados.

Gradualmente, com ela, eu fui deixando de ir no psiquiatra, tirando medicamento, e aí essa mudança foi gradual e foi acompanhada por ela (psicóloga). Quando eu estava fazendo tratamento com ela ainda, eu encontrei o grupo de dança da paz, que trabalhava espiritualidade, que a gente fazia as danças, dança da paz e dança circulares. E aí foi que eu comecei, pouco a pouco, a perceber que a vida é muito mais do que os olhos do mundo conseguem enxergar, de que tinha muito mais coisas por aí. E aí, abriu meus olhos pra sensibilidade de energia, de compreensão de que Deus não era essa pessoa onipotente, onipresente, e muito, e muito punitiva né. Porque a visão que eu tinha de Deus era de um Deus que se você não seguisse as regras você poderia ser punido. E assim, vinha um sentimento de culpa muito grande e que, gradualmente, isso foi se reduzindo e foi com essa terapeuta. Assim, ela foi aos poucos, eu fui fazendo essa transição de sair da medicação e de despertar pra espiritualidade.

À adoção dessa nova visão, a energética, Jade conceituou de “tirar o véu”. Segundo sua compreensão, ela agora conseguia enxergar que o que importava era o plano da energia, que se manifestava no material. A energia passou a ocupar lugar central na terapia, devendo ser equilibrada por meio de atitudes, expressões e pensamentos.

Tendo essa compreensão, fazendo a autorreflexão e percebendo que é como se, a sensação que eu tenho com a cromopuntura, os florais e a dança que eu acho que foi muito relevante no meu tratamento. Fui tendo essa compreensão de como se tirasse véus dos meus olhos e eu conseguisse ver que a vida era, era pura energia, e que esse material que é o corpo é uma manifestação, mas que a vida realmente acontece num outro plano, no plano da energia. E que a gente materializa essa energia. E aí como essa energia é manifestada? Como eu penso, como eu ajo, como eu verbalizo, como eu estou na vida. Todas as minhas atitudes, os meus pensamentos, tudo isso é muito relevante.

Como tematizou Soares (1994), as terapias holísticas compartilham de uma noção de corpo que possui também aspectos imateriais (psíquicos, espirituais e energéticos). Nessa nova racionalidade, curar significa harmonizar as energias do corpo e as técnicas de cura se constituem intervenções do “curador”, através de trabalho sutil, no nível físico-energético, com a finalidade de remover obstruções que impedem essa harmonização. A

manipulação da energia vital para restabelecimento da saúde. Um dos pilares das novas representações de corpo, saúde e espiritualidade é a existência de uma força, fluido ou energia vital que perpassa tudo no mundo, inclusive os seres humanos, e que faria a ligação entre os indivíduos e o universo. A integração dos humanos entre si e com a natureza em uma espécie de “comunhão inteligente” se faz pela “energia”, categoria articuladora entre as três pontas da tríade que sustenta a cultura alternativa: corpo, natureza e espírito (SOARES, 1994, p. 198).

Jade falou também sobre o trabalho conjunto das terapias no sentido de promover o bem-estar. Explicou que há terapias que agem com mais intensidade em diferentes planos, seja mental, energético ou físico. Quanto menos material e mais energético o plano, mais sutil seria ele e a percepção de sua atuação.

O floral, por mais que você tome, a sensação dele que você percebe é muito mais sutil do que o bem-estar físico e mental. É como se você sentisse um estado de, de num é eh... num é bem-estar é de... é como se você irradiasse fluidos positivos. Você se sente, eu me sentia, com os florais que eu tomava, como se eu tivesse em volta uma energia que era boa, que era curativa. É como se eu sentisse que tivesse uma energia me.. uma bolha, é uma bolha de energia que cuidava de mim, que me protegia, que me fazia bem. É até difícil de falar porque não era algo que... num era uma sensação física.

A cromopuntura, que consiste na estimulação dos pontos da acupuntura via luzes, tinha efeitos mais visíveis. A combinação de uma cor particular em um ponto específico era capaz de mudar a sensação de tristeza, aliviar dor, a retenção de líquido e o sono. A cromopuntura teria contribuído também para evitar fortes oscilações de humor de Jade e outros sintomas relacionados a depressão, como sono ruim e pesadelos.

Ah, eu fazia por conta da depressão, mas lógico que quando você ta depressiva é o sono, você tem pesadelo, você não dorme bem. Você, às vezes, tem desânimo. Você, às vezes, ta eufórica. Você ta bem demais. Eu tinha essas oscilações de humor, até por isso eu fui diagnosticada com transtorno bipolar, uma época, por um psiquiatra, mas por conta da oscilação de humor. Eu sentia que a resposta da cromopuntura me curou.

Mais uma vez foi ressaltado que as terapias holísticas não agiam por si só, mas exigiam um esforço do terapeuta no sentido de acreditar, confiar na sua eficácia e se envolver com a terapêutica. No entanto, elas ajudam a produzir esse envolvimento quando promovem a autorreflexão. Segundo Jade, elas teriam a capacidade de indagar o sujeito, fazer pensar para além do material, no campo do energético, fazer a pessoa sair do lugar.

Assim, eu me considero, eu hoje, bem um exemplo de eficácia das terapias alternativas, seja ela qual for, seja as mais antigas, as tradicionais, como

acupuntura ou a cromopuntura, seja as mais recentes, a cromoterapia, florais, a terapia de vidas passadas, tarô, seja qual for, mexeu com energia e mexeu com a sua autorreflexão, com refletir sobre si de uma outra forma, sem ser esse material, eu acho que ela é benéfica sim. Porque ela te indaga. Ela te indaga sim, faz mexer, sair do lugar, se você quiser.

Mas um aspecto importante ressaltado era a necessidade de acreditar nas terapias e energias para que elas funcionassem.

Se você faz algo, qualquer coisa que você faça na vida, você acredita que não vai dar certo, realmente não vai. Não vai dar certo porque você tá direcionando a sua energia do seu mental. Por não acreditar vai dar certo? Então, seu agir vai ser influenciado pelo que você pensa. Então, quando eu fui pra terapia, eu fui indicada, e eu realmente acreditava que ia funcionar.

Jade apontou mudanças que ocorrem na sua vida a partir das terapias. Segundo ela, passou a olhar para sua relação com os pais com mais respeito, compaixão e aceitação.

Tentei muito trabalhar essa questão de ser amorosa, de ter compaixão, de ter paciência, é um exercício que é diário. Porque, nem sempre, as pessoas, nesse ritmo louco, alucinante, que vivem, às vezes, muito apegado ao plano material, nunca acreditam. Acreditam só que a verdade delas é a verdade absoluta e tem dificuldade de aceitar que há outras verdades. É um exercício que é diário assim porque muito, muito facilmente, a gente cai numa rotina do automático, assim, de só viver e a gente deixa de prestar atenção nas relações e a violência pode ser reproduzida.

Mas, assim, a relação com os meus pais melhorou. Eu passei a ter mais paciência e compaixão, mas ainda não é fácil, ainda não é fácil. Ainda tenho trabalhado muito a questão de aceitação, de aceitar eles como são, o caminho que eles escolheram, e é o estágio evolutivo deles. Mas, me ajudou a ter gratidão, porque eles fizeram o que eles conseguiram fazer, e ter compaixão, ter mais respeito. O respeito foi de uma forma geral, comigo mesmo e na relação com qualquer outra pessoa ao meu redor.

Para Jade, o perdão aos outros e o autoperdão foram partes importantes da sua melhora. Um processo essencial para lidar com os conflitos e a culpa que sentia.

Eu fiz muito o trabalho do autoperdão, sabe, também, nesse caminho. Uma das coisas que eu aprendi foi que, também, eu precisava me perdoar e perdoar a outra pessoa. Foi mais fácil perdoar o outro do que a mim mesma, mas eu consegui perdoar o cara que me violentou, consegui perdoar a minha mãe, como ela reagiu com a situação, e o mais difícil, pra mim, foi me perdoar, o autoperdão. Mas, eu acredito que eu consegui, tanto que hoje eu é... foi um caminho longo, foi um processo doloroso, mas eu consegui trabalhar e estabelecer vínculos saudáveis com homens no plano sexual, no emocional, eu consegui. E eu atribuo ao conjunto, assim, o todo. O caminho que eu fiz dessa busca interior, de me conhecer, de perceber porque doía, de que forma doía e como eu podia crescer a partir disso e me tornar um ser humano melhor.

Contudo, apesar de uma narrativa de autotransformação e fortalecimento pessoal, do mesmo modo que Ametista e Berilo, Jade demonstrou receio de que mudanças

significativas e repentinas na vida pudessem produzir novas crises depressivas. Todos traziam essa sensação de vulnerabilidade diante da depressão. No momento da entrevista, Jade estava grávida e tinha ido morar com o namorado recentemente. Essas mudanças fizeram com que ela voltasse a procurar por psicoterapia.

No período da entrevista, Jade não estava fazendo nenhuma terapia holística, continuava apenas com as danças que, segundo ela, traziam boas energias. Além das danças, uma série de técnicas de autocuidado passaram a ser adotadas, como banhos energéticos e orações.

Mas meu estado não depende... meu bem-estar não depende disso mais, como já dependeu, não depende. Eu acho que as, as terapias elas, elas são em qualquer momento da vida. Você estando ruim ou não, elas podem te ajudar a se manter equilibrado, a manter a saúde, quando ela é encarada também de forma preventiva. Mas tem os exercícios, as práticas diárias que eu faço e isso me reabastece. Os exercícios que eu falo são de atitudes, de mental, são orações, equilíbrio energético, são banhos que você, que eu posso tomar quando eu sinto que eu to cansada, que eu to precisando descarregar uma energia, que eu fui num lugar que o ambiente estava muito pesado. Você toma um banho com sal grosso, com ervas, coisas que você aprende nesse caminhar pra manter sua energia num estado vibratório positivo, elevado .

E, mais importante, Jade explicou que esses novos hábitos que adquiriu não foram incorporados temporariamente, com o intuito de curar uma doença, mas definitivamente, alterando seu jeito de ser.

A depressão eu não tenho mais, e trabalho todos os dias pra me manter saudável. É um hábito que com o tempo faz parte da sua vida e você nem percebe, não faz nenhum esforço pra ter. Porque eu mudei a minha postura diante da vida. Não é algo que eu fiz como passageiro, só pra curar, é algo que mudou a minha vida tão profundamente que o meu jeito de ser mudou. Eu sou outra pessoa hoje, me considero mais madura, mais sensível e feliz. Me considero feliz e isso é a mudança que foi significativa pra mim. Mudou minha visão de vida, minha postura, minha atitude perante a vida, minha atitude e meus pensamentos comigo mesma, me mudou como pessoa.

Enfim, depois de anos silenciando sua dor por causa do estupro, do descrédito diante da denúncia e do aborto provocado, Jade conseguiu iniciar a psicoterapia que e romper o silêncio. Mas a psicoterapia tem um reverso: falar é também se expor ao julgamento alheio e reacendia dores.

Dos psiquiatras, por sua vez, recebeu diferentes diagnósticos e tratamentos. Foi diagnosticada ora com depressão ora com transtorno bipolar. Mas julgava o atendimento

do psiquiatra frio e rápido, os efeitos dos remédios nocivos e que não garantiam sua estabilização. Avaliava que os psicofármacos não faziam mais do que anestésias suas dores para conseguir viver. No entanto, esse não era o efeito desejado. Ansiava viver melhor.

A cromopuntura e os florais de Bach foram as terapias que contribuíram bastante para que se sentisse bem. Conforme explicado por Jade, essas terapias ajudavam na circulação de energias, agiam mais no campo sutil, cujos efeitos contribuíram para sua autotransformação. Além disso, as terapias holísticas ajudaram a controlar o sono, diminuir pesadelos e proporcionar uma sensação de bem-estar mais duradoura do que remédios e psicoterapia.

Jade entrou em contato com conceitos como energia e vibração, entre outros. Passou a adotar uma perspectiva de que era um ser de energia e que a saúde e bem estar dependia de atitudes que mantivessem essa energia positiva. O caminho espiritual e as terapias contribuíram para que Jade se perdoasse e às pessoas que a fizeram mal e libertasse da culpa que sentia pelo aborto. Permitiram se conhecer melhor para compreender como cada sentimento, ambiente ou ação a afetava. Portanto, chegou à conclusão de que ela poderia promover sua autocura, a partir do autocuidado, que consistia em manter o pensamento positivo, adotar bons hábitos, estar atenta aos seus sentimentos, não fazer mal aos outros nem a si mesma, não deixar que os outros a afetassem de forma negativa. Também incluía a olhar para o passado sem focar apenas no sofrimento pelo qual passou. Ou seja, para obter grande alívio da depressão adotou uma nova forma de ver e lidar consigo mesma, sua história e os outros.

Ágata

Depois de ouvir a psicóloga palestrante no grupo de apoio à família de alcoolistas, Ágata interessou-se em fazer psicoterapia. O principal objetivo da psicoterapia era conseguir pôr fim na situação de violência que vivia com o marido 2, Vitor. Tentou inclusive fazer terapia de casal, mas ele preferiu que fizessem individualmente. Ágata começou a psicoterapia com uma psicóloga que atendia pelo plano de saúde da família. Contudo, segundo narrou, a psicóloga reagia muito mal ao que era tratado, ficava nervosa diante do que era exposto. Ágata concluiu então que essa profissional não conseguiria lidar com sua situação e abandonou a psicoterapia depois da quarta sessão.

(...) Ai eu peguei, como minha mãe tinha Ipasgo e eu tinha Ipasgo também, eu arrumei uma psicóloga. Só que eu ia na psicóloga e contava pra ela as coisas que acontecia. Ela, menina, ela ficava nervosa. Ela ficava brava, ela não conseguia, porque era muito absurdo as coisas que acontecia, era muito absurdo mesmo né, tipo de agressões verbais e físicas, de desrespeito. Eu fui pra resolver o meu problema com o Vitor, eu nem falava do Amarildo não, porque eu queria resolver meu problema com ele, porque eu vivia com o meu braço machucado, eu vivia machucada, sabe. (...) Então, ai essa psicóloga não deu conta, porque era muito pra ela, sabe. E ela ficou muito abalada, e eu “Nossa, se essa psicóloga não tá dando conta. Nossa, então eu não posso ficar com essa psicóloga não, não vai dar certo não” (risos). Ai ela não... eu fui, eu acho que em um mês, em quatro sessões com ela, ai eu acho que eu desisti porque eu... eu vi que ela não ia, não ia funcionar com ela, sabe.

Até a data da entrevista Ágata ainda estava em processo psicoterápico, mas já com outra psicóloga. Ainda que compreendesse e aprovasse o distanciamento profissional da psicóloga, Ágata relatou que desejou esse posicionamento nos momentos conturbados em que precisava de ajuda. Segundo ela, sentiu-se só e sem apoio em alguns momentos da psicoterapia, mas depois entendeu que a função da psicóloga era encurralá-la para que ela chegasse a conclusões e tomasse atitudes.

Ai esse negócio com psicólogo, pelo que eu entendi é... eles... você vai, você fica falando, é pra você se perceber, eles não te dão resposta né, eles não... às vezes fazem uma pergunta, fazem outra pergunta, mas a ideia é que você se encurrale, né. Eu acho que era esse o processo. Então, às vezes, quando eu ficava... teve umas épocas que eu fiquei com raiva da psicóloga, porque eu queria que ela tomasse uma posição. Tipo assim, eu queria que ela me ajudasse, mas parecia que ela não estava me ajudando, né. Tipo, que eu fiquei sozinha lá no meio dessa bagunça. Mas hoje eu entendo que a ajuda dela foi exatamente me colocar nesse lugar.

Ágata depois começou terapia de casal com Victor. Relatou que estava passando por um processo doloroso de tentativa de separação com Amarildo e de se harmonizar com

Victor, que a violentava. Nesse período, esperava mais posicionamento da psicóloga durante as sessões com o Victor no sentido de defender o ponto de vista dela. Ágata criticou o fato de a psicóloga não confrontar e responsabilizar o marido pelos problemas da mesma forma que a ela.

Ai, meses depois, ele veio com essa história da gente fazer terapia de casal, como se isso fosse uma ideia dele, que ele tivesse tentando solucionar o problema, sabe. Ai, tanto é que um dia, falando com a Adriana, ela disse “Mas uma coisa você tem que agradecer o Vitor, ele foi, ele ajudou né, ele foi atrás de resolver”. Eu falei “Eu não tenho que agradecer isso pra ele não, porque de tanto que eu falei na cabeça dele pra gente procurar uma psicóloga de casal. Eu, porque eu não dava conta de pegar o telefone pra fazer uma ligação, eu não dava conta. Eu não dava conta porque, justamente, tudo que eu fazia não prestava pra ele. Então, se eu pegasse o telefone e ligasse não ia prestar, só que eu não sabia disso nesse momento. Eu só sabia que eu não dava conta de fazer nada. Eu não dava conta de fazer nada por mim. Então, eu não tenho que agradecer isso por ele não, eu tenho que agradecer que ele foi um uó comigo, que ele foi tão uó que eu tive que encarar eu mesma sozinha e vê pra eu dar conta de resolver a minha vida, entendeu?”

Ninguém dizia “Você tem responsabilidade nisso. Você tem também”. Ninguém dizia isso, que eu achava que era o papel da psicóloga: “Você também tem responsabilidade nisso, Vitor”. Mas nisso ela nunca deu opinião dela, sabe.

Depois de um tempo de psicoterapia e diante do falecimento da sogra, Ágata conseguiu se separar de Amarildo. Contudo, isso não garantiu o fim de seus problemas com Vitor. Havia muita raiva e agressividade entre eles e isso se refletia na psicoterapia, em que Ágata mostrava-se desequilibrada.

Ele era um bicho raivoso, sabe. E eu, por outro lado, estava totalmente raivosa também, estressada. Eu chegava na terapia eu gritava. Ele gritava? Nunca! Ele ficava sentado na posição dele de né: “Essa louca me trouxe aqui porque eu amo ela, mas ela é muito doída. Olha o que que ela ta fazendo”. E eu gritava, eu chorava, eu espumava a boca. A Adriana até hoje fala isso “Ágata, você chegou aqui espumando a boca”. Eu falei “Eu sei”.

Durante a psicoterapia, o posicionamento da psicóloga tornou-se central na avaliação das posturas que Ágata estava tomando e interferiam no modo como via a si mesma.

Eu espumava a boca mesmo, porque eu falava tanto, que eu espumava a boca igual cachorro com raiva, sabe cara. Eu estava histérica porque eu não suportava mais ser oprimida e ser humilhada e sofrer tantas é... como posso dizer? Incompreensões. Parecia que eu era... e ninguém compreendia. Eu falava: “Eu to totalmente errada, então, porque ninguém compreende nada que eu falo, nem a psicóloga”. Ela não falou em nenhum momento “É Ágata, é isso mesmo, minha filha”. Em nenhum momento, entendeu(choro) . Então, eu to

lascada mesmo, eu sou totalmente errada. Eu sou o erro. Eu tenho que repensar tudo, sabe.

Segundo Ágata, estava passando por um estresse muito forte e não se sentia confortável para falar sobre o que passava, porque tudo se voltava contra ela. Ela ficava em silêncio ou falava de uma forma descontrolada. Sentia que estava enlouquecendo, adoecendo e já não conseguia trabalhar. No entanto, na terapia de casal, por não conseguir expor seu ponto de vista, acabava sendo criticada tanto pelo marido quanto pela psicóloga.

Conforme narrou, Ágata já não conseguia comer nem trabalhar e começou a desenvolver comportamento compulsivo. Foi diagnosticada pela psicóloga com depressão grave com tendências suicidas e transtorno de ansiedade grave. No entanto, Ágata não tinha certeza se o marido também tinha passado pelos mesmos testes para ser diagnosticado. Ao tratar disso, Ágata dá novamente a impressão de que a psicóloga a julgava e tratava de forma diferente do marido.

(...) Ai, na psicóloga, ela me diagnosticou com depressão. Eu nem sei se ela fez esse teste com o Vitor, vou até depois perguntar pra ela se ela fez o mesmo teste que fez comigo. Mas eu não me recordo dela ter feito isso com ele. Eu me recordo dela ter feito isso comigo só. Ai ela fez e me diagnosticou com é... “depressão grave e com tendências suicidas e transtorno de ansiedade grave” também. Eu já estava numa fase que eu estava dando síndrome do pânico. Eu sentia, tipo, às vezes, muuuuuuito medo, meu coração acelerava assim, e eu tinha taquicardia muito forte durante muito tempo, falta de ar e tinha muito mal-estar, assim, tremedeira. E eu não comia né, também, eu comia... eu nem sei se que eu comia pra falar a verdade. Eu não me lembro de comer, mas devia comer, né, porque eu não vivia sem comida. Eu comia muito pouco, mas eu só fumava e fumava maconha, fumava palheiro e fumava maconha e ficava lá o dia inteiro. Até que chegou um dia que eu não consegui trabalhar mais por causa de todas essas coisas. Eu tive que parar de trabalhar, aí eu ficava só em casa e eu fui parando de trabalhar aos poucos. Assim, eu ia pra trabalhar, mas eu não fazia quase nada. E eu saía e ficava passeando no centro, indo nos brechós comprando roupa. Comprava muita roupa usada, aí eu fui comprando tanta roupa, tanta roupa, tanta roupa. E nessa época eu estava morando com a minha mãe, aí o meu quarto só tinha roupa, menina. Era uma coisa doida demais. Eu ficava o dia inteiro na frente do espelho, experimentando roupa, sabe. Trocando de roupa, experimentando roupa, porque eu fiquei bem magrinha, bem magrinha mesmo.

Ágata disse que aceitou o diagnóstico da psicóloga como uma constatação de que estava mal, que poderia inclusive se matar, mas não como um rótulo ou como algo ao que se agarrar. Segundo ela, todo a sua luta não foi para pôr fim a depressão, mas para sair da situação em que estava. O sentido era não fazer do diagnóstico mas do mal estar o foco do problema.

Quando eu fui diagnosticada com depressão grave, com tendências suicidas (risos), menina do céu, eu fiquei preocupada, porque eu falei: “Nossa, realmente eu sou capaz de me matar a qualquer momento (risos). Ela está certa”. E com depressão profunda, com transtorno... Não, como é? Com depressão profunda, com tendências suicidas e com transtorno de ansiedade grave. Foi exatamente isso que ela disse pra mim. Primeiro eu fiquei preocupada, mas, logo em seguida, eu falei pra mim... eu não fiquei agarrada com isso. Tipo assim: “Ai, eu sou uma depressiva. Eu estou...” As pessoas próximas a mim que gostavam de ficar me rotulando assim, entendeu? Mas eu mesma... Às vezes, eu dizia isso, mas via como uma constatação. E eu dizia, como uma doença de pele, você tem que tratar, entendeu? Eu entendi assim: “Eu estou com essa doença, aqui e agora, e eu preciso tratar pra me curar dela”.

Mesmo diante de um diagnóstico que parecia bastante sério e de todo o mal-estar que sentia, Ágata recusou-se a tomar medicação porque não acreditava em médico e em remédios. Ela mencionou uma amiga que serviu de exemplo para a ineficácia de psicotrópicos, pois tomava muito remédio e nunca teve seu problema resolvido.

Eu não quis tomar remédio pra depressão, porque eu tenho uma amiga que, antes de mim, anos antes de mim, teve problemas também. Ela já tinha problemas desde a infância também. E ela fazia terapia e é uma pessoa que acredita muito em médico. Ela é meio... Como chama aquelas pessoas que gostam de tomar remédio? Eu morro de rir. Falo assim: “Menina, você tem remédio pra tudo aqui, hein?” Tudo ela tem um comprimido. Qualquer coisa, você vai lá que ela tem um comprimido pra você. Então, ela tinha essa tendência, porque a mãe dela também tem, né? Tudo trata assim. Aí ela teve exceção de ansiedade, que é a mesma coisa, e ela, tipo assim, se cortava sabe? Cortava os braços, cortava os pulsos. Era super louca (risos). Aí ela... E eu via ela tomando medicação. Eu vi o quanto foi difícil pra ela, e ela não resolveu nada disso.

Ágata justificava a ineficácia dos remédios porque eles não agem na causa dos problemas, mas nos sintomas. Os remédios seriam soluções apenas temporárias, mascarando sintomas e atrapalhariam o enfrentamento da doença.

Então, quando eu entrei nesse processo de cura, eu entrei decidida que eu não ia tomar medicamento. Isso porque duas vezes durante o processo, a Adriana me perguntou se eu não queria tomar um ansiolítico pra me ajudar. E eu resisti, sabe? Porque eu sabia... É tipo, muito confortável. Igual quando você tem dor de cabeça e vai lá e toma um remédio e sua cabeça alivia, né? Só que depois, no outro dia, às vezes, dois dias depois, você está de novo com a mesma dor de cabeça. Porque você não resolveu o problema, entende? Porque você está cansada, você dormiu pouco, você está estressado... Você precisa resolver aquele problema pra não ter dor de cabeça mais. A dor de cabeça é um sintoma que algo está errado.

Ágata resistiu a indicação da psicóloga para tomar ansiolítico, mesmo demonstrando forte agitação. Estava tão transtornada que gritava durante as sessões. Como sua psicóloga atendia na cooperativa holística sugeriu então a ela uma sessão de reiki para

que pudesse se acalmar. A sensação de relaxamento que teve com o reiki foi bastante intensa, segundo ela, porque teria recebido uma carga de energia muito grande.

Então, aí, assim que ela me diagnosticou, eu ia nas seções... Eu tinha seções todas as semanas, né? Aí, no dia de uma das seções, eu fiquei louca lá da perereca e gritei e chorei e espernei, fiquei indignada e dei um piti. E ela pegou e falou assim: “Não, pera aí”. E foi lá e chamou o Paulo, que é reikiano, e pediu pro Paulo me aplicar uma seção rapidinho de reiki, que estava exausta, né? Aí foi e me levou lá pra sala e aplicou o reiki em mim, né? Eu fiquei uns 20 minutos, eu acho, com ele, não sei se foi nem isso tudo. E eu sei que foi... Eu deitei assim... Eu estava super, né? Nossa, muito cansada né? E eu só senti muita dor na coluna aqui, muita quentura, muita dor aqui nessa... Na coluna vertebral. E aí terminou a seção e ele: “Prontinho né?” E aí eu fui sair e eu desci no chão, menina, e parecia que eu tinha fumado a maconha mais poderosa do mundo mesmo. Hoje mesmo eu lembro, eu fico pensando: “Nossa! Que esse trem é muito poderoso, né?” E aí eu vim caminhando e parecia que eu estava caminhando nas nuvens, porque, como eu estava muito desgastada e o meu nível de energia estava muito baixo e eu recebi uma carga alta de energia, então, foi como eu fui alimentada, né?

A partir desse dia, Ágata somou ao seu tratamento o reiki. Passou a conhecer ainda as origens e ferramentas do reiki, incorporando a seus conhecimentos o funcionamento dos chacras e da circulação de energias.

E aí a partir daquele dia, na próxima seção eu falei com ela que eu queria de novo, né? Então, aí depois eu fui descobrir, né, que o reiki é a canalização da energia do amor total, né? Do amor universal. Então, esses são os chacras maiores que eu entendo, que é o que faz a ligação com os outros corpos, né? Com os sete corpos. Nós temos sete corpos né? Um dos corpos é o corpo da matéria, que é esse. Então, o Reiki, ele vem pra equilibrar esses chacras, pra alinhar os chacras, pra deixar eles equilibrados, e você conseguir ter tranquilidade, ter serenidade.

O terapeuta holístico geralmente utiliza mais de uma técnica em seus clientes. No caso de Ágata, em uma sessão que seria de reiki era utilizada também massagem, ventosa e cromoterapia. A cromoterapia foi usada junto com o reiki para promover o relaxamento e suas técnicas foram adotadas por Ágata, que passou a usá-las em casa. Além de ser iniciada no reiki e poder aplicar em si mesma, garantindo sua energização sem necessidade do terapeuta.

Fazendo psicoterapia e reiki, Ágata tomou a decisão de sair da cidade por um tempo para evitar que seu estado de saúde piorasse se continuasse no mesmo contexto. Foi para a casa de uma amiga em Salvador. Então, Ágata pode contar com o auxílio de amigos de Salvador, que eram terapeutas holísticos e a trataram com acupuntura e massagem. Ela não conhecia ainda essas ferramentas, mas afirmou estar disposta a fazer qualquer coisa que a ajudasse a melhorar.

Cheguei lá e bati na porta. Aí sentei com aquela cara assim, e a Amanda fazendo as coisas e só esperando eu abrir a boca, né? (risos) “Amanda?” Aí ela: “O que que foi, Ágata?” “Amanda, eu vou morrer! Eu não aguento mais!”. Aí, nesse dia, ela pegou e me levou pra Casinha que eles chamam lá, que é um lugar que eles atendem, que o Roberto era acupunturista e eles atendem lá. Aí ela começou a fazer uma massagem em mim. Então, quando ela começou a fazer essa massagem, ela pegava, assim, no pulmão, nessa região do pulmão, e eu chorava tanto, menina. Eu chorei tanto durante essa viagem, porque foi também uma forma de expurgar. Eu chorei, chorei, chorei, chorei. E doía, menina, quando ela pagava aqui (região do pulmão). E não tinha nada, não tinha dor nenhuma, tipo assim, física. Era só... Chega meu corpo fazia, assim, quando ela pegava, porque era... Eu acho que eram as energias mesmo. Era dor, a tristeza no coração, que estava grande demais. Ela pegava assim e saía e eu chorava, e eu chorava. E eu chorava tão doído, assim. Estava doendo tanto tudo aquilo, sabe? (choro) Que eu me sentia ainda muito culpada, sabe? Por tudo que estava acontecendo e tal (choro).

(...) E aí, nesse período o Roberto pegou e me falou assim: “Não, eu vou te tratar com acupuntura. Você quer?”. Aí eu falei: “Eu quero qualquer coisa que me ajude”.

Durante esse tratamento com a acupuntura, Ágata revelou ter descoberto que as pessoas são canais de energia e se esta energia fica retida no corpo ou na mente ela poderia virar uma doença. Assim, a massagem e a acupuntura estariam ajudando a fluir as energias estagnadas no seu corpo e, dessa forma, ajudando-a a melhorar.

Segundo a compreensão de Ágata, problemas de saúde que surgiram na época da depressão eram um sinal de que estava mal e, durante as terapias, era o corpo expulsando que estava fazendo mal. Sintomas como problemas ginecológicos e dores no estômago funcionariam como um sinal físico-orgânico de que havia algo acontecendo no campo energético, emocional.

Em seu relato, Ágata apontou como fortes sinais de que estava melhorando foi a cura do seu apetite, respirar melhor e voltar a sorrir. Mudar de ambiente foi tão significativo quanto as próprias terapias.

Aí nesse dia passou, né? Aí eu acho que foi, assim, a cura do meu apetite. Começo da cura de eu começar a comer de novo, entendeu? Porque aí, logo em seguida, eu fui pra casa da Amanda e do Roberto, aí ele fazia uns cafés da manhã assim, nossa, muito gostoso. Nossa, era tão bom. Aí a gente comia. Aí eu passei a comer, sabe? Aí eu passei a comer mais depois desse dia que aconteceu isso.

Aí, e o Roberto me tratando com as agulhas, e as agulhas iam fazendo esse processo de limpeza do corpo né? De fluência das energias. Então, às vezes tinha lugar que ele colocava, especialmente nos rins, no começo doía muito, sabe? Nessa parte dos rins. No final, já era uma delícia, porque já tinha tirado... Eu sentia muita dor nessa região aqui dos rins, muita dor aqui, sabe? E aí ele me explicou que segundo a medicina oriental os rins é o lugar onde mora o medo, a energia do medo, sabe? Onde a energia do medo fica estagnada. Aí, então, ele tratou muito essa região em mim e pôs agulha em regiões que geravam prazer,

sabe? Como aqui na cabeça, tem um lugar aqui que você vai, oh, é uma delícia. É bom demais, sabe? E juntando tudo naquele ambiente de mar, calmo, sossegado, ambiente de paz extrema, sabe?

Ter gargalhado com sinceridade foi o sinal que Ágata precisava para compreender que a depressão estava acabando. Ela descreveu o deprimido como um sujeito pra quem tudo é cinza, chato e ruim. Libertar-se da depressão tinha dois significados muito especiais para ela: voltar a ser ela mesma e ter a oportunidade de recomeçar.

Mas eu me lembro que no dia 23, sei lá o que foi que eles falaram, eu não lembro mais, eu sei que eu dei uma gargalhada, mas uma gargalhada tão verdadeira, que veio do fundo do meu ser assim. Uma gargalhada porque eu tinha achado aquilo tão realmente engraçado. E quando você está com depressão, você não acha nada engraçado. Tudo é preto e branco, tudo é cinza, tudo é uma chatice, tudo é ruim. E nesse dia, nossa, eu ria, eu ria, eu ria, eu gargalhava alto, mas alto mesmo assim. E aí eu senti, que tipo assim, eu sendo eu de novo, sabe? Eu estava tendo a minha chance que eu tanto pedi, que eu tanto quis, sabe? Estava tendo a oportunidade de recomeçar a minha vida.

Ainda na Bahia, esse mesmo acupunturista colocou Ágata em contato com leituras que se tornaram importantíssimas para ela no seu processo de cura, sobre meditação, do mestre Osho. A partir de então, Ágata passou a meditar como forma de entrar em contato consigo mesma, conhecer sua mente.

Depois de voltar da Bahia, Ágata retomou a psicoterapia e o reiki e se separou definitivamente de Vitor.

Aí, eu sei que, nesse período que eu sai de lá, eu continuei fazendo terapia com a psicóloga e fazendo Reiki, que era uma coisa que me acalmava bastante, né, o Reiki. E aí, quando eu rompi com ele (Vitor) definitivamente. Aí, depois que eu nunca mais tive contato com essa pessoa (Vitor), minha vida melhorou bastante. Porque aí eu tive chance de me fortalecer, né?

Ágata decidiu conhecer outras terapias e técnicas que permitiam a ela melhorar. Começou a ler Osho, a medicar e procurou um grupo para tomar o Daime. A meditação e o Daime teriam ajudado a olhar o que viveu com mais distanciamento, a melhorar sua saúde e a perdoar os ex-maridos.

Com Osho, Ágata disse que pode compreender melhor o funcionamento da mente e a importância de viver no presente pois tudo o que estava fora do presente era uma ilusão. Ela teria aprendido ainda que a mente era um fluxo de pensamentos e que, se ela poderia

ler seus pensamentos, se olhar de fora, ela poderia ter controle sobre sua mente e, assim, livrar-se das doenças mentais.

Da forma como passou a compreender, a mente estava relacionada tanto ao tempo quanto ao sociocultural. Na sua nova lógica explicativa, o adoecimento mental estava relacionado à cultura impede de viver o eu e o presente, deixando as pessoas sujeitas à normas, valores e ilusões, centradas no passado ou no futuro.

O fato de você ser uma pessoa que está longe de você mesmo, do seu centro, do seu eu, do seu eu profundo. Então, você passa, como você vive em sociedade, você passa a ter valores sociais, morais, religiosos, conceitos, um monte de coisas que é da cultura, que não quer dizer que é você. A gente vive muito na periferia do eu. A gente não vive no eu. Viver no eu é difícil, é complicado, porque a gente já nasce aprendendo o fora, não o dentro, né?

Então, acaba que a sua mente, que é o reflexo disso tudo, dos pensamentos que você tem, acaba te conduzindo ao longo da vida, te roubando a vida. Te roubando a capacidade de viver o seu presente, viver o aqui e o agora, que é a única coisa que existe. O passado não existe, o futuro não existe. São só conceitos. Não é uma realidade. A realidade é aqui e agora. Eu estar sentada aqui, você aí e a gente conversando. Qualquer coisa além disso é uma ilusão.

Todos esses ensinamentos de Osho foram importantes para Ágata pela principal razão de que ela não queria se identificar com uma mente doente e precisava enfrentar o transtorno que se havia instalado. Osho teria contribuído para que ela entendesse que isso seria possível.

Então, ele (Osho) me ensinou isso. Quando eu fiquei... quando eu pude perceber isso, eu fiquei muito feliz, porque a minha mente era muito doente, né? Então, se eu não era a minha mente, então, eu não era aquela doença, sabe? Eu não era aquele transtorno. Então, se eu podia ver o transtorno de fora, eu podia não deixar ele me atingir.

E com Osho Ágata aprendeu que não estava presa à mente, com o Daime ela soube que não estava presa ao corpo, que era uma consciência livre.

E o que eu aprendi com o Daime é que realmente nós não somos nada disso que nós pensamos e sentimos. Nós somos esse eu, sem corpo, sem forma, sem... Essa consciência que existe por trás, sabe? Então, pelo Daime, eu vivencio a consciência livre. A consciência que pode ir pra outros planos da existência, que eu acredito que exista, que existe porque eu vivencio, sabe? Essas experiências de estar conectado com planos mais sutis e superiores.

Além de possibilitar a autocura, o Daime teria proporcionado ainda o autoconhecimento, ou seja, aquele processo de se voltar pra dentro, pra si mesmo. Ágata

explicou que esse autoconhecimento tinha um propósito, estar atenta a si mesma e manter o equilíbrio.

Todo o meu foco era eu cuidar de mim mesma, porque eu estava muito fragilizada. A gente tem que cuidar da gente o tempo inteiro e eu ainda continuo me cuidando. Eu ando me sentindo muito bem, muito forte e tal, mas eu ainda continuo me cuidando, sabe? A vida não é brincadeira não, ela é muito perigosa. O tempo inteiro ela está te botando um monte de coisa, e se você não tomar cuidado, você cai num monte de outras coisas. Eu espero não cair na mesma de novo, né? Então, o Daime é bom pra isso, pra poder me manter nesse equilíbrio, sabe?

Por meio da leitura de Osho, Ágata pode também se livrar da culpa que sentia por ter dois maridos. Ela passou a entender que a condenação dessa prática era puramente cultural, que se estivesse em outra sociedade que permitisse a poligamia feminina não precisaria sentir essa culpa que a fazia tão mal.

O Osho, mais do que as terapias, ele me ensinou que tudo é uma ilusão. Então, essa coisa de culpa, se o mais importante sou eu mesma, o meu bem-estar, não existe culpa. Porque a culpa é uma maneira da mente ficar se fazendo valer, se fazendo existir, se fazendo presente, sabe? Então, se tudo que existe fora é uma ilusão, então, a culpa é também uma ilusão. O pecado também é uma ilusão. Há valores morais e conceitos que existem dentro de uma sociedade, né? Dentro de um local que você nasceu, né? Hoje a gente vive aqui, no Brasil, em Goiânia, que tem essa cultura, e “lálálá”, né? (...) Então, eu comecei a ver que tudo isso era bobagem. Que tudo é uma questão de ponto de vista, da onde você está olhando, entendeu? Se eu nasço numa outra cultura em que a mulher é permitida ter vários homens, entendeu, não ia ter esse problema. Ninguém iria ter esse problema nessa história.

Respeito pelos outros, amor próprio, desvalorização do que é externo em favor do que é de dentro foram aprendizados de Ágata nesse caminho. O resultado foi sua mudança.

É bom lembrar que sua primeira opção de tratamento foi a psicoterapia. No entanto, encontrar a psicoterapia não equivalia a localizar uma psicóloga. A primeira que procurou não clinicava; com a segunda ela pode ficar pouco tempo em razão do alto custo; a terceira não conseguiu lidar com sua história. Ágata conseguiu dar andamento à psicoterapia já com a quarta psicóloga, que atendia a preços populares em uma cooperativa de terapias holísticas. No entanto, segundo relatou, por diversas vezes se sentiu julgada, não apoiada e acreditava que a psicóloga defendia seu marido. Contudo, a psicoterapia foi um dos auxílios do qual ela nunca desistiu.

Com o reiki, Ágata se sentiu muito bem, leve e calma, conforme descreveu. Acreditava que recebeu uma grande carga de energia. Avaliou que o reiki tinha uma ação poderosa de energização e alívio.

As terapias deram a ela condições de tomar decisões importantes que havia adiado até então. Depois de um período usando essas terapias, Ágata conseguiu se separar do primeiro marido e fez uma viagem para se distanciar do segundo. Nessa viagem estava muito mal, com diversos problemas de saúde, mas lá recebeu tanto acupuntura quanto massagens terapêuticas que a fizeram voltar a ser ela mesma. Ou seja, partilhava o sentido de que a melhorar seria o mesmo que voltar ao que se era antes da depressão.

Tendo experimentado os efeitos positivos das terapias holísticas, Ágata voltou de Salvador e continuou a psicoterapia e o reiki. O reiki permaneceu mostrando-se benéfico, somado a cromoterapia, massagem, ventosa e demais terapias que o seu terapeuta holístico utilizava. Ágata atribuía a eficácia das terapias holísticas as suas potencialidades para tratar os chacras e a promover melhor circulação e equilíbrio das energias.

Outras duas tornaram-se importantes em sua trajetória terapêutica: a leitura e pratica dos ensinamentos de Osho e participar de um grupo que tomava o Daime. O primeiro ensinou a lidar com a mente para se sentir bem. O segundo consistia em uma manifestação religiosa que ensinava sobre amor ao próximo e ampliação da consciência.

Ágata teria passado por uma autotransformação, que incluía entender que deveria fazer o bem aos outros para se sentir bem, assim como evitar que as pessoas a atingissem com seus julgamentos ou ações. Entendeu que ela era a única responsável pelo seu bem estar e que deveria manter uma postura na vida para garanti-lo. Passou a reconhecer também que ela não era responsável pelos outros e, a partir daí, libertou-se da culpa que sentia.

Ágata se considerava completamente curada da depressão e compreendia que isso só foi possível por causa do autoconhecimento, autoperdão, libertação da culpa e do equilíbrio energético promovido pelas terapias e por suas novas atitudes.

Sendo assim, o caminho iniciado em busca de alívio do sofrimento acabou por se tornar um caminho de transformação pessoal que, por sua vez, foi a principal responsável pela cura da depressão.

Jaspe

Tanto os sintomas quanto o diagnóstico da esclerose múltipla deixaram Jaspe muito triste. Jaspe tornou-se ríspido com os familiares, afastou as pessoas, não saía de casa, não queria ter que responder aos outros como estava se sentindo. Decidiu conversar sobre essa postura com a enfermeira que fazia a triagem onde ele tratava a esclerose, acreditando que essas mudanças teriam sido provocadas por ela. A resposta que teve foi de que era a depressão que estava provocando tudo isso e foi encaminhado para psicoterapia.

Essa enfermeira que fazia a triagem começou a perguntar as coisas, se eu estava bem, aí eu comei a falar que as coisas não estavam boas: que eu estava brigando com a minha família, me afastando das pessoas, não saía de casa mais, não queria encontrar os amigos pra não ter que falar da esclerose, não queria encontrar a família porque o tempo todo ficavam me perguntando como eu estava me sentindo. Você cria uma máscara pra se esconder. Eles não podiam fazer nada por mim, não podiam me ajudar, porque eu ia ficar preocupando eles falando o que eu estava sentindo? Eu sempre fingia que estava bem, respondia que estava ótimo. A enfermeira já era experiente e me disse que aquilo não era efeito dos remédios pra esclerose, como eu pensava, disse que eu estava com depressão e me encaminhou pro psicólogo.

A resposta a psicoterapia foi imediata. Jaspe sentiu-se muito mais animado depois da primeira sessão e marcou outras. Concordeu com o diagnóstico de depressão e começou a receber dicas da psicóloga sobre atitudes que poderia adotar para sair do quadro depressivo. Assim, a partir da conscientização do que tinha e do que poderia ser feito, julgou que nem teria necessidade de acompanhamento psiquiátrico. Contudo, a satisfação com a psicoterapia não foi duradoura. Jaspe narrou que começou a planejar as consultas que, por se tornarem previsíveis, deixaram de parecer eficazes.

E aí eu conversei com a psicóloga durante 5 minutos, eu tirei um peso gigantesco das costas... Isso deu uma animada tremenda, e então... Aí eu marquei outras sessões com ela e começamos a conversar. E então, chegamos juntos à conclusão. E eu falo juntos porque, assim, porque eu consegui perceber que a minha... o meu perfil era de um quadro depressivo mesmo. E ela não precisou me provar que eu estava com depressão. E como eu tomei consciência disso, não foi necessário ir pra um psiquiatra ou entrar com medicamentos, porque eu mesmo já comecei a me atentar às minhas reações, a saber o que eu tinha que fazer, e não deixar a preguiça tomar conta. E a sensação é essa, de aquela vontade de não fazer nada. Então... E eu comecei a tratar com essa psicóloga. Foi muito bom, muito bom mesmo. Foi a psicóloga que começou a dar dicas de reações, para mim melhorar. Foi bem, mas com três meses eu comecei a perceber e a planejar minha consulta. Um dia antes eu parava e fala assim: “Não, amanhã ela vai perguntar isso e eu vou responder isso. Vou organizar e fazer um roteiro pra consulta com ela, com a psicóloga”. Então eu vi que não... que corria o risco de não dar certo, mas, então, ficava ali a gente amassando barro e não rendia.

Jaspe recebeu de amigos que estavam preocupados com ele a indicação de um tratamento chamado Técnica de Libertação Emocional (EFT, em inglês), conhecido pela

sua sigla em inglês EFT. A técnica envolvia autoaplicação, mas Jaspe estava apresentando problemas de concentração e assimilação e não conseguiu assimilar o conteúdo da apostila. Sua mãe era terapeuta reikiana e convidou ele para ir até a cooperativa holística onde trabalhava para uma sessão. Nessa cooperativa ele conheceu uma terapeuta que aplicava a técnica EFT e outras terapias e cobrava um preço que ele poderia pagar. Ele começou um tratamento com ela.

O tratamento holístico começou a promover sua recuperação visivelmente. Os sintomas tanto da esclerose quanto da depressão começaram a diminuir e ele deixou a psicóloga por não sentir mais necessidade dela. Na compreensão de Jaspe, a eficácia do tratamento holístico consistia na abordagem, que mexia na causa do problema, não apenas nos sintomas.

E, mais um mês e meio, isso dá sete semanas, eu não conseguia mais ir pro psicólogo. Porque o holístico mexe na causa da ferida, na causa um problema, porque eu estava vendo a recuperação. Eu tinha... a minha perna esquerda quase arrastava, estava quase mancando e eu vi isso melhorar. Eu fui parando de mancar, fui parando, diminuindo, diminuindo. Cabeça também estava sendo tratada aqui. Então, o psicológico também estava sendo tratado. Então, o quadro depressivo ficou para trás, né? Antes mesmo de se instalar a ponto de tomar medicamento. Então, eu acordei antes de precisar do medicamento.

Segundo Jaspe, as terapias holísticas tinham o diferencial de não tratar o sujeito como um doente, mas a pessoa integralmente. Não tratava a esclerose ou a depressão, mas o Jaspe, ajudando-o em sua busca por si mesmo.

É porque a vantagem ou o diferencial do holístico, do tratamento holístico, ou dessas terapias integrativas todas, é justamente isso: não trata separado. A gente não é tratada como portador de esclerose múltipla. Porque eu fui tratado como o Jaspe. Então, a gente foi buscar, né, me ajudou a encontrar esse Jaspe. Ver como eu me sentia, pra eu me perceber não como doença e isso com os problemas. Então, por isso que não há: “Ah, então vou tratar a sua depressão, e esquece o restante” Ou “Vou tratar a esclerose, esquece a depressão, vamos tratar a esclerose”. E eu fui me apaixonando por isso, vendo que em nenhum momento ela perguntava onde doía mais, onde tá incomodando mais. Então, ela tratava o que estava incomodando mais, mas sempre tratava a origem.

O trabalho desgastante de Jaspe contribuía para o adoecimento e impedia os efeitos duradouros do tratamento.

Então, fui melhorando, fui ficando bom. E eu trabalhava em outra empresa, de telecomunicações. É um trabalho muito desgastante, muito desgastante. É tudo pra ontem, tudo... Poucas pessoas trabalhando, recursos. Era muito trabalho. Era pressão muito grande. E tudo isso estava contribuindo para a esclerose, porque você precisa estar equilibrado pra poder ficar bem. E o tratamento era uma vez por semana. Então, acho que era mais ou menos, né. Tinha uma relativa folga.

Era tratado numa segunda-feira. Já estava... E a cabeça você consegue manter, mas o físico vai poder ajudar a cabeça a manter... Ele vai cansando. Então, eu tive duas internações seguidas, assim, que lembro e... Diferença de quatro ou cinco meses eu tive dois surtos, né, que é o que chama o ataque da esclerose. A gente surta e é como se os anticorpos tivessem reagindo e ele começa a machucar a bainha de mielina. Então, vem e o corpo é atacado, né? A doença tá ali, né? E os anticorpos entram em ação de forma descontrolada e ataca o próprio corpo. Então, ele ataca o sistema nervoso. Por isso que a perna era ruim, e a visão começava a falhar. Por causa do excesso de atividade dos anticorpos. Então, todos os excessos causam isso: calor, estresse, frio... Tudo demais faz o nosso organismo reagir e, ao reagir, ele me atacava. Então, eu tive... como estava muito corrido na empresa, então, eu tive esses surtos em abril, e foi quando a minha médica me pediu no trabalho a minha aposentadoria. Pra mim, e eu já vinha... assim que eu comecei a receber esses tratamentos, eu comecei a estudar sobre isso e queria entender o que estava acontecendo. E fiquei em êxtase porque funcionava. Era muito simples, né? Eu estava vendo resultados. Então, isso me encantou.

Segundo narrou, Jaspe passou a entender que ele estava se adoecendo e que isso ocorre especialmente com doenças como a depressão. Argumentou ainda a depressão, mais do que qualquer outra doença crônica, depende da postura do sujeito, exige dele autocontrole, que não se acomode, não se entregue.

Ah, eu tinha consciência que eu podia sair disso, porque eu consegui perceber muito rápido que era eu quem estava fazendo isso comigo: ter uma doença autoimune. E isso foi uma característica, é uma questão da depressão em si. Mas o controle da doença dependia de mim. Então, eu tinha que buscar o controle, o autocontrole. Então, se eu tivesse me acomodado com relação a doença, eu acho que a crise depressiva teria sido maior. Porque é muito cômodo, a sensação é essa: pra que eu vou correr atrás? Pra que eu vou levantar dessa cama e ir trabalhar, se eu posso ficar aqui justificado por uma doença? Então, às vezes, eu acho a depressão, de doenças crônicas, um pouco diferente. A pessoa não pode se entregar. Quando ela se entrega: “Não, eu vou morrer mesmo”, deixa a doença se instalar.

Inclusive, Jaspe entendia que foi por não se entregar a depressão que ele conseguiu melhorar sem utilizar medicamentos.

Então, na verdade o que eu tive dos amigos principalmente ficarem insistindo: Faz isso, faz isso... Foi o que me ajudou a não precisar de medicamentos. Um médico psiquiatra, pela situação que eu estava, com certeza teria sido medicado. Falo que eu fui teimoso porque mesmo eu vendo a crise ali na frente, desmoronando tudo, eu consegui parar e olhar e falar: “Não, não morri”. Fui teimoso nesse sentido. Não podia, não podia me entregar. E foi... Só que eu percebi isso depois de muito tempo de terapia. Fiz muito pelos meus filhos, pensava muito nos meus filhos. A briga com tudo isso era por eles. E... faz três anos agora, três anos e meio na verdade.

A terapeuta de Jaspe utilizava várias terapias diferentes, de acordo com o que julgava necessário na sessão. Duas terapias foram contínuas, a acupuntura e a cromopuntura. Estabelecendo como auxiliares a reflexologia e a homeopatia.

Quando eu comecei as terapias, a terapeuta, o foco dela é psicoterapia holística. Então, ela usa várias ferramentas pra isso e dependendo da semana, de como eu estava, a gente tratava de uma forma. O foco principal era a acupuntura e cromopuntura. Esses eram os tratamentos que, toda semana, eu recebia. Porém, ela usava como tratamentos auxiliares a reflexologia e a homeopatia. Então, esses foram os tratamentos base: a acupuntura, a cromopuntura e a homeopatia, sendo trabalhada com a reflexologia quando eu chegava com muitas dores. Então, era diferente a reflexologia que eu estava aplicando pra mim, apesar de que ajudava também, era pra ajudar no relaxamento, ajudar no equilíbrio físico das pernas, por mais que a acupuntura trabalhasse isso, que a cromopuntura trabalhasse esse relaxamento, trabalhasse tudo isso.

Ainda que fossem utilizadas diferentes técnicas e com objetivos específicos, Jaspe destacou novamente o melhor acolhimento dos terapeutas holísticos e o potencial das terapias holísticas de tratarem de forma integrativa o físico, o espiritual e o emocional.

Quando... igual aqui, a recepção, a receptividade é bem melhor... Então, assim, não houve a questão de preferência. “Ah, vamos fazer tratamento agora pra perna” Era tratado várias coisas ao mesmo tempo, a busca era constante. Então, como disse, era esporádico. Era um rodízio, um conjunto de técnicas de tratamento. Porque, cada dia, a gente chega de um jeito. “Como foi semana passada? Como você está hoje?” Baseado nisso, você recomeça o tratamento. Cada sessão é um novo recomeço. O foco é a pessoa, não tem um tratamento só não. Porque é justamente isso a diferença: você tomar um remédio pra dor de cabeça, tomar um remédio pra febre e um remédio pra coriza. Ah, então agora inventaram o pra gripe lá, Resfrenol. É ótimo pra gripe, porque ele ataca a dor de cabeça, a coriza e a febre ao mesmo tempo. O que a terapia holística faz é isso. Então, todo medicamento, ele vai tratar febre, dor de cabeça e coriza ao mesmo tempo. E mais do que isso, é o físico, o emocional e o espiritual ao mesmo tempo, porque tem algo a mais. Tem coisa que a gente não consegue se só tratar o espiritual. É bem isso.

Jaspe mostrou-se satisfeito também com o fato de não ser estabelecido um roteiro para o tratamento. Cada sessão era executada para atender as necessidades do momento, considerando as queixas dele e as percepções da terapeuta.

Se eu queria um tratamento específico ou algo ela fazia assim: “Ah, vamos focar nisso, ou esse tratamento é específico pra isso”. Naquele momento você trabalha assim. Naquele momento eu estava com dor na perna esquerda, então beleza, vamos tratar. Não tem roteiro. Cada vez é tratado o roteiro naquele momento. Isso daí pode ser modificado durante o tratamento. A gente vai ficar 1 hora junto, ela começa fazendo alguma coisa. Ela olha e fala assim: “Não, vamos terminar isso daqui e vamos pra cromo?”.

Mais uma diferença apontada entre terapias holísticas e alopatia, que Jaspe fazia questão de comparar para evidenciar as vantagens das terapias holísticas, era a relação de confiança com a terapeuta, que fazia com que nem tudo precisasse ficar sendo justificado. Segundo contou, no começo ele perguntava muito e procurava entender, depois de ver os resultados deixou a postura questionadora.

Então, a vantagem, e aí a vantagem desse tratamento com a psicologia, pra mim pelo menos e pela experiência que eu tenho tido, as pessoas não questionam muito. “Por que que você não fez isso? Por que você deixou de fazer aquilo?”. Às vezes, no começo, quando ela vem com uma visão alopática de um médico que te passa uma receita, justificando cada medicamento daquele ali. É, aqui não. Aqui a gente trabalha a causa principal, ou a queixa principal. Então, qualquer coisa que a gente tiver fazendo é pra ajudar naquela queixa principal. Então, as pessoas não questionam muito, né? Eu não questionava muito.

A primeira vez que ela passou a homeopatia pra mim, eu corri pra internet e fui olhar o que que era isso: “Como assim? Você manda um remédio pra dar sono? Mas eu já estou dormindo muito”. Ela falava que sim: “É porque, na homeopatia, a gente trata através da similitude, do igual. Se seu problema é sono, você toma uma composição pra sono”. Aí eu falei: “Ah, legal”. E parei de questionar. Olhava ainda, mas mais pra poder aprender que pra questionar. Então, estava sempre melhorando, sempre me sentindo bem. Entrava cansado, era de manhã, chegava cansado. O sono não era recuperador. Saia indisposto. Aí passava aqui pro tratamento, saia daqui direto pro trabalho feliz da vida. Então, independente do que vem, a gente nunca questiona. Muito louco né? (risos).

Jaspe enfatizou como sua percepção das terapias holísticas se diferenciava do que era notado por outras pessoa. Muitos falam delas com a impressão de que seus resultados demoram para aparecer, ele pensava o oposto, que eram bastante rápidos.

É bem interessante, porque todo mundo tem a falsa impressão de que demora, né? Todos os tratamentos tem a impressão que demora: “Ah, não, mas demora...”. Eu percebi o contrário. O quanto é rápido. Faz efeito rápido. Você percebe o resultado. Mas, no dia a dia é mais fácil as outras pessoas perceberem que você mudou, que você melhorou, que é você mesmo. Porque é sutil. São degraus, passos atrás de passos. Então, tem tanta, é... arranque. Você para e: “Nossa, eu estava aqui? De repente ‘tuf’, tá tudo tranquilo”.

É gratificante pra mim. Aí de um ponto desse, eu olhando pra trás e reconhecendo que eu não tomei medicamento de teimoso, porque qualquer psiquiatra que me analisasse, me tivesse consultado, ele teria me dado.

Outro diferencial entre a alopatia e as terapias holísticas era a capacidade destas de fazer o sujeito voltar-se para si mesmo, resolver os problemas que tinha com ele mesmo e amadurecer. Ao invés usar medicação, que atuaria no físico, ele disse que optou pela terapias e o resultado foi olhar para si mesmo, inclusive para o que ignorava, e remexer na sua vida, se reerguer e se curar.

A diferença da alopatia é que na alopatia eles te fatiam em muitos pedaços: você é uma cabeça com dor que precisa de paracetamol, é uma perna com dor que precisa de outro remédio. No holístico você é uma pessoa com um desequilíbrio energético, que existe por causa da forma como você lidou com as coisas na vida. Ela te reequilibra, ajuda a resolver os problemas que você tem com você, a olhar pra si mesmo e crescer. Autoconhecimento, perdão e cuidado são o tripé pra se ter saúde e a gente aprende isso com as terapias e nem sempre o terapeuta te diz.

A partir do uso das terapias, Jaspe teria conseguido olhar para o seu passado e ter uma explicação do processo de adoecimento, mas também de como fazer para se curar.

Depois que você começa a terapia é estimulado a olhar pra você, perguntar e responder o que está te incomodando. Eu fui um menino muito amado e mimado e tive que me ver ainda jovem tendo uma família, tendo que sustentá-la isso me assustou muito. Eu digo que cresci e não amadureci. Eu falo que virei homem aqui dentro, com as terapias. As terapias fazem você olhar pra si mesmo, tirar coisas do lugar, coisas que você escondia, que não dava atenção, que você punha em algum armário e guardava ainda suja e estragada. Elas fazem você abrir o armário e dar uma faxina. Se eu tivesse ido a um psiquiatra eu tenho certeza que ele teria me passado vários remédios. Mas eu, me enxergando, entendi que eu podia me ajudar sozinho. Eu tinha o poder de me reerguer, me curar.

Jaspe também relatou que alguns efeitos das terapias são de tal modo sutis que outras pessoas percebem elementos que ainda estavam imperceptíveis aos terapeutizados. Como os dois problemas de Jaspe estavam bastante relacionados, a esclerose e a depressão, a melhora de uma e outra estavam também ligadas. A esclerose melhorava e seu rosto estava ficando mais leve, seus olhos voltaram a brilhar e voltou a sorrir de verdade.

Com pouco tempo de tratamento eu sei daquilo. Eu fiquei bem. Só que não é você que percebe isso. Primeiro porque é sutil. As pessoas começam a dizer que você está melhor. Diziam que eu já tinha o rosto mais leve e que meus olhos voltaram a brilhar, que eu já sorria de verdade, que estava mais erguido, mais alegre. Aí eu entendi uma coisa, que eu já tinha escutado, que você morre com a esclerose mas não morre de esclerose e quem iria fazer eu me sentir melhor seria eu.

Todas as terapias fazem o mesmo, reequilibram suas energias, desbloqueiam onde estava bloqueado e ajuda assim a eliminar o mal estar físico, mental e emocional que isso estava causando.

Eu fiz reflexologia, reiki, acupuntura, mas não sei dizer com qual me senti melhor, nunca é uma só agindo, todas agem juntas ao mesmo tempo.

Jaspe também ingressou em cursos. Primeiro de reiki, depois reflexologia e despertou o desejo de atender como terapeuta. Ao começar a atender, ouvir as pessoas, energizá-las e vê-las saindo felizes ele também se sentiu feliz. Daí a decisão de “inverter a situação” e se tornar um terapeuta holístico. Jaspe hoje atende aplicando reiki, reflexologia, cromoterapia, estimulação neural e florais de Bach.

Eu comecei a ler sobre isso. Nem falo que eu estava estudando a respeito. E foi aqui que surgiu a oportunidade de fazer alguns cursos. Então, eu fiz o primeiro curso de Reike. Sempre focando autoaplicação. Fiz o curso de Reike, fiz o curso de reflexologia, e fiquei encantado, né, com tudo isso. E aí, quando na empresa, a minha médica me afastou do meu trabalho, falei: “Ah, vou começar a atender. Fazer os chamados ambulatoriais aqui no espaço”. Então, eu doava minha mão de obra, fazendo Reike. As pessoas pagavam na época acho que 15 reais por hora de tratamento. Então, eu vi que as pessoas saíam em êxtase da sala também. Parecia uma coisa boba, né. Porque você ia ali, conversava um pouco, ouvia um

pouco, tocava, energizava e elas saiam melhores do que entraram. Então, saia feliz com tudo isso, né? Isso foi me deixando bem feliz. E aí, quando eu fiquei afastado, aí eu falei: “Agora é hora de eu começar a inverter a situação. Eu vou devolver o que eu comecei a receber”. E aí eu comecei a estudar pra valer. Aí eu fui fazer outros cursos: fiz reflexologia, concluí reflexologia, estudei mais pra poder aplicar, não só autoaplicação. Fiz cromoterapia, fiz floral de Bach, é... fiz estimulação neural, e comecei a aplicar variações técnicas. Eu fui melhorando.

Diferente do trabalho que exercia antes, considerado desgastante, o trabalho de terapeuta dava ainda mais disposição e tranquilidade para ele. Ele continuou aplicando e recebendo diversas terapias e nunca mais teve uma crise depressiva.

Então, eu tinha que estar bem, eu tinha que receber cuidados também, né? O terapeuta não é independente, autossuficiente. Então, ele também precisa ser cuidado. E a gente... Eu recebia esse tratamento, não parei de receber o tratamento, recebia uma vez por semana e eu atendia a semana inteira. Quando eu estava trabalhando era interessante porque eu saía do trabalho esgotado fisicamente, esgotado mentalmente, eu vinha trabalhar e chegava como se estivesse começando o dia. A sensação de tranquilidade, de força de vontade era muito grande. E ia muito bem. E saía daqui... Trabalhava 3 horas por dia. E com o tempo foi indo assim. Eu não voltei a ter crises, a depressão em si, não voltei.

Como o próprio Jaspe explicou, ele entrou e saiu da depressão muito rapidamente, em questão de meses e recuperou-se com três meses de tratamento holístico. Deprimiu-se devido ao impacto da esclerose múltipla em sua vida. A doença provocava dor, afetava seus movimentos, deixando-o bastante debilitado. Foi afastado do trabalho, teve dificuldade para começar a terapia medicamentosa para a esclerose e se isolou do mundo. Devido a esse isolamento, tristeza constante, falta de disposição para atividades foi encaminhado para uma psicóloga, já diagnosticado previamente por uma enfermeira com depressão. A psicoterapia, que considerou bastante positiva porque ajudou a entender o que estava acontecendo com ele e a criar atitudes para se fortalecer diante da depressão. Mas tornou-se previsível demais para continuar surtindo efeitos.

Jaspe ficou bastante impressionado com as terapias holísticas, que, segundo ele entendeu, não tratava sintomas de doenças, mas as causas do adoecimento. Não lidava com a pessoa de forma fragmentada, mas como um todo. De acordo com sua narrativa, as terapias holísticas foram capazes de fazer Jaspe entrar em contato consigo, conhecer-se melhor e sair do quadro depressivo. Entre as técnicas terapêuticas estava a promoção da autoconsciência, do autoperdão e do autocuidado.

Conforme explicou, a homeopatia, reflexologia, cromopuntura, acupuntura e o reiki foram usadas em conjunto para seu bem-estar, promovendo um reequilíbrio energético,

desbloqueando energias e canais que estavam bloqueados, tratavam seu emocional, físico e mental.

Sentiu-se grato pelo que recebeu nas terapias e desejou retribuir, tornou-se um terapeuta. Na época da entrevista, Jaspe estava bem de saúde e era um dos terapeutas vinculados à cooperativa holística, praticando reiki, reflexologia, floral de Bach, estimulação neural, entre outras terapias.

Olivina

Por sempre ter sido muito católica, quando se viu em sofrimento e decidiu procurar ajuda, Olivina foi até um padre. Ele, por sua vez, a encaminhou para uma psicóloga vinculada à igreja.

A primeira terapia que eu procurei, o primeiro lugar que eu procurei foi a igreja, porque eu sempre fui muito católica, queria ir pro convento. Então, o primeiro lugar que eu achei que iria me ajudar era a igreja. Inclusive foi o padre Luís, daquela igreja da família. Aí, eu fui lá, procurei ele, falei da questão do diagnóstico, falei tudo, fiz tipo uma terapia com ele. Aí ele me encaminhou pra primeira psicóloga que eu tive, que eu, até então, nunca tinha passado por terapia nem nada. E eu passei por essa psicóloga. Eu fiz terapia com ela um tempo aí ela saiu da igreja.

O diagnóstico de que estava contaminada com o HIV modificou a vida de Olivina de diversas formas. O vírus a deixava vulnerável a desenvolver doenças e a terapia medicamentosa tinha duros efeitos colaterais. Um dos efeitos, segundo Olivina revelou, foram as alterações de humor. Procurou todo tipo de mecanismo do qual tomava conhecimento que poderia ajudá-la com a depressão, fosse ele parte da medicina convencional, tradicional ou holística.

Aí nesse período, vai fazer 18 anos já, tem 17 que eu descobri que sou portadora, eu passei por várias fases. De vez em quando dava aquela depressão, na época da adesão, a questão dos efeitos colaterais... de vez em quando dava aquela baqueada. Eu procurava sempre alguma ajuda. Às vezes, ia no psiquiatra. Às vezes, meu infecto mesmo passava algum antidepressivozinho mais tranquilo, mas eu sempre estava tomando alguma coisa pra controlar essas "quedas de humor", essa ansiedade causada pela depressão. Mas assim, eu procurei ajuda, além do tratamento médico, eu procurei todo tipo de terapia alternativa. Tudo que você pensar: é floral, é remédio natural, tudo que a pessoa falava que é bom eu tomava. "Você conhece essa planta? É boa!" Eu tomava. Tudo que você pensar na vida. Até aquele Saint Daime eu tomei, aquele chá que eles falam que é alucinógeno. Tomei tudo.

Conforme Olivina, a fé ajudava na promoção do bem-estar, mas, ainda assim, nunca ficou sem medicação para controlar as oscilações de humor. Durante os últimos 18 anos ela utilizou conjunta ou alternadamente terapias holísticas, psicoterapia e medicações diversas.

Acho que a fé ajuda. Mas eu sempre tive ajuda de medicamento, desde que eu descobri a sorologia, nem que seja uma fluoxetinazinha de 20mg. Uma época um medicamento

mais forte, outra mais fraco, mas sempre eu to tomando pra essa questão de humor, ne, porque tem muita oscilação.

A gravidade de seu estado depressivo indicava não apenas que terapia procurar, mas, em se tratando da medicação psiquiátrica, definia a complexidade, dosagem e quantidade de medicação que deveria ser administrada para contrapor a forte crise estabelecida. Olivina tomou antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), os do grupo de ISRS, e outros que ela não se recorda do nome, mas de serem muito fortes.

Tem efeitos colaterais do próprio medicamento, tem efeitos neurológicos. Isso eu não acho mais, tem pesquisas que já mostram que os medicamentos (para HIV) tem efeitos no sistema neurológico e psicológico. O infecto mesmo, quando tem liberdade, ele mesmo passa esses remédio, fluoxetina, Sertralina, esses mais normais, mais fracos. Mas, se ele vê que você tá num grau de depressão mais forte. O meu mesmo foi o infecto primeiro que passou. Depois que eu passei pro psiquiatra e fiquei com psiquiatra muito tempo mesmo, até hoje ainda vou numa consulta. Mas, hoje nem precisa muito porque o neurologista passa antidepressivo, a ginecologista passa. Porque a gente já tem tanta liberdade, já faz tratamento há tanto tempo que passa. Igual eu fui agora no consultório com TPM demais na ginecologista e ela olhou meu prontuário e disse "Olha você tomou fluoxetina há vários anos atrás, agora vamos voltar pra ver se faz efeito pra TPM?" Aí me voltou pra fluoxetina, eu estava tomando amitriptilina. Eu sempre tomei medicamentos mais fracos como amitriptilina e fluoxetina, mas teve vezes que eu cheguei num estresse tão grande, numa depressão mais forte que eu tive que tomar uma terapia mais forte, tive que tomar três medicamentos fortes, tive que procurar uma ajuda psiquiátrica. Agora eu to de novo nas mais fracas (...) não me lembro do nome dos medicamentos, não mesmo. Mas eu fiquei uns três meses só e eu mesmo parei.

O diagnóstico psiquiátrico circunscreve o consumo dos psicotrópicos, a partir da identificação de um distúrbio específico, passível de medicação. Os novos parâmetros introduzidos nos diagnósticos psiquiátricos, a partir da publicação do DSM III, ampliaram bastante os diagnósticos de depressão e, conseqüentemente, as prescrições dos chamados ISRS. O aumento do consumo de antidepressivos deve-se também ao fato de que eles passaram a ser receitados não apenas entre os médicos psiquiatras, mas também por outros especialistas, a partir de diferentes critérios. Nesse contexto, as mesmas substâncias podem ter diferentes impactos e significados na vida dos pacientes (HEALY, 1997; PIGNARRE, 2006).

A relação direta que fazia entre ser soropositiva e ter depressão era legitimada por pesquisas sobre efeitos colaterais dos coquetéis e pela postura do infectologista de receitar antidepressivos.

No caso de depressão associada a outra doença crônica, é preciso pensar na interação das terapias medicamentosas. Segundo Malbergier e Schöffel (2001) os antidepressivos tricíclicos, (como a amitriptilina) são mais tolerados na fase assintomática do que na fase avançada da infecção. Mas os indivíduos infectados tendem a ser mais sensíveis aos efeitos colaterais dos tricíclicos do que a população em geral. Os tricíclicos podem precipitar ou agravar alterações cognitivas e até quadros de delírio, ressecamento de mucosa provocado por essas medicações pode facilitar o desenvolvimento de candidíase. Entretanto, os tricíclicos podem melhorar a diarreia e a insônia, sintomas comuns em pacientes infectados pelo HIV. Já os inibidores seletivos da recaptura de serotonina (como a fluoxetina e sertralina) são mais tolerados pelos pacientes, mas têm, como efeitos colaterais mais frequentes, a redução do apetite e do peso, a insônia e a diarreia.

Olivina descreveu como algo que a ajudou a ter entrado para um grupo de portadores, conviver e ajudar pessoas que também foram contaminadas.

E eu entrei no Grupo de portadores também, que eu vim pra cá em 1998, como voluntária. Eu participei de um encontro regional de pessoas que viviam com HIV e foi quando eu conheci várias pessoas vivendo com HIV também, fiquei mais tranquila e vim trabalhar no Grupo de portadores como voluntária. Aí fui ficando, eles conseguiram um contrato especial pra mim pela prefeitura. Trabalhei um tempo como contrato especial, depois fiz um concurso pra secretaria de finanças da prefeitura e passei e pedi pra trabalhar aqui.

Olivina recebeu de um amigo a indicação de uma terapia chamada biodança, mas não tinha condições de arcar com os custos da terapia. Então, o amigo que recomendou a biodança pagou para que ela pudesse fazer. Olivina notou efeitos bastante positivos, que incluíam voltar a ter relacionamentos amorosos e conseguir demonstrar afetos para os familiares.

A biodança foi a porta de entrada para as terapias. Depois dela, Olivina procurou diversas outras e assimilou o entendimento de que as terapias holísticas trabalham não nos sintomas mas nas causas do mal estar, promovendo uma cura interior e despertando a consciência do cliente para o que lhe faz bem ou mal.

Meu primeiro contato com as terapias holísticas foi com a biodança, que meu amigo me levou lá. Depois veio as vidas passadas. Acho que vai virando uma corrente. Alguém fala “Ah, eu fui lá e é bom, vai”. Acho que essa coisa do holístico é muito assim: você conhece uma coisa e já vai conhecer outra. Eu acho também que é a

questão da cura interior, ne? Porque no holístico o tratamento é diferente, você não vai só nos sintomas, você tenta trabalhar a causa, o que tá te fazendo sentir tão triste, o que tá te fazendo sentir tão ansiosa. Acho que a gente vai se conhecendo mais, o corpo da gente, a mente. Acho que o holístico ajuda nisso, em ter mais equilíbrio entre corpo e mente. Acho que a questão de tomar consciência de você, você vai fazendo terapias holísticas, vai se sentindo, o que te faz bem o que te faz mal.

Como estava disposta a fazer qualquer terapia que pudesse ajudá-la, Olivina interessou-se por terapias de vidas passadas. No entanto, ela não tinha dinheiro para pagar pelo tratamento e escreveu para o terapeuta pedindo atendimento gratuito porque não suportava mais a culpa. Ela entendia que havia sido preconceituosa e cruel com o marido e que poderia reparar isso a partir da regressão, objetivo que foi alcançado. Segundo Olivina ela voltou até o quarto do hospital em que o marido estava e fez as pazes com ele e consigo mesma, seis anos depois da morte do marido.

Foi quando um dia eu vi um anúncio num mural que ia ter um senhor fazendo um workshop aqui em Goiânia sobre vidas passadas. Ele era de Brasília. Aí eu peguei e mandei um e-mail pra ele, porque na época eu estava como voluntária e não tinha dinheiro pra pagar. Aí eu mandei um e-mail e falei pra ele que eu precisava muito participar dessa oficina de vidas passadas pra saber se tinha alguma solução pra mim, porque eu estava me matando por uma questão de culpa. Eu tinha culpa por pedir pra ele (marido que a contaminou) morrer. Só da médica falar que podia ser AIDS, a maior preconceituosa fui eu. Eu falava “Eu não vou dar conta mais, Deus, por favor, leva ele”. E, por isso, eu fiquei assim “Nossa, Deus levou porque eu pedi”. Aí, quando eu vi esse anúncio, eu procurei o senhor lá. Aí, ele mandou uma resposta pra mim, falando que ia me dar a bolsa. Aí eu fui pra um hotel, fiquei lá. Na sexta-feira foi o auge mesmo, de chegar a ir no quarto do hospital e ter a conversa com o meu marido, sabe? Foi a coisa mais boa. Uma sensação muito, muito boa mesmo. Eu consegui voltar três vidas. Assim, a questão da culpa curou. Curou mesmo, de verdade. Foi uma cura interior, assim, maravilhosa. Foi um trabalho muito lindo, profundo, totalmente direcionado, totalmente acompanhado por profissionais, tinha psicólogo, neurologista, tinha cardiologista. Era uma equipe multiprofissional. Foi perfeito. Eu, pra mim, falo até hoje, foi uma das melhores coisas que eu já fiz na vida. Se eu tivesse dinheiro investiria e fazia mais. Isso foi uns seis anos depois que ele morreu.

Demais terapias como reiki, cromoterapia, aromaterapia, iridologia, cura prânica, entre outras, foram procuradas depois, mais por curiosidade e não se tornaram ferramentas importantes no seu tratamento.

O reiki foi uma das terapias com as quais ela mais se identificou e até fez um curso de nível um e atendeu portadores de HIV na ONG em que trabalhava por um tempo. No entanto, o envolvimento com outras atividades e a falta de dinheiro para continuar fazendo cursos fez com que parasse o atendimento.

O reiki é aquela questão de cura interior, você sente uma paz muito grande, né. Parece que aquelas energias vão penetrando no seu corpo. Elas penetram mesmo. Elas vão curando você por dentro. É incrível, pelas mãos, a imposição das mãos você sente que parece que tá,, sabe, você tá sugando aquela energia da mão do outro. É muito, muito, muito bom o reiki. Pro relaxamento também.

Olivina afirmou que tirou de cada terapia um benefício seja emocional, energético ou espiritual. Ela manteve algumas por muito tempo e reconhecia se sentir bem com elas. Embora em seu depoimento elas apareçam como importantes para mantê-la equilibrada, tranquilizar, afastar a tristeza, nenhuma outra teve um papel significativo como a biodança, a terapia de vidas passadas e o reiki.

Em uma postura um tanto ambivalente, depois de narrar a depressão como resultado de culpa, isolamento autoimposto, discriminação, problemas em relacionamentos, Olivina disse acreditar que sua depressão era efeito colateral da medicação contra o HIV. Ela acreditava que depressão por conta de estar contaminada e ser discriminada pelo HIV já não fazia sentido depois de tantos anos. Contudo, depois ela voltou a falar sobre crise depressiva quando separou-se de namorados e dos filho, que casou e se mudou de casa.

Hoje eu tenho certeza que minha depressão são efeitos colaterais dos medicamentos. Porque não sou só eu, todas as pessoas que vivem com HIV tem. Todas tem um problema psiquiátrico. Todas tem um problema neurológico. Hoje a gente tem certeza que são efeitos do medicamento. Hoje é difícil você encontrar um portador que não tome remédio pra depressão. No início, quando você recebe o diagnóstico, eu acho que é isso aí que pega, mas com o passar dos anos, pra você ver, eu tenho a 17 anos HIV, com o passar do tempo, você vê que isso não importa mais pra você. E nisso aí tá piorando, às vezes, a questão emocional, a questão psicológica. Aí você vê que é só efeito colateral.

Pra mim hoje não importa. Eu não importo nem um pouquinho com o que o outro acha, com a opinião que o outro tem sobre o HIV. A opinião que o outro tem sobre a minha vida, não importa em nada. Pra mim não tem nenhum peso mais a questão do diagnóstico e eu ainda tenho aqueles baques. Então, é efeito colateral mesmo do medicamento.

Olivina não se tornou terapeuta, mas narrou que seu envolvimento em ajudar as pessoas também teve efeitos positivos na promoção de seu bem-estar. O engajamento no trabalho de uma ONG que apoiava pessoas contaminadas com o HIV fez com que ela tirasse o foco da própria dor e se voltasse para os outros. Contribuiu também para que ela se fortalecesse para assumir sua sorologia diante dos outros. Pensar em si mesmo, mas não só, ajudar outro, parece ter sido uma fórmula comum de encontrar bem-estar.

No entanto, a rejeição dos outros por causa da sua sorologia ainda causava bastante sofrimento, sobretudo dos parceiros afetivo-sexuais.

Às vezes, eu falava pro namorado que era portadora. O primeiro eu falei. Assim, no início não, a gente namorou um pouquinho aí quando eu vi que não tinha jeito, que a gente ia transar aí eu contei pra ele e ele aceitou numa boa. Aí depois teve aqueles que não aceitaram. Teve os que aceitaram. Teve alguns que foram portadores também.

Quando eu contava e o namorado não aceitava era difícil, muito difícil... aí você dá aquelas baixa, ne? Você se sente diferente. É o momento que você sente sua autoestima lá no chão, ne. Não é aquela coisa (gesto de grande), mas já dava uma diferença no astral, no humor. Às vezes, precisei voltar a tomar remédio por causa disso.

Olivina foi uma das pessoas que aceitou o tratamento psicoterápico como bastante positivo. A necessidade de falar fez com que ela sempre se mantivesse em acompanhamento psicoterápico. Segundo sua avaliação, psicólogo era melhor do que psiquiatra, por permitir conversar. O psiquiatra seria uma forma de conseguir medicamento quando acha que seria imperativo.

Eu tive psicóloga que eu adorei, teve uns que eu não gostei e não continuei e teve alguns que eu decepcionei porque eu soube que eles falaram da minha sorologia fora do consultório. Teve casos e casos. Mas, eu hoje ainda faço terapia com psicólogo, eu sou apaixonada por ele, é um homem, é perfeito. Eu não consigo ficar muito sem psicólogo porque eu gosto muito de conversar, eu não consigo ficar muito tempo sem me expor, sem falar. Entre o psicólogo e o psiquiatra eu prefiro ainda o psicólogo. Eu acho que a gente tem que tomar remédio sim, dependendo da situação que você tá você precisa. Mas pra mim você não tem que tomar sempre, é naquela fase que você tá precisando mesmo de terapia medicamentosa.

Contudo, afirmou que era preciso dar certo com o psicólogo. Dois episódios fizeram com que ela se sentisse bastante insatisfeita com psicólogos que teve: um deles expos sua sorologia para conhecidos e ela tomou conhecimento disso. Outra psicóloga não permitia que ela pudesse decidir o andamento da consulta, adotando uma postura bastante autoritária.

Um eu não gostei pela questão de expor minha sorologia fora do consultório. Outra foi porque ela me obrigava a fazer coisas que eu não gostava, a terapia tinha que ser direcionada do jeito que ela queria, se eu não quisesse ela não aceitava, tinha que ser tudo do jeitinho que ela tinha planejado. Por exemplo, "hoje você vai deitar no divã", "mas hoje eu não queria assim", "mas vai ser assim". Acho que um psicólogo não pode ser assim, tem que te dar também o direito de decidir o que você quer e o que você não quer, dar mais abertura. Agora ela não, ela impunha pra mim "tem que ser assim e pronto e acabou".

Eu acho que psicólogo você tem que dar certo, se você não for com a cara dele não resolve. Agora a questão da terapia alternativa, acho que é por ter outra

cultura, eu não fui em ninguém que eu tive antipatia, todo lugar que eu fui eu já cheguei e já me senti bem. Parece que no holístico a forma de tratar é diferente, a gente sente o acolhimento. Parece que na forma deles trabalharem tem muito amor. É diferente. A maioria dessas terapias que eu fiz, a não ser a massagem e o reiki, tem o momento de você falar como está sentindo, o que sentiu, como você chegou e como está saindo.

Uma nova crise depressiva atingiu Olivina quando o filho se casou e ela passou a morar sozinha. Quando isso ocorreu, a tristeza tomou conta, segundo ela. Olivina classificou esse momento como verdadeira depressão, descrita pelo excesso de choro, falta de vontade ver pessoas e sair de casa. O que ela havia sentido até então foi classificado como “quedas de humor”.

A depressão voltou tem uns cinco anos. Meu filho casou aí eu me senti muito só. A tristeza foi tomando conta, tomando conta, foi a época que o médico me diagnosticou com depressão. Foi essa época do casamento dele. Antes era mais ansiedade e "aquelas quedas de humor, né", não era tanta depressão, eram quedas de humor. Na depressão, eu chorava, não queria ver ninguém, não queria sair.

Nesse ponto Olivina deixa bem evidente a distinção entre o uso que fazia de terapias holísticas e psiquiatria. A tristeza e desânimo muito intensos eram vistos por ela como patológicos, passíveis de diagnóstico médico e uso de psicofármacos. Tratamentos alternativos eram utilizados para lidar com choro recorrente, tristeza e relacionamentos. Para permitir ser tocada novamente depois de descobrir-se contaminada pelo HIV ela recorreu a biodança.

Os tratamentos alternativos eu procurava mais pra questão de relacionamentos, pras crises de choro, a questão da tristeza, né. A partir da biodança eu comecei aceitar ter outros relacionamentos na minha vida. Depois disso eu namorei. Então, a questão das terapias, a yoga, a dança, o reiki, que trabalham a questão do toque. O reiki é um toque bem sutil, às vezes, nem chega a tocar, mas, de qualquer forma, você está ali exposta pra outra pessoa ficar te avaliando, entrar em um contato profundo com você. A yoga, a meditação também. A biodança nem se fala. A biodança pra mim foi tudo, porque a biodança trabalha só o toque, né. A questão do carinho, do sentimento, de você aceitar o outro te tocar, o outro te beijar, o outro te acariciar. Você mesmo vai dando liberdade pro outro e o outro vai se aprofundando nos toques. Então, eu acho que a biodança em questão de relacionamento é a melhor coisa que existe. Pra trabalhar essa questão de aceitar o outro, foi a biodança pra mim. A biodança foi uns quatro, cinco anos depois do diagnóstico. Aí que eu fui aceitar alguém me tocar.

Olivina relatou ter ciclos de melhora e piora de sintomas. Como narrou, havia momentos em que a tristeza era intensa de modo a dar a ideia de que enlouqueceria. Em outros momentos, ficaria nervosa a ponto de ficar confusa sobre o que fazer. Nesses momentos procurava por uma terapia nova ou por um médico que receitasse medicamento.

Conforme demonstra em seu relato, Olivina teria se tornado atenta a alterações de humor, baixo ou exaltado demais, e entendido que essas mudanças exigiam intervenção diferenciada a fim de recuperar o equilíbrio.

Tem períodos que a gente tem uma tristeza tão grande que parece que vai ficar louca, sabe? A impressão que tem é que vai ficar doida mesmo. Porque vai pressionando a cabeça, você vai tendo aquela angústia, aquela angústia, aquela angústia, sabe? Você não sabe se você quer ver alguém ou não quer ver ninguém. Você não sabe se você quer sair se você quer ficar em casa. Você fica naquela coisa, você fica perdida. Eu não sei o que eu quero. Quando eu fico assim eu procuro mesmo uma ajuda. Vou atrás de alguma coisa, uma terapia diferente ou eu procuro um médico, porque aí eu to vendo que eu não to legal.

Agora mesmo eu to numa fase super legal, já fico em casa sozinha, fico tranquila. Mas outras horas aparece aquele nervo, aí eu quero ir pra casa da minha filha e não quero, quero ir pra algum lugar e não quero. Aí não sei se eu vou ou se eu fico. Então, eu acho que isso é um sintoma de que eu não to legal. Tem época que dura mais, tem vez que dura menos. Às vezes, demora três meses, às vezes, dá e passa logo, mas eu to sempre alerta. A hora que eu vejo que eu to me exaltando demais ou que eu to em baixa demais aí eu procuro ajuda. Porque agora eu já sei que eu preciso do equilíbrio, ne. Então, a hora que eu percebo que eu to muito em baixa eu procuro ajuda. A hora que eu percebo que eu to muito exaltada, brigando, nervosa demais ou agitada demais também eu quero ajuda.

O depoimento de Olivina indicava que, segundo sua compreensão, ela não poderia ficar sem utilizar algum recurso para garantir a manutenção do seu bem-estar. A terapia floral estava ajudando a se sentir bem, mas, ao abandoná-la piorou e precisou procurar um médico. Há sempre a possibilidade de recaída, uma vulnerabilidade manifesta. O equilíbrio está sempre ameaçado.

Florais também é muito bom, tem uma farmácia aqui perto que de vez em quando eu vou e eles me dão uma receita de florais. Numa época eu tomei só floral pra depressão, uns dois anos foi só com floral. Eu chegava lá e a farmacêutica mesmo me passava e foi bom. Ela passava os florais e eu tomava e era incrível, melhorava mesmo, teve uma melhora muito boa. Demora um pouco pra fazer efeito, porque são gotinhas, se a pessoa não tiver fé e paciência até desiste, porque são simples gotinhas. Mas, ela é uma cura, mas é uma cura mais lenta. Mas, eu acho que a cura dos florais é uma cura de dentro pra fora. Sabe quando alguma coisa cicatriza alguma coisa do sentimento também? De repente eu parei de tomar florais. Nunca mais tomei. Aí comecei a piorar, fui no médico e o médico passou remédio mesmo. Aí eu fui tomando e acabou que eu esqueci dos florais. Agora esses dias eu estava falando, vou tomar floral de novo. Porque ele não é um remédio, assim, que tem contraindicação. Não tem nada, é tipo um preventivo.

Surge uma diferença marcante entre as terapias holísticas e a psiquiatria, esta é o recurso utilizado quando está mal, muito irritada ou nervosa. As terapias holísticas, por sua vez, podem ser utilizadas a qualquer momento, mesmo estando bem. Novamente, é uma grande variação de humor que vai indicar a necessidade de recorrer a um psiquiatra.

A terapia alternativa, eu sempre to procurando. Mesmo eu estando bem eu to sempre to fazendo alguma coisa, porque eu acho que ela é mais pra manter. Mas mesmo com essa procura da terapia alternativa quando eu percebo que eu to em alta demais ou em baixa demais eu procuro ajuda. Quando eu percebo que não é o que eu sinto, não... não é o normal pra mim ou quando eu to nervosa demais, muito irritada, aí eu já procuro ajuda. Eu vou no meu psiquiatra ou eu vou no meu infectologista mesmo e falo “Olha eu não to legal. To me sentindo assim...” Aí ele fala “Ou você precisa ir pra um psiquiatra ou eu mesmo te prescrevo alguma coisa pra te dar esse equilíbrio”.

Assim como ocorreu com os demais entrevistados, Olivina incorporou a concepção de energia em seu discurso e ela passou a ser central na própria definição de depressão e na interpretação dos processos de recuperação. Para ela, dois subsídios eram fundamentais para a cura: fé e energia.

Acho que a questão da fé é importante, você pode tomar água com açúcar, se tiver fé vai te ajudar. Você toma e parece que aquilo tá fazendo uma energia fluir em você. Você descobre que, na verdade, cada um tem o poder de se curar, tanto é que eu aplico reiki em mim. Às vezes, eu to sentindo muito mal eu coloco a mão, vou sentindo, vou passando e fico melhor. Eu aplico muito reiki em mim e eu sinto o efeito na hora.

Eu sou movida a fé e movida a energia. Quando eu saio de manhã pra academia eu já vou no caminho me energizando. Penso em coisas boas, passando coisas boas pra mim. Às vezes quando eu sinto aquela coisa ruim, eu ponho a mão no peito e me energizo, peço coisas boas pra mim, vou pedindo, pedindo. E eu falo mesmo, o poder de cura ta na gente mesmo, a gente mesmo se cura de qualquer coisa, de medo, de tristeza.

Acho que depressão é muita energia. Quando você tá triste fica tudo baixo. Aí você tem que sair, ter mais pensamento positivo, fazer umas coisas diferentes, coisas que você gosta. Só quando eu começo a ficar muito mal mesmo que aí eu procuro ajuda de outros.

No depoimento de Olivina fica claro que depressão é um sofrimento que exige ajuda. Quando a depressão parecia mais grave, ela procurava ajuda de um psiquiatra e medicação mais forte. Admitiu já ter tomado diversos remédios para a depressão ao mesmo tempo, entre tranquilizantes e antidepressivos. Não conseguia se lembrar de todos os remédios que já tomou por indicação psiquiátrica.

Cada terapia era escolhida de acordo com uma série de fatores. A terapia adotada estava sempre relacionada a intensidade de seus sintomas. Para alterações de humor mais amenas ou “aquela depressãozinha”, ela julgava suficiente um “antidepressivozinho” leve, que poderia mesmo ser receitado pela ginecologista ou pelo infectologista. Nos períodos em que a depressão estava mais controlada, considerava suficiente uma terapia holística.

No entanto, quando tratou de soluções muito importantes para seu sofrimento, as terapias holísticas como terapia de vidas passadas e a biodança se mostraram bastante destacadas. A primeira, conseguiu libertá-la da culpa que sentia de forma intensa e, a segunda, permitiu a ela reestabelecer contato com as pessoas, aceitar ser tocada e construir relacionamentos íntimos novamente. O reiki também foi importante para equilibrar as energias.

Citrino

Quando foi à consulta com a esposa, o psiquiatra notou Citrino abatido e, tendo ouvido sobre seu mal-estar, receitou um calmante para ele. Mesmo se declarando arredio a remédios, Citrino passou a fazer uso da medicação prescrita.

Eu sou um pouco arredio com relação a medicamento, principalmente com medicamento controlado né? (risos) Então, eu sou assim meio... Quando fala que é remédio, ainda mais controlado, aí que eu fico mesmo com o pé atrás. Aí eu tomei aqueles remédios que ele (psiquiatra) me deu e realmente me ajudou a me acalmar um pouco, parece que era um calmante. Eu fiquei mais calmo.

Mesmo depois de afirmar ter resistência ao uso de remédios, Citrino não negou que o calmante receitado pelo médico trouxe alívio, no entanto, ele não admitia para si um tratamento que o deixasse dopado, como ocorria com sua esposa, haja vista que ele precisava trabalhar.

Tomei remédio em torno de uns seis meses. Aliviava, né? Aliviava, não vou dizer que não. Porque, antes de eu tomar o remédio, eu realmente estava bem mal, né? E aí eu comecei a tomar o remédio e aliviou bastante. Mas, ele não era um remédio, eu até esqueci o nome, não era um remédio, assim, muito forte. Era tipo mesmo um calmante, eu acho. Nem tinha condições de estar tomando um remédio assim. Condições eu digo, por que eu tinha que trabalhar. Se eu ficasse tomando remédio igual à Esmeralda, que ficava drogada, ela ficava totalmente alienada. Totalmente alienada. Ela tomava, sei lá quantos tipos de qualidade de remédio numa vez, né, pra conseguir acalmar. Eu tomava só um. Entre, aí, na faixa de 5, 6 meses. Por aí.

Então, foi quando eu comecei a frequentar lá o centro espírita, né, a Regeneração e o yoga. Foi quando eu, principalmente... Acho que as duas coisas. Num posso falar que é um ou que é outro, né. Mas as duas coisas ajudaram. Não sei dizer pra você: Foi isso ou foi aquilo. Não sei. Eu frequentava as duas coisas e as duas coisas acho que, acho não, com certeza me ajudaram. E eu cheguei um dia e falei: “Não, não vou precisar mais disso. Tô tranquilo”. E realmente né, deixei de tomar o remédio e continuei como se não tivesse tomando remédio, continuei... Não alterou em nada, né? Nem para menos, nem para mais, em nada.

Outra medida tomada depois do diagnóstico psiquiátrico foi procurar uma psicóloga. Citrino foi a mesma que sua esposa frequentava e que ajudava o grupo de deprimidos, que teria ajudado mais a lidar com deprimidos, a entender a esposa, cuja depressão era muito intensa.

Fui lá na psicóloga que a gente frequentava antes e ela me ajudou bastante. Esse grupo, que eu até esqueci o nome, que eu falei que é semelhante aos Alcoólatras Anônimos, só que no caso seria Grupo dos Depressivos, né, quem tem problema de depressão.

Religião era importante para Citrino. Ele revelou que havia se desligado do seminário porque considerava que a religião católica não respondia questões importantes para ele. Tinha interesse no espiritismo e já havia sido informado que o psiquiatra de sua esposa era espírita. Decidiu então aproveitar a consulta para interrogar o médico sobre o espiritismo e ouviu a resposta de que duas coisas poderiam ajudar o casal: o espiritismo e psicotrópicos.

Bom, diante desse quadro todo eu não consegui, assim... eu questionava muito as coisas, né: “Porque que a gente vem aqui então, aqui na Terra, e passa por tantos problemas, por tantas coisas?”. E parece que Deus está distante, vê essas situações, essas coisas todas. Que Deus é esse, né? Diante da formação que eu tinha, que era uma formação católica, eu questionava, assim, muito essas coisas, desde o seminário. Inclusive, eu sai do seminário porque, na época, muitas perguntas, muitos questionamentos, não eram respondidos a contento. Tinha umas respostas, mas não respostas, assim, satisfatórias do meu ponto de vista. Então, nesta ida lá com o psiquiatra, antes eu até já ouvi alguém dizer que ele era espírita, e nesse dia, como eu não estava nem aí se alguém danasse comigo, ficasse bravo comigo por alguma coisa, eu perguntei pra ele se ele era espírita e se o espiritismo poderia ajudar em alguma coisa nesta questão da depressão e tudo mais. Ele foi tranquilo, pelo contrário, eu imaginava que ele poderia até ter uma reação, assim, comigo, ríspida e tudo mais. Não, pelo contrário, ele foi tranquilo e categórico em dizer e afirmar: “Olha, o espiritismo, pra falar a verdade pra vocês, é o que pode ajudá-los. Com certeza que pode ajudá-los. Tem outras coisas, né, no caso os medicamentos que tá aí, que tá ajudando, tá funcionando. Tudo bem, mas, assim, definitivamente, o espiritismo pode ajudar sim.” Então, foi quando eu já saí de lá e já procurei um centro espírita e aí já marquei lá os tratamentos, né, que eles tem, né.

Citrino afirmou que foi encontrando no espiritismo as respostas que buscava para questões existenciais e isso ajudou ele a se fortalecer. Ao mesmo tempo que encontrava essas questões, participando de reuniões e cursos espíritas, fazia yoga em um espaço holístico.

Nós já começamos a frequentar, centros espíritas, fazendo tratamentos espirituais e depois nós começamos a fazer cursos, e com isso a Esmeralda foi melhorando e eu também. Eu, ao fazer os cursos do espiritismo, aquelas perguntas, aqueles questionamentos, digamos existenciais que existiam, à medida que eles foram sendo respondidos com a doutrina espírita, eu fui me fortalecendo. E, concomitantemente, nesse tempo, nós começamos a frequentar um espaço holístico, e lá tinha yoga.

Martins (1999) já apontava como parte da ascensão das terapias holísticas estava relacionada com uma insatisfação simultânea da classe média com a religião e a medicina. Citrino é um desses exemplos de como a resistência aos remédios e a ruptura com uma religião anterior culminou na procura de novas religiosidades e terapêuticas para a promoção do bem-estar.

A yoga teria ajudado Citrino a encontrar um equilíbrio físico e emocional. As técnicas de meditação, respiração e exercícios físicos praticados na yoga contribuíram para uma recuperação rápida da depressão. Em apenas dois meses de yoga Citrino já se sentia fortalecido a ponto de deixar de tomar a medicação indicada pelo médico e seguir seu tratamento apenas com ferramentas holísticas e o espiritismo.

E começamos a frequentar também o yoga e foi, com isso, parece que com isso deu uma arrancada muito boa, porque no yoga a gente aprende a ter um equilíbrio, do ponto de vista que eu percebi, do ponto de vista físico e emocional, muito grande, né? E a voltar pra gente mesmo, né? Então, lá a gente fazia meditação. Eu não tinha essa pratica da meditação, foi quando foi introduzido, né, lá nas aulas de yoga a prática da meditação, e isso me ajudou sobremaneira. Eu tive assim... assim que eu comecei, então, a frequentar o yoga, com os exercícios físicos e com os exercícios de meditação e de respiração que a gente fazia, isso com certeza foi assim, até eu diria que foi um salto quântico, tanto na minha recuperação de depressão como na recuperação da Esmeralda. Eu imediatamente já parei de tomar o remédio, já não... Isso foi assim poucos meses, acho que dois meses, já tinha parado de tomar o remédio, já não sentia mais a necessidade.

Estar frequentando o yoga foi, ligado ao fato também e de frequentar e estudar a doutrina espírita, foi o remédio que eu considero, né, pra realmente eu sair da depressão no meu caso.

Citrino tratou de como a yoga o ajudou a encontrar o equilíbrio. Na área física, ajudou a entender melhor seu corpo por meio de exercícios e as limitações e dores que eles impunham.

Bom, e é muito interessante porque quando a gente vai fazer esse exercício físico, ele faz a gente olhar pra gente mesmo, que é incrível que nós vivemos numa sociedade, numa cultura, em que a gente não olha pra gente, a gente não percebe a gente. Às vezes, até sente até uma dor aqui outra ali, a gente não dá importância, toma um remédio, faz de conta que aquela dor ali não existe. Você não dá importância. Você não olha seu físico, você não presta a atenção no seu físico. E o yoga faz a gente prestar a atenção na gente mesmo, no seu físico: Que que você está sentindo na hora que você faz aquele exercício? Medo? Desequilíbrio? E assim vai.

Daí, a prática de atentar para os sinais de seu corpo e cuidar dele estenderam-se para além dos exercícios da yoga, mudanças na alimentação, técnicas de meditação e respiração fizeram-no olhar mais para dentro de si, seus sentimentos. Ele teria passado por um processo de revalorização do que ele dividia entre “dentro”, sentimentos, e “fora” de si, consumo, envolvimento com política. Assim como Ágata, Citrino via na cultura um fator adoecedor, pois todos são estimulados a procurar distração e consumismo ao invés de autoconhecimento.

E depois tem a questão da meditação que a gente aprendeu lá no yoga que eu não tinha essa prática e que nós aprendemos lá que, aí sim, que não é só o olhar pro físico, mas olhar pra dentro de você mesmo, teus sentimentos. Você perceber você.

Então, para a meditação, né, que vem pra fazer a gente olhar pra gente e perceber todas essas questões que antes a gente não dá importância. A gente não aprende, no mundo em que vivemos, a gente dá importância pro futebol, pra cerveja com o churrasco, pras coisas daqui e dali, né, e não tá nem aí pra gente. Tudo é importante. Ir no shopping, né, fazer compras, carro e não sei o que... Isso é importante pro mundo. Mas, a gente tem... com isso, a gente esquece da gente. Aprendi muito com o yoga nesse sentido né. Evidentemente que, aliado a isso, fiz muita leitura né, de autoajuda, leituras, assim, que antes ajuda muito a gente a estar voltando pra gente mesmo.

No centro espírita, Citrino e a esposa puderam fazer uma terapia chamada apometria. Depois de percorrer esse caminho espiritual e terapêutico a fim de se livrar da depressão, Citrino mostrou-se grato por ter sido acometido por ela. Isso porque a busca pelo alívio do seu mal-estar teria dado a ele a chance de “encontrar a si mesmo”.

Eu, assim, quando olho para o problema da depressão que eu tive, eu, às vezes, até cheguei a agradecer (risos). Aí algumas pessoas até falam isso: “Que que isso? Agradecer pela depressão? Uma coisa tão horrível.” É verdade, é horrível mesmo. Muito dolorido. Muito difícil. Mas, se não fosse a depressão que eu tive, hoje talvez eu não poderia estar aqui hoje falando alguma coisa nesse sentido, e falando algo de alguém que tem, graças a Deus, graças a busca, à luta que eu travei comigo mesmo, né, de buscar uma solução, de buscar uma saída pra essas questões tão difíceis que é enfrentar uma depressão. Não é fácil, né. É uma coisa terrível, mas é gratificante, até posso dizer. Por isso, às vezes, eu agradeço. É gratificante quando a gente consegue superar essa situação e aí você supera e você fica muito bem porque você aprende a encontrar com você mesmo.

Diferente do que ocorria com a esposa que tinha depressão crônica, a sua crise foi pontual e breve. Ele procurou formas de lidar com seu mal-estar nos caminhos que já havia percorrido com a esposa, especialmente no centro espírita, onde passou a receber esse tratamento energético-espiritual chamado apometria. Além dela, a yoga, que permitiu a ele meditar, olhar para si mesmo e reconhecer o que precisava para promover o seu bem-estar. Religião e yoga foram as bases de sua recuperação, tanto que ele abandonou a psiquiatria e os psicofármacos depois de pouco tempo de apometria e yoga, reconhecendo que não seriam mais necessários para promoção de seu bem-estar.

O ponto chave da cura teria sido desenvolver a capacidade de olhar pra si mesmo e valorizar mais aspectos da vida que contribuíram para o bem-estar, como manter bons sentimentos, bons hábitos alimentares, cuidar do corpo e da mente. Voltar-se mais para dentro de si e evitar o mundo de fora com o consumismo, desestímulo para as pessoas se entenderem e conflitos.

Psicotr3picos foram considerados importantes para acalmar em um momento de intenso mal-estar, mas sua contribui33o acabava ai. Permitiram, ao acalmar, que ele se engajasse em atividades que trouxeram sua cura, como a pr3tica do espiritismo e da yoga.

Mais consciente de si mesmo, com seu emprego reestabelecido, Citrino conseguiu sair do quadro depressivo em poucos meses e nunca mais voltou a ter crises.

7.2 O sentido do tratamento – crise, terapia e autotransformação

A psicoterapia foi comumente o primeiro tratamento procurado para o alívio do sofrimento. Foi demonstrado nas narrativas um desejo de falar de si, contar sua história, dividir o peso que carregavam nas costas, romper com silenciamentos impostos há anos. Especialmente nos depoimentos de Berilo, Olivina, Jade e Ágata parecia haver uma crença de que a depressão seria curada ou pelo menos bastante amenizada a partir da terapia de fala. Melhor dizendo, a partir do momento em que pudessem romper com seu silêncio e dividir com uma profissional o seu sofrimento.

Contudo, a psicoterapia mostrou-se como atividade predominantemente negativa para diversos dos entrevistados por duas razões principais: desconforto e desconfiança. No que diz respeito ao primeiro aspecto, os sujeitos depararam-se com a verificação de que narrar seus sofrimento exigia lembrá-los e encará-los de algum modo. Falar doía. Mas, ainda mais importante era a segunda razão de insucesso das psicoterapias, a dificuldade de estabelecer uma relação de confiança com a psicoterapeuta. Divergências com esses profissionais eram compreendidas como motivo para não seguir o tratamento. Com exceção de casos de profundo desrespeito, como o psicoterapeuta de Cristal que dormia durante a sessão, o principal problema estava em não ser possível construir uma relação de confiança. A imagem geral que se criou de psicoterapeutas era de profissionais parciais, limitados, que julgavam os clientes por não conseguirem se desvincular de seus pontos de vista.

Já a manutenção do tratamento psiquiátrico foi um reconhecimento da necessidade do auxílio de medicamentos para continuar o trabalho, os estudos, os afazeres domésticos, as relações familiares, matrimoniais e os cuidados maternos, apesar do sofrimento. No caso de Esmeralda e Ametista, notou-se que isso deveria ser feito mesmo sem se ter noção exata do que estava acontecendo, por estarem excessivamente drogados pelos psicofármacos. Aqui, fica aí evidente esse caráter de automatização medicamentosa dos sujeitos. Atinge-se o objetivo, que é realizar tarefas, suportar as obrigações profissionais, familiares e sociais cotidianas, mesmo que não tenha consciência ou memória dessa realização. Está aí destacada a eficácia prática dos psicofármacos.

A eficácia simbólica dos medicamentos estava na força da ideia de que eles são os únicos a conseguirem conter uma crise, evitar a total perda de controle de si. Estava ainda na reconhecida capacidade de antidepressivos, tranquilizantes e hipnóticos de anestesiarem ou dopar os sujeitos a ponto de impedi-los de ultrapassar a fronteira entre depressão e loucura, que se mostrou tão temida por todos.

A contradição nesse cenário é que estar dopado também equivale a perder o controle de si. Mas, nesse contexto, a perda tem um agente externo responsável, não é uma perda de si resultante da falta de condições pessoais de manter o equilíbrio. Promove-se uma perda de si controlada, com receitas assinadas por especialistas, com dosagens estipuladas, em um momento considerado crítico. Não sem custos, os remédios cumprem seu papel de regulação afetiva, ou seja, de alterar a forma de se afetar no cotidiano.

Contudo, para Jade, Rubi e Cristal, foi justamente a verificação de que os efeitos colaterais dos psicofármacos eram tão danosos quanto os sintomas da depressão que provocou a rejeição a essa terapêutica. O reconhecimento dos limites dos medicamentos em agir sobre sintomas, provocar efeitos colaterais e não atacar as causas do adoecimento fez com que Ágata e Jaspe sequer os considerassem como opção de tratamento.

As terapias holísticas apareceram nas narrativas dos sujeitos como um ato de entrega a qualquer coisa que pudesse fazer bem, mesmo sendo desconhecida. É nesse momento em que é revelada não apenas a crise pessoal, mas a crise do sistema médico, que já não consegue dar respostas terapêuticas satisfatórias e exige a busca de outras intervenções (Luz, 1997).

Diante da constatação de que a medicina oficial não conseguia eliminar ou mesmo aliviar a aflição, as medicinas complementares ou alternativas emergiram como possibilidade.

A falha da medicina em avançar para além da tríade sintoma-diagnóstico-medicação motivou a demanda por terapêuticas complementares ou alternativas, como já havia sido destacado em trabalhos desse campo como os de Luz (1995, 1997, 2005, 2008) Tesser e Luz (2008), Tavares (2008, 2010), Albuquerque (1999, 2001) e Maluf (1995, 2005, 2007, 2008). Mas, obviamente, a percepção da falha era decorrente do fracasso da medicação em afastar o sofrimento.

Contudo, foi ressaltado pelos sujeitos da pesquisa que o bom acolhimento dos terapeutas e os efeitos positivos promovidos pelas intervenções energéticas fizeram dessas terapias as ferramentas principais e, às vezes únicas, de promoção da saúde.

A perspectiva holística teria a vantagem de tratar o sujeito como um todo e fazer com que ele se visse como parte de um universo de pessoas, natureza, seres espirituais e energias. À adoção dessa nova perspectiva, os entrevistados geralmente denominaram “conscientização”.

Uma possibilidade explicativa de seus sentimentos, humores, trajetórias, sintomas e processos de cura surgiu, a partir de uma nova categoria interpretativa: a energia.

Da forma como era vista pelos sujeitos dessa pesquisa, as ações necessárias para manter boas energias estavam relacionadas com uma concepção de bem-estar social, físico, mental e espiritual. No aspecto psíquico, as medidas que deveriam ser adotadas para manter boas energias lidavam com formas de evitar o sofrimento e, caso não fosse possível, não fazer dele um aspecto central ou insuperável. A partir da nova perspectiva energética, o sujeito assume uma quantidade razoável de tarefas e um olhar treinado para enxergar sinais de que elas precisam ser postas em prática. Tem agora novos conhecimentos e ferramentas para interpretar suas reações afetivas aos acontecimentos e o modo como deve agir sobre elas para torná-las mais adequadas e suportáveis.

A concepção de energia adotada pelas entrevistadas e entrevistados trazia convenientes: ampliava a noção de si para além do corpo e mente; não conflitava com qualquer perspectiva religiosa, podendo ser utilizada por espíritas, espiritualistas, católicos e ateus; mostrava o sujeito como conectado aos outros, à natureza e ao universo; sua ação não dependia apenas de mecanismos externos ou sob os quais os sujeitos não tinham controle, ela fazia parte deles e poderia ser administrada por eles, a partir de várias atitudes; na sua forma curativa, adquiria o significado de amor, “energia do amor universal” como foi definida algumas vezes. Desse modo, as terapias holísticas e o paradigma energético permitem a reintegração do ser humano com o cosmos e a adoção de uma terapêutica que une magia e racionalidade, do modo como observou Martins (2010). Mas não uma racionalidade qualquer e sim uma composta por uma ética de ser bom e fazer o bem, a si mesmo e aos outros. A prática de troca prática e simbólica baseada na gratidão,

próximo à compreensão da dádiva de Mauss. Uma ética que inspirava bons sentimentos e valorizava diferencialmente “coisas do mundo”, “de fora” e o que se tinha ou era “por dentro”.

Acreditava-se que energia era algo que poderia ser sentido, observado, manipulado, captado, doado, transferido, recarregado. Se estagnada ou baixa, poderia causar sintomas diversos, inclusive os da depressão. Mas as terapias energéticas eram capazes de desbloqueá-las, fazê-las fluir pelo corpo, por todos os órgãos, renovada. Práticas como alimentação saudável, otimismo, atividades físicas, fuga de conflitos, adoção de uma postura mais reflexiva, acreditar em um poder invisível, respeito e tolerância consigo e com os demais, poderiam manter essa energia sempre boa e, conseqüentemente, a saúde. Tem-se então, um reencantamento do corpo, para usar o termo de Albuquerque (1999).

Mas ia além disso: em alguns casos, as terapias teriam promovido nos sujeitos uma verdadeira transformação. A incorporação de uma nova postura diante de si, dos outros e da vida deram origem a um novo eu. Nascia em algum momento do processo terapêutico uma pessoa melhor, mais forte, capaz de olhar de forma amena e equilibrada para conflitos e sofrimentos, mais positiva, respeitosa e harmoniosa. Sendo assim, as terapias holísticas não forneciam apenas ferramentas para lidar com o mal-estar, mas uma nova subjetivação.

“Sair da posição de coitadinha”, perdoar a si mesmo, perdoar os outros, estar atento ao modo como os fatos te atingem e não se deixar afetar tanto pelo outro, foram ações assinaladas como conquistas marcantes possibilitadas pelas terapias holísticas. Ainda que tenham sido registrados subsídios das psicoterapias para essas conquistas, a atribuição de contribuições das terapias holísticas foi bastante superior. E esse reconhecimento parece se dever ao fato de ser um exercício sobre si mesmo que exige menos mediação. Autoconhecimento e autotransformação destacaram-se como palavras-chave no percurso de quem se julgava mais curado da depressão e menos dependente de intervenção médica para lidar com ela.

CAPITULO 8 – TRANSFORMAÇÃO DE SI E CURA ENERGÉTICA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

8.1 Depressão e biografia

A centralidade do eu na cultura do narcisismo faz com que o sujeito faça de si mesmo sua grande preocupação e seu objetivo. Suas maiores fontes de inquietação são suas próprias dores, sua saúde, suas ambições, seus desejos. A depressão é um reflexo da contemporaneidade e do cansaço de si, de ter que atender as demandas sociais de sucesso amoroso, profissional, financeiro, de consumo, pessoal, seja qual for, que ela produz. O cansaço de agir o tempo todo para atender às demandas que estão sempre num patamar inatingível pra grande parte das pessoas (BIRMAN, 2006; PINHEIRO, 2003; EHRENBERG, 1998; GAULEJAC, 2007).

Assim, a subjetividade do deprimido é construída, sobretudo, no reconhecimento de uma falta, pelo que não se teve, não realizou, não conquistou. Mas também, do que foi feito a ele. Como ficou evidente nas narrativas, os sujeitos passaram por muito sofrimento relacionado à pobreza, falta de afeto, violências, discriminações.

Quando falaram de suas próprias vidas, os entrevistados e entrevistadas apontaram eventos vitais que os levaram a um grande desequilíbrio e a uma tristeza intensa e permanente. Um componente marcava as narrativas: o sofrimento de carregar consigo a própria história.

Ágata, Jade, Cristal, Rubi, Esmeralda, Ametista, Berilo, Olivina e Citrino passaram por experiências de violência, rejeição, discriminação, perdas de pessoas amadas – pela morte ou separação – e pobreza. Tiveram que conviver desde criança com o medo de uma violência ou rejeição que já havia experimentado e da qual precisavam se libertar.

A necessidade de ser amado, aceito, reconhecido e amparado era grande entre eles. Rubi, Ametista e Cristal experimentaram essa carência afetiva no lar e estavam sempre aspirando ao amor e reconhecimento da família. Cristal, Berilo e Rubi demonstraram especialmente esse desejo de conquistar um relacionamento amoroso estável e gratificante, já que afeto e aprovação não foram conquistados até então no núcleo familiar.

Jade e Citrino experimentaram ainda crescer em um lar em que não apenas faltava afeto, mas sobrava desequilíbrio e violência, decorrentes do alcoolismo de seus pais.

Para Berilo e Esmeralda, havia o imperativo de ser aceito por ser quem era, sem que o simples fato de ser si mesmo configurasse razão para despertar ódio, violência e rejeição das pessoas ou, ainda pior, que pudesse ter sua integridade ameaçada por isso.

Quando quem você é não pode ser para outros objeto de amor e de apreço, não há como despertar por si mesmo e pela sua vida qualquer compaixão. A entrega ao sofrimento e à morte surgem como resposta.

Outro cenário, foi ter sido violentada sexualmente por pessoas próximas e ter que lidar em silêncio com sua própria dor, para que ela não se tornasse de outros. Restou a Ágata e Jade guardar para si mesmas seu sofrimento, carregado de dor, mas também de culpa.

Daí, enxergamos outro aspecto em comum entre os sujeitos: a centralidade de suas histórias familiares no seu mal-estar. Foi comum entre eles experimentar a rejeição e violência e falta de apoio dentro da própria família.

Claro que as narrativas apresentavam sofrimentos causados em outros ambientes como a escola, o mercado de trabalho e, em alguns casos, o próprio consultório médico. O caso de Jaspe é emblemático, nesse sentido, pois teve uma infância e adolescência muito confortáveis e repletas de amor e se deparou com as dificuldades de assumir uma família, com um emprego desgastante e adquirir uma doença autoimune severa.

Há que considerar ainda que grande parte do sofrimento envolvia fantasias, medo e culpa. O medo de ser espancado ou assassinado caso o pai descobrisse sua homossexualidade, no caso de Berilo; O medo da morte e do sofrimento provocado por uma doença grave, como ocorreu com Jaspe depois do diagnóstico de esclerose múltipla e Olivina quando se descobriu contaminada com o HIV; o medo de um diagnóstico capaz de provocar uma internação psiquiátrica ou uma classificação como louca, vivenciado por Esmeralda por conta de ver e falar com pessoas invisíveis aos outros. O medo de nunca ter valor para os outros e pra si mesma, como Rubi e Cristal, cujas narrativas estavam marcadas pela rejeição, sobretudo dos pais. A culpa vivenciada por Jade em decorrência do

aborto provocado e o medo da punição que seria aplicada pelo Deus severo ao qual ela foi ensinada a cultuar. A culpa vivida por Olivina por ter orado e pedido a Deus pela morte do marido cujo falecimento foi compreendido como se sua oração tivesse sido atendida; a crença de Ágata de que seu casamento duplo culminaria na morte de alguém.

Mas houve também fatos bastante objetivos que contribuíram para o sofrimento delas. Estão entre eles: o estupro e violência doméstica sofridos por Jade e Ágata; uma vida sempre atormentada pela pobreza, violência e alcoolismo do pai na infância e a esposa muito deprimida na vida adulta, como Citrino; as surras e ameaças que Berilo recebia do pai por suspeitar de sua homossexualidade; a dor que a esclerose provocava em Jaspe; os efeitos colaterais dos coquetéis de drogas anti-HIV de Olivina junto à discriminação dos vizinhos e familiares; a dificuldade de Cristal em conseguir um emprego e um relacionamento amoroso; o abandono e maus tratos sofridos por Rubi; a violência, o luto e os conflitos que a maternidade impunham a Ametista; a internação da mãe de Esmeralda como esquizofrênica e a rejeição das pessoas por ela afirmar que via e falava com pessoas já mortas, além do transtorno que as próprias visões causavam.

Podemos destacar ainda que as entrevistadas apresentavam gatilhos bastante semelhantes aos dos que contribuíram para a depressão de mulheres em dados apresentados por outras pesquisas: trabalho, maternidade, violência física e sexual, convivência com o alcoolismo, silenciamento do mal-estar e medicalização para não provocar conflitos. Mesmo doentes cuidavam de pessoas enfermas da família (BERQUÓ E CUNHA, 2000; ARAÚJO, PINHO e ALMEIDA, 2005; ADEODATO et. ali., 2005).

As mulheres apresentaram muito mais queixas e mais intensas. Narraram que viviam na pobreza, carentes de afeto e amparo, sofrendo violências, com dificuldades para se estabelecer em um emprego e com problemas nos relacionamentos amorosos. Sua depressão também foi mais intensa e duradoura. Todas as mulheres experimentaram a depressão por longos anos. Ametista, por exemplo, falou de 12 anos de tratamento na época da entrevista e Olivina em 17 anos.

Com exceção de Berilo, os homens estiveram alguns meses em depressão, em decorrência principalmente de problemas financeiros e de saúde, e conseguiram se recuperar com alguns meses de tratamento, adotando um número menor de terapias.

Mesmo Citrino que enfrentou uma vida de violência e privação teve a crise depressiva no momento do desemprego.

É claro que não se trata de uma amostra suficiente para produzir generalizações. Mas que se mostrou coerente com os dados apresentados em outras pesquisas que dão conta da prevalência da depressão em mulheres, da maior presença de sintomas entre elas e de como sua depressão está relacionada a aspectos de gênero.

Dizer que a depressão é resultado da história pessoal do sujeito não é novidade. Isso foi mostrado por cada pesquisa empírica mencionada na discussão sobre gênero e depressão. Basta retomarmos o conceito de Hornstein (2008) de depressão como resultado de um sentimento deficitário de si mesmo em função da história pessoal, das vivências atuais e dos projetos de vida que não se realizaram.

Enfim, quero enfatizar aqui depressão como o sofrimento por carregar sua própria história, com os fatos que a constroem, mas também com suas fantasias, desejos e emoções.

Por fim, resta ao sujeito uma prisão final: ser ele mesmo, com a vida que pode ter, com a memória de tudo o que viveu, sonhou, fracassou, sofreu, construiu, avançou e resistiu.

Volto aqui à conclusão do cliente no filme apresentado na epígrafe: às vezes o maior desespero pode ser pensar que está irremediavelmente preso a si mesmo. É provável se libertar de sintomas, seja pela intervenção de remédios ou terapias diversas. É admissível se livrar de pessoas que te fazem mal simplesmente aceitando que elas saiam da sua vida, como maridos ou até de irmã, mãe e pai, se desejar, como fizeram Ágata, Berilo e Rubi. É possível fazer de um aspecto de si que sempre foi visto como um problema sua melhor ferramenta de trabalho, como fez Esmeralda. A única pessoa com quem você tem que lidar e enfrentar por toda a sua vida e da qual é impossível se desvincular é de si mesmo. Especialmente quando se vive em uma cultura que o ensinou a pensar em termos narcísicos. Ainda que o deprimido seja aquele que recusa a onipotência do eu, como afirma a psicanálise, é na relação com o eu que sua depressão emerge e é nela que está a possibilidade de seu esgotamento (Pinheiro, Quintella e Vertzman, 2010).

O rompimento com a depressão pode estar justamente na transformação de sua história. Como analisou Kehl (2009), o deprimido volta-se para si mesmo depois de perder a si mesmo. Posteriormente, diante da perda de si, precisa reconstruir a própria biografia.

Sendo assim, mais do que a depressão, o rompimento com ela exige um árduo trabalho de resistência, física, emocional, mental e social. A decisão de deixar de ser deprimido e se envolver em tratamentos exigiram uma nova gestão de si e uma nova subjetividade, já capaz de lidar com os revezes da vida.

Para sair da depressão, foi preciso fazer emergir um novo eu, diferente do sujeito deprimido, mas também de quem era antes da depressão. O novo eu já não se colocava tão a mercê do julgamento social, aprendeu novas formas de interação, de regulação emocional e encontrou ferramentas para se proteger dos males que o outro pode provocar.

8.2 Itinerários terapêuticos

8.2.1 Psicoterapia – o passo inicial para romper com o silêncio

Além de tudo o que narraram ter passado, conforme os depoimentos, havia outro componente que acompanhou esses sujeitos por anos, intensificando seu sofrimento: o silêncio. Diante da impossibilidade de expressar as razões de seu sofrimento verbalmente, ele emergiu de outra forma: indignação, raiva, tristeza, isolamento, choro, desesperança, sintomas somáticos.

Pior do que sofrer, era fazê-lo em silêncio. Havia um risco de que quem ouvisse não apenas recusasse empatia, mas os rejeitasse. O outro representava, muitas vezes, desamparo ou ameaça.

É preciso considerar que havia diferentes tipos de silenciamentos: para a sociedade, sobre a mediunidade, a homossexualidade, os abusos; para as autoridades, a respeito das violências sofridas; para a família, sobre os abusos, violências, homossexualidade, desejos, sentimentos, visões.

Assim, por muito tempo, os entrevistados tiveram que guardar somente para si o estupro; a homossexualidade; as visões de pessoas mortas; o tratamento cruel e indiferente de quem a criava; o diagnóstico de estar contaminada com HIV; a percepção de ser vista como a menos amada das filhas; estar envolvidas em duas relações violentas.

A relação entre uma vida de sofrimentos e deprimir-se surgiu espontaneamente nas narrativas para a pesquisa. Podemos notar que o longo trabalho terapêutico no sentido de conseguir bem-estar contribuiu para que os sujeitos pudessem construir uma narrativa de si que desse coerência ao sofrimento e ao adoecimento, apresentando os dois como relacionados.

Não é difícil reconhecer que há um limite de tristeza, rejeição, violação que se pode sofrer sem que o sofrimento psíquico se torne insuportável. Há um período de silenciamento do próprio sofrimento que varia de um sujeito pra outro, mas que precisa ser rompido em algum momento ou emergirá em forma de sintomas. Foi nesse sentido que preferi destacar a observação de Marecek (2006) de que a depressão é uma forma de expressar aos outros seu sofrimento.

A partir das narrativas pode-se perceber que o silenciamento é um aspecto do sofrimento com o qual havia urgência de se romper. Essa foi apontada como a principal razão de os psicoterapeutas serem os primeiros profissionais procurados.

Falar com a psicoterapeuta poderia garantir tirar um peso das costas, como explicaram Jade e Jaspe. Poder ver a si e a situação a partir de outros olhos, perspectivas que ajudassem a enxergar melhor o que ocorria em suas trajetórias. Não mais carregar só com eles mesmos o peso da própria história, mas dividi-lo.

Havia grandes expectativas em relação à psicoterapia. O psicoterapeuta deveria ser alguém que fornecesse uma escuta atenta, interessada, solidária, que os apoiasse, acreditasse neles e se sensibilizasse com seus dramas. Por outro lado, era preciso ser alguém também distante, um profissional capaz de olhar de fora e ajudar a encontrar respostas e soluções capazes de transformar suas vidas.

Era desejado também que partilhassem de valores e crenças. Um psicoterapeuta evangélico não foi visto como um terapeuta apropriado para uma pessoa espírita. Alguém

que fosse contra o aborto não seria adequado para uma mulher que abortou. A terapia não era vista como um espaço para estabelecimento de conflito.

A imagem de um sujeito que depois da escuta se tornasse um julgador ou opositor era repudiada, tanto quanto a de um psicoterapeuta indiferente ao sujeito. A psicoterapeuta que julgou a situação vivida por Ágata inadmissível, a que testou Ágata mas não o seu marido para um diagnóstico clínico, o que dormiu durante a sessão de Cristal, a que duvidou da narrativa de Esmeralda e a que não permitiu que Olivina construísse conjuntamente a dinâmica da sessão foram profundamente repudiadas por elas. Do mesmo modo que Rubi que se recusou a abrir suas “barreiras” e seus “bloqueios” para uma psicoterapeuta evangélica.

Mas, é imprescindível salientar que o momento de busca da psicoterapia é marcador especial de ruptura biográfica. É quando se decide tomar alguma medida e efetivamente agir no sentido de enfrentar o mal-estar. A busca por um psicoterapeuta marcava, para muitos, a decisão de sair do sofrimento. Era um momento de romper silenciamentos, abandonar rumações solitárias e procurar por saídas.

Falar ajudava, sobretudo, porque rompia com o pacto de silêncio feio com o violador. Violências sem denúncia, falta de apoio sem queixa, indignações e revoltas guardadas pra si mesmo. Encontrar alguém para quem pudesse dizer: “Eu fui estuprada”; “Eu apanho do marido”; “Eu alimento relações destrutivas por medo de violência ou da solidão”; “Eu fui contaminada pelo meu marido com HIV e rezei pela sua morte”; “Eu aceito que tomem decisões por mim mesmo sofrendo com isso”; “Eu não quero ser mãe”; “Eu não estava preparado para ser pai”; “Eu não quero ter essa doença”; “Eu preciso lidar cotidianamente com um deprimido”; “Eu convivo com alcoólatras e isso me faz muito mal”; “Eu não tenho o emprego que gostaria”; “Eu desejo me divorciar”; “Eu sou gay”; “Eu fui rejeitada e maltratada por todas as pessoas que deveriam ter cuidado de mim e me amado” tinha um significado completamente diferente de dizer “Meu estomago dói”; “choro muito”; “tenho insônia”; “estou nervosa”; “desejo morrer”; “tenho perdido o controle de meus atos”; “tenho alterações de humor”; “tenho várias doenças de fundo emocional”.

Para Kehl (2009), o silêncio é uma forma de resistência dos sujeitos em participar da cultura e uma das principais características dos deprimidos que irritam a sociedade. No entanto, podemos ponderar: se eles falassem, que incomodo provocariam?

Enfim, a psicoterapia consistia nessa possibilidade discursiva, reveladora de uma história pessoal assinalada por contatos com os outros, que denunciava o que foi feito a elas em muitos desses contatos e as marcas psíquicas que resultaram deles.

8.2.2 Psiquiatria – medicalizar para anestesiar o sofrimento e estabilizar a crise

Se, por um lado, as narrativas traziam histórias de sofrimento que precisavam ser partilhadas, de outro, experimentava-se um conjunto de desconfortos físicos, psíquicos e emocionais intensos e para os quais os sujeitos reconheciam que precisavam de ajuda para eliminar.

Nos casos em que o psicoterapeuta não foi o primeiro a ser procurado, mas o psiquiatra, como Rubi e Esmeralda, o mal-estar era traduzido especialmente por um conjunto de sintomas psíquicos e também somáticos não explicados pelos especialistas médicos consultados até então.

O que se observa nas narrativas é que o diagnóstico psiquiátrico era uma tentativa de resposta para os sintomas e de intervenção para controle de si e alívio do sofrimento. Dores nas costas e problemas digestivos foram os sintomas somáticos mais comumente mencionados pelas entrevistadas. Mas, a marca principal do sofrimento estava na tristeza profunda com a qual se convivia por anos, na raiva e na perda de controle de si. Na depressão a queixa principal não é o corpo, mas a raiva, culpa, medo, tristeza intensa. A tabela abaixo traz um levantamento de como os sintomas da depressão foram apresentados nas narrativas.

PRINCIPAIS SINTOMAS DA DEPRESSÃO		
TRISTEZA PROFUNDA, ENLOQUECEDORA, QUE FAZ PERDER A VONTADE DE VIVER	RAIVA E NERVOSO	PERDA DE CONTROLE/ DESEQUILÍBRIO /CRISE
(...) era só uma tristeza, uma inércia, aquela tristeza tão profunda que te deixa imóvel diante da vida, era mais isso. (Jade, 30 anos)	... Eu fico chateada, fico brava na hora, mas raiva assim eu não quero ter de ninguém. (Cristal, 28 anos)	Pensava 'Como que eu estou tanto sem meu autocontrole?' e eu ficava imaginando onde eu ia chegar também. (Berilo, 24 anos)
Só que o que eu conseguia ver era só a tristeza do que a vida tinha feito comigo, das situações que, que eu tinha vivido. (Jade, 30 anos)	"Mas outras horas aparece aquele nervo" (Olivina, 48 anos)	O remédio é assim, ele te estabiliza. Então, assim, você tá triste demais ele consegue fazer você ficar bem. Se você tá nervosa demais então ele te estabiliza. (Ametista, 32 anos)
Tem períodos que a gente tem uma tristeza tão grande que parece que vai ficar louca, sabe? A impressão que tem é que vai ficar doida mesmo. (Olivina, 48 anos)	Eu comecei a prestar muita atenção sobre o que eu pensava, porque eu comecei a perceber que quando tinha uma emoção, É... quando tinha uma situação que, às vezes, ainda tinha raiva ou tristeza, perceber "Opa". (Jade, 30 anos)	Então, eu tinha que buscar o controle, o autocontrole. Então, se eu tivesse me acomodado com relação a doença, eu acho que a crise depressiva teria sido maior. (Jaspe, 33 anos)
Por causa da depressão eu tinha também muitas dores no corpo. Eu vivia triste, angustiada, pensando "pra que viver desse jeito?" (Esmeralda, 47 anos)	Eu marquei fuidoterapia porque quando eu fazia sessão de psicologia, teve uma época que eu estava me sentindo muito nervoso, um calmante fuidoterápico. (Berilo, 24 anos)	"Quando eu percebo que eu to em alta demais ou em baixa demais eu procuro ajuda. Quando eu percebo que não é o que eu sinto, não não é o normal pra mim ou quando eu to nervosa demais, muito irritada, aí eu já procuro ajuda". (Olivina, 48 anos)
Eu fui, passei, fiz o curso pra aprender a voltar a conviver com pessoas. Porque eu não dava conta mais, eu não dava conta de olhar pras pessoas. Eu tinha repugnância de estar perto de alguém. Só queria ficar com as minhas cachorrinhas, com planta, computador... (Cristal, 28 anos)	Quando eu percebo que não é o que eu sinto, não é o normal pra mim eu quando eu to nervosa demais, muito irritada, aí eu já procuro ajuda. (Olivina, 48 anos)	Eu não tenho condição alguma, porque eu sei que eu preciso. Assim, não é que eu, assim, se eu falar assim eu sei que vai ter gente que vai criticar, se você falar que tá precisando, não é que nesse momento, pra eu não me matar ou não matar alguém, eu preciso da medicação. (Ametista, 32 anos)
Então eu sinto que essa depressão às vezes veio à melancolia. A depressão, aquela que eu tive de querer morrer, de querer nada na vida, isso eu não tenho mais. (Cristal, 28 anos)	Sou meio nervosa. (Cristal, 28 anos)	Agora mesmo eu to numa fase super legal, já fico em casa sozinha, fico tranquila. Mas outras horas aparece aquele nervo, aí eu quero ir pra casa da minha filha e não quero, quero ir pra algum lugar e não quero, aí não sei se eu vou ou se eu fico. Então, eu acho que isso é um sintoma de que eu não to legal. Tem época que dura mais, tem vez que dura menos, às vezes demora três meses, às vezes dá e passa logo, mas eu to sempre alerta. (Olivina, 48 anos)
Então eu acho que todo esse processo me levou a essas "quedas de humor", né? (Olivina, 48 anos)	Aí eu fiz o processo inverso, estava com o intestino irritável, com gastrite nervosa, ah, problemas no maxilar por nervosismo, por stress, ahn, enfim... (Rubi, 29 anos)	Aí eu já na tinha mais tanto medo né? Eu já não sentia medo, eu fumava muito ainda, eu ficava muito desequilibrada, porque é um desequilíbrio constante, sabe? Tinham os momentos que eram de pico, tinham os momentos que eram mais fáceis. (Ágata, 31 anos)
Então, é efeito colateral mesmo do medicamento. (Olivina, 48 anos)		Quando ela disse pra mim que eu estava com esse problema, eu duvidei disso até o último minuto. Aí eu não fui capaz de esconder de mim que eu estava realmente doente, sabe? E de ver tudo aquilo como uma doença louca, um trem desequilibrado, né? (Ágata, 31 anos)
A depressão voltou tem uns cinco anos. Meu filho casou aí eu me senti muito só. A tristeza foi tomando conta, tomando conta, foi a época que o médico me diagnosticou com depressão. Foi essa época do casamento dele. Antes era mais ansiedade e "aquelas quedas de humor, né", não era tanta depressão, eram quedas de humor. Eu chorava, não queria ver ninguém, não queria sair. (Olivina, 48 anos)		O reequilíbrio energético do reiki, ele acontece, mas o meu desequilíbrio emocional também acontece pra contrabalancear. Então o reiki, ele vem de reequilibrar energeticamente. (Rubi, 29 anos)

<p>E eu não saía lá, eu não fazia nada, eu só ficava lá o dia inteiro para aquele mar, às vezes chorando horas seguidas, às vezes lendo, às vezes dormindo. (Ágata, 28 anos)</p>		<p>Você consegue buscar esses questionamentos dentro de você e às vezes em alguns momentos que você tá numa crise você não consegue ter essa estabilidade pra você parar e pensar. (Ametista, 32 anos)</p>
<p>Ainda choro muito, mas isso não me abala ao ponto de querer, de querer morrer, por exemplo, de querer não viver mais. Tudo isso me fez ver que a vida, com todas essas loucuras que a gente vê, com todo o sofrimento que ainda eu passo e que eu vejo as outras pessoas passando, que a vida é bonita, que a vida tem sua beleza. Tem beleza em você, mesmo quando você está se sentindo um lixo. (Jade, 30 anos)</p>		<p>Então, foi a hora que o médico interveio com homeopatia, que era um tranquilizante, uma coisa assim e, por exemplo, que foi o momento da hora que a minha tia faleceu que eram momentos críticos pra eu entrar numa crise e aí ele conseguiu me estabilizar me deixou tranquila. (Ametista, 32 anos)</p>
<p>Eu acho que a depressão é, acho que tá muito relacionada às emoções, a sua forma de pensar, as emoções que você tem, que você deixa influenciar por adoecer muito facilmente, a entristecer muito facilmente. Porque a vida vai começar a ser muito ruim, muito chato, porque eu vou estar nessa energia, com essas atitudes e com o mental negativo. (Jade, 30 anos)</p>		<p>Tenho uma sensação de tristeza constante, mas ela é constante, não chego a ter crises, não chega a me gerar um sofrimento. Consigo acordar cedo, dormir na hora, atividades é um prazer agora. (Berilo, 24 anos)</p>
		<p>Eu peguei como eu tive uma crise de riso muito forte e depois, nessas crises, eu ficava, eu perdia meu racional, minha capacidade de raciocinar, o que eu tinha de fazer, aonde eu estava, para onde eu ia, que horas que já era. Eu ficava fora da realidade. (Berilo, 24 anos)</p>

Contudo, relacionar a necessidade de ajuda profissional e o sofrimento de toda uma vida não era óbvio. Menos ainda dar um nome específico a todo o mal-estar que se sentia: depressão, por exemplo.

Em muitos casos, o termo surgiu apenas quando um profissional de saúde o trouxe à tona e nem sempre foi aceito. Rotular o sofrimento era uma necessidade dos profissionais de saúde para conseguirem intervir, não necessariamente de quem sofria, como explicaram Rubi e Berilo. E os critérios de rotulação eram tão pouco rígidos que os diagnósticos podiam mudar, e geralmente mudaram. A maior parte dos entrevistados teve pelo menos dois diagnósticos variando entre depressão, maníaco-depressiva e transtorno bipolar.

Como atentou Foucault (1993), o médico aparece como detentor de uma verdade sobre a doença, que se transforma em verdade sobre o sujeito, em que sensações e condutas se atrelam firmemente ao modelo moral que divide as formas de vida em saudáveis e patológicas. Podendo separar os sujeitos em saudáveis e deprimidos, por exemplo.

Nesse quadro, na clínica médica, sentir tristeza, raiva e desejar morrer eram indicativos de uma patologia que exigia intervenção medicamentosa, uma desregulação cerebral que poderia ser corrigida com antidepressivos, calmantes e hipnóticos, alcançando-se, assim, o desempenho afetivo desejado. Esse tipo de abordagem, na verdade

nega toda a carga subjetiva do sofrimento. As histórias e relações intersubjetivas que provocaram a depressão dão lugar a uma enumeração de sintomas. Dessa forma, não apenas há medicalização do social, mas ela é feita via dessubjetivação do sofrimento. Cria-se o mencionado sujeito cerebral de Ehrenberg e Ortega, ou subjetividade neuroquímica de Rose: destituído de sua história, mas acessível ao saber e às ferramentas médicas.

Segundo os entrevistados, eles puderam controlar crises e permitir que a pessoa não se matasse, como Berilo, Citrino e Ametista. Ou ajudaram a suportar viver, como Jade, Cristal, Esmeralda, Rubi e Olivina.

Os antidepressivos é que se tratam de uma intervenção no corpo, para transformar a mente, mais especificamente, a forma de sentir o mundo e os eventos vitais. A argumentação dos defensores de uma produção de um eu a partir de intervenções químicas é de que os medicamentos contribuiriam para tornar a vida de seus usuários menos sofridas e mais saudáveis. Dos seus críticos é de que não se trata de uma simples transformação, mas um anestesiamento e aquietamento da mente diante das injustiças e violações sofridas no cotidiano. Antidepressivos, tratariam, nesse caso, de fazer os sujeitos ignorarem sua dor, ao invés de enfrentá-la e aos agentes causadores dela.

A oferta das “pílulas mágicas” vem em consonância com a demanda de cura típica de nossa atualidade, ou seja, as individualidades que desaprenderam a sofrer necessitam destas fórmulas normalizadoras dos humores. O mal-estar compreendido desta maneira deve ser instantaneamente medicado, como se faz com uma dor qualquer no corpo (BIRMAN, 2006; ROUDINESCO, 2000).

Nesse contexto, a primeira opção de todos os entrevistados para lidar com a depressão foi procurar por legitimados especialistas no sofrimento psíquico, ou seja, psiquiatras e psicoterapeutas. No entanto, o contato com esses profissionais não garantiu o alívio desejado e até intensificou o sofrimento, em alguns casos.

O fato de as terapias psi serem as primeiras procuradas mostram sua legitimidade social como medicina do psíquico. No entanto, comumente elas frustraram as expectativas de alívio do sofrimento e se tornaram uma ferramenta para suportar viver e conseguir realizar suas atividades cotidianas. Nesse sentido, podemos avaliá-las como práticas de melhoramento de si com vistas a conseguir desempenho, tratadas por Le Breton (2003),

Assim, a solução apontada é a de adotar hipnóticos, antidepressivos e reguladores do humor como mecanismos rápidos de afastar o mal-estar e garantir desempenho social.

Mas é bom lembrar, como destacou Arley (2008) e DeGrazia (2004), que essa intervenção também é resultado de uma demanda dos sujeitos aos psiquiatras. Diante do sofrimento, os sujeitos procuravam o psiquiatra e a medicalização que trouxesse alívio dos sintomas e permitissem realizar tarefas cotidianas. Nesse sentido, há o reconhecimento da medicina de que essa necessidade de alívio é tão ou mais importante do que as causas que a motivaram. De outro lado, havia uma urgência em aliviar o sofrimento que se deparava com promessas de soluções rápidas via medicamentosa.

O diagnóstico psiquiátrico, por sua vez, era importante para dar sentido tanto ao tratamento quanto ao sofrimento. Mesmo que tenha sido afirmado que ele não se tornou uma referência para o sujeito seguir adiante, que não se prendiam a ele, ele tinha caráter explicativo para o mal-estar.

Além de servir como uma interpretação legítima de causa da depressão, o diagnóstico era validado pelos sujeitos por duas razões: a confiança no médico e eficácia da medicação. Por outro lado, o medicamento e o acolhimento foram os dois problemas centrais percebidos pelos entrevistados em relação à psiquiatria.

O acolhimento foi considerado um marcador importante para definir se o médico era confiável ou não. Bom acolhimento garantia uma maior submissão terapêutica do deprimido. Uma consulta demorada, com mais explicações sobre a enfermidade dava ao médico um caráter mais interessado no processo terapêutico e na cura, por isso, torna-o mais confiável. Mas havia muitas queixas de atendimento rápido e desinteressado, que focava na enumeração de sintomas e fornecimento de receitas para se adquirir medicação.

Com o objetivo era se livrar do sofrimento, não problematizá-lo, a medicação surgia como uma aliada importante porque “Remédio não faz pergunta”, ele “anestesia a dor” e “estabiliza durante uma crise”, compreensões encontradas entre os sujeitos dessa pesquisa.

No entanto, o remédio tinha efeitos colaterais nocivos e bastante variados. Seu alcance, para alguns, estava no fato de ele robotizar ou anestesiá-la pessoa para que ela conseguisse cumprir tarefas cotidianas, como afirmaram enfaticamente Rubi e Jade. Ele

ajuda a suportar o sofrimento mas não a criar forças ou condições de romper com as causas dele.

Uma observação importante de Roudinesco (2000) é de que a psicofarmacologia, desse modo, acabou por encerrar o sujeito em uma nova alienação, intervindo para curá-lo da própria essência da condição humana, que é sentir. Provocavam uma “calmaria violenta” adormecendo pensamentos e afetos, negando aos sujeitos medicalizados a possibilidade de conhecer e enfrentar a si mesmo.

Pelas narrativas observa-se que uma baixa dosagem de remédio ajudava a aguentar, mas não melhorava. A dosagem elevada fazia com que o tratamento provocasse um mal-estar tão intenso quanto a doença. Os depoimentos evidenciaram que a estratégia dos psiquiatras consistia em aumentar a dosagem até o máximo possível e, se ela ainda se mostrasse incapaz de resolver a aflição, trocar de medicamento. Se permanecesse o problema, poderia mudar o diagnóstico e os medicamentos novamente. Isso é possível porque, como foi tratado no capítulo 1, as fronteiras entre os diagnósticos são tênues e eles eram confirmados pela eficácia medicamentosa.

Mas outro aspecto que precisa ser ressaltado e que já foi destacado por exemplo, por Tavares e Hashimoto (2010) e Arley (2014) é que recorrer aos psicofármacos como medida rápida de apaziguamento e controle afetivo não é resultado de uma imposição médica mais do que de uma demanda dos próprios sujeitos que procuram a psiquiatria. Se falar dói e o mal-estar torna a vida insustentável, a psiquiatria com seus anestésicos das emoções e controle de si surgiram como a melhor opção disponível naquele momento.

Sendo assim, os psicofármacos vão além de robotizar o indivíduo, anestesiando seus afetos, ou de capacitá-lo para que consiga desempenho, demonstrar performance. Eles servem também para controlar os impulsos agressivos contra os outros e contra si em momentos de intenso sofrimento, agitação, nervosismo.

Conforme a compreensão dos próprios depoentes, os deprimidos eram sujeitos que precisavam de controle, especialmente em momentos de crise.

A crise representa perda de controle de si, maior irritabilidade e tristeza, surgimento de sintomas fisiológicos. Havia o receio de que a crise levasse à loucura. Ela indicava o

momento de pedir ajuda, de ficar alerta para que a depressão não se agravasse demais. Importa salientar que a crise é sempre um momento decisivo, marcante.

Entre os gatilhos de novas crises estavam novas rejeições, como nos casos de Berilo, Esmeralda, Rubi e Cristal; culpa, luto e perdas, nos casos de Jade, Ametista e Olivina; problemas no trabalho e desemprego, como Citrino e Rubi; adoecimento, como Olivina e Jaspe.

Momentos vividos que relembassem traumas, violências, sofrimentos do passado também poderiam ativar uma crise, como maternidade, violência, rejeição. Quando havia um reconhecimento de que se estava perdendo o controle de si, de que o sofrimento estava insuportável e de que uma medida forte precisava ser adotada. A crise não é indicador de intervenção sutil, como ficou evidente nas narrativas de Ametista, Berilo, Citrino, Jade, Rubi, Olivina, Cristal e Esmeralda.

8.1.1 Terapias holísticas – equilíbrio energético e transformação de si

Como expresso nas narrativas dos itinerários terapêuticos, a ineficácia de um tratamento também poderia gerar uma crise e indicar o momento de ir em busca de novos recursos.

Foi durante crises que surgiram tentativas de suicídio, submissão irrestrita à ordem psiquiátrica, até então questionada, como nos casos de Ametista, Berilo e Cristal. Mas ela deu origem também à peregrinação por espaços e intervenções completamente novas, até então desconhecidas, como ocorreu com Ágata, Jade, Rubi, Esmeralda, Olivina, Jaspe e Citrino.

Contudo, é importante atentar que havia dois tipos de crise. A primeira, relativa ao mal-estar. Quando ele se tornava insuportável. A segunda, quando se reconhecia uma falha dos mecanismos utilizados até então para se alcançar alívio. Aqui, referia-se a uma crise da trajetória terapêutica, que deveria ser repensada. A partir desse ponto, terapias precisavam ser retiradas ou reformuladas e novas deveriam ser inseridas. Por exemplo, quando se questionou a medicação, surgiram diferentes respostas: mudaram a dosagem, o

médico, o diagnóstico, a terapêutica. Em momentos de crise com a medicação, alguns abandonaram definitivamente a psiquiatria, como Jade, Cristal e Esmeralda. No entanto, essa ruptura não se deu bruscamente, mas somente quando surgiram novas abordagens que se mostraram capazes de dar respostas satisfatórias para o mal-estar.

O sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma de depressão. Atingido no corpo e na alma por essa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca de identidade e o culto de si mesmo, o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo. Por isso, passa da psicanálise para a psicofarmacologia e da psicoterapia para a homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade (ROUDINESCO, 2000, p. 13).

A crise pode ser definida, sobretudo, como o momento crucial de reconhecimento de que não eram mais capazes de dar respostas sozinhos ou de que as medidas tomadas até o momento precisavam ser repensadas, pois já não são suficientes. A crise era um momento de redefinição da trajetória pessoal e terapêutica. Situação em que a aflição era tão intensa que se torna reveladora, como definiu Maluf (2005).

Maluf (2005) atentou para como, desde a construção do diagnóstico, as terapias procuravam produzir um perfil do indivíduo, em que eram apresentados elementos que serviam inclusive para o autoconhecimento do paciente. As imagens determinadas nos processos terapêuticos passavam a ser empregadas pelo paciente. Mais que uma decodificação gramatical, a análise das narrativas leva em conta seus “conteúdos semânticos” e seu contexto cultural. Diferentes elementos eram utilizados em uma consulta ou em um ritual e eles funcionavam como mitos coletivos na medida em que remetiam a associações e a significados. Durante o trabalho terapêutico, a história pessoal e o modo como cada indivíduo a interpretava determinavam os sentidos dados a essas imagens resgatadas ou produzidas nas terapias.

Em suas pesquisas, Maluf (2005) observou como o envolvimento com as práticas terapêuticas poderia transformar vários aspectos do indivíduo, como a linguagem utilizada para se referir às aflições e às possibilidades de cura. Muitas vezes, os sujeitos adotavam o vocabulário da especialidade ou do grupo que passou a frequentar nas terapias. Do mesmo modo, as interpretações em relação aos motivos que geraram a aflição podem ser influenciadas e transformadas pelo processo terapêutico. Novos questionamentos sobre

suas atividades, alimentação, a forma como lida com os sentimentos, trabalho, vida familiar e social são trazidas à tona na tentativa de uma explicação.

Portanto, no trabalho de compreensão dos itinerários terapêuticos, deve-se recordar que há um tipo de conteúdo e de sentido trocado ou negociado, uma linguagem ou sistema comunicativo sendo empregado e o papel do paciente e do terapeuta na interpretação.

No caso do campo terapêutico alternativo, no entanto, mesmo se um mal-estar ou uma perturbação for identificado(a) como origem de uma experiência terapêutico-espiritual, é sobre esta última que estão centradas as narrativas. A experiência mórbida e de sofrimento é incorporada aos itinerários terapêutico-espirituais — o objeto do trabalho terapêutico e o percurso pessoal constituem dimensões estreitamente ligadas da experiência. De qualquer modo, toda narrativa sobre itinerários terapêuticos e espirituais começa por um mal-estar, uma crise, um sofrimento descritos tanto como uma sensação difusa e indeterminada, como provocados por um acontecimento preciso e pontual. As noções utilizadas para descrever a perturbação variam: crise, mal-estar, ausência de referências, desequilíbrio, intoxicação, desordem, depressão ou doenças. Nas narrativas sobre as primeiras experiências, essas concepções do mal-estar são enriquecidas pela descrição do processo de cura: “pôr pra fora”, “reequilibrar”, “centrar-se”, “vencer os obstáculos”, “desintoxicar” ou “fazer circular (a energia)”. (MALUF, 2005, p. 517).

A enfermidade, como momento de crise, provoca uma ruptura com a trajetória biográfica. No entanto, essa ruptura biográfica não poderia ser compreendida necessariamente negativa. Para algumas medicinas alternativas e complementares a doença está relacionada a uma “autodescoberta” e oferece a possibilidade de renovação e mudança. Ela também levaria o sujeito a tomar iniciativas na sua vida que permitiram a ele uma consciência de si. O cuidado de si leva a reconstrução de si e de sua trajetória. Uma doença duradoura leva a “uma fundamental reconsideração da biografia da pessoa e de seu conceito de si”. Devido a seu conceito de “ruptura biográfica”, a ênfase se deslocou na direção da dimensão temporal da experiência da doença e do trabalho “reflexivo” realizado pelos pacientes que buscam, nem sempre com sucesso, recuperar o controle de suas vidas (BURY, 1982; MALUF, 1995, 2007).

Nesse sentido, é preciso observar que nas terapias holísticas o sujeito em tratamento era apresentado a um novo conjunto de explicações sobre o corpo, o universo, o bem-estar. O terapeuta holístico fornecia uma nova gama de conhecimentos sobre atitudes mentais, corporais e sociais que contribuía para a manutenção do equilíbrio energético e da saúde.

Luz (2005) argumenta que a ascensão das terapias alternativas e complementares desde os anos 80, com seus novos paradigmas e práticas, se deveu a diversos fatores, entre

eles, a busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos e na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência em termos da relação com o médico e com medicamentos.

Elas reconheciam que a doença era resultado de aspectos prejudiciais de sua vida e, de alguma forma, as terapias holísticas conseguiriam dar aos sujeitos o fortalecimento necessário para efetuar transformações desejadas há anos na sua vida. Esse é o aspecto central da eficácia das terapias.

Foram vários os aspectos apontados como mecanismos fornecidos pelas terapias holísticas que contribuíram para o tratamento: promoviam uma capacidade reflexiva sobre os acontecimentos vitais; agiam no energético, ajudando a promover e manter o equilíbrio energético e, por meio dele, o bem-estar físico e psíquico; fornecia ao sujeito uma noção de que eram mais do que corpo físico e mente e, assim, puderam se ver como seres energéticos e espirituais, ligados aos outros e ao mundo como um todo.

Ademais, as terapias teriam promovido uma maior autonomia do sujeito no processo de cura e promoção do bem-estar. O terapeuta pode ser somente um canal, como o reikiano. Ele ensina métodos para as pessoas autoaplicarem a técnica e aliviar o mal-estar imediato sem a necessidade dele.

Surge um novo conjunto de interpretações, conceitos, concepções de vida, corpo, saúde. Nasce junto com ele um novo vocabulário que introduzia dicotomias importantes como dentro/fora, negativo/positivo, equilíbrio/desequilíbrio, sutil/brusco. Ao invés de discutir normalidade e anormalidade, patologia e saúde, nas terapias holísticas os termos centrais são equilíbrio e desequilíbrio, sobretudo energético (SIVIERO E LORENZETTO, 2004)

Era preciso estar aberto, abrir a mente e os chackras. Se a terapia não demonstrou eficácia foi porque o terapeuta não estava pronto ou aberto para seus efeitos, não por um problema com o terapeuta ou a ferramenta.

Berilo, Olivina, Rubi, Ametista, procuraram efeitos práticos, não fizeram das terapias um caminho espiritual ou de autotransformação. Jade, Cristal, Esmeralda, em menor medida, Jaspe, Água e Citrino afirmaram ter encontrado nas terapias holísticas um

meio de mudar de consciência, transformação do eu para um sujeito melhor, mais espiritualizado, positivo, que ajudava aos outros, via a vida de uma forma melhor. Estes rejeitavam medicamentos e psicoterapia pois encontraram no novo caminho holístico-esotérico ferramentas que promoveram seu bem-estar.

Foi preciso ainda adotar uma nova racionalidade. Bem-estar estava relacionado com uma eficácia da terapia e de um novo modo de agir, não se menciona muito leituras, explicações, que desembocam na nova linguagem, interpretação.

Conforme explicou Martins (2012), nas medicinas alternativas, energia constitui um significante que circula tanto no registro das práticas objetivas relacionando curador e paciente. A metáfora energética facilitou compreender que curador e paciente eram identificados como aspectos de um mesmo homem total em busca de harmonização com o cosmo de que faz parte.

Manter a energia positiva envolvia criar uma nova relação com a dor, consigo, com a saúde e com os outros. O equilíbrio energético poderia ser mantido pelos atos de perdoar os outros, a si mesmo, reconhecer e evitar pensamentos, pessoas e sentimentos negativos, cuidar da saúde, alimentar-se melhor, olhar pra dentro de si.

Portanto, a ideia de energia trazia junto uma nova ética de lidar com o outro e consigo. Envolvia ser mais amoroso, tolerante, se doar, fazer o bem. E ainda ser gratificado por isso, pois o que faz pelo outro retorna pra si mesmo.

ITINERÁRIO			
DECISÃO DE SE TRATAR / RECONHECIMENTO DE QUE PRECISAVA DE AJUDA	DEIXAR-SE AFETAR PELA TERAPIA	ENCONTRAR A SI MESMO E TRANSFORMAR SUA VIDA	
Ágata	<p>Nas terapias eu procurava a cura mas não era "O" diagnóstico, assim. Era a cura pro meu bem-estar. Era a cura, porque eu não estava me sentindo bem. Eu sentia isso, né? A doença no meu corpo. Então eu procurava a cura pra doença, sabe? Não para o título que deram pra essa doença, sabe? Mas para o que eu sentia mesmo. (Ágata, 31 anos)</p>	<p>Eles me ensinaram que eu tenho que desconfiar muito da minha mente e que eu tenho que perceber que nada que é externo é importante. Que a única coisa que é importante é o amor próprio, e que isso quer dizer que não é que você é egoísta, mas que se você é realmente capaz de se amar (...) O amor incondicional. Quando você se ama, você é incapaz de fazer algo ruim contra você. Você é incapaz de pegar um rancor e ficar rancoroso, porque você não quer fazer isso. Quando você se ama você não quer fazer mal pra você, entendeu? Você não quer fumar um cigarro porque ele faz mal pra você, sabe? Você não vai fazer nada que te destrua, então, você não vai fazer nada pra destruir o outro também.</p>	<p>Eles vieram como ferramentas pra me conhecer porque eu estava nessa luta pra saber quem eu era, né? De repente eu estava vivendo numa situação de que eu não sabia realmente quem eu era. Eu tinha perdido o controle total da minha vida. Então, pra eu tentar me encontrar, eu fui encontrando os recursos. (Ágata, 31 anos)</p>
Berilo	<p>Aí eu resolvi a procurar uma ajuda psicológica e começar a fazer terapia com a psicóloga... e eu expus toda a situação pra ela e comecei a falar. (Berilo, 24 anos)</p>	<p>Quando eu faço Reiki eu tenho uma noite de sono muito boa, muito boa mesmo. Eu tento pensar mais no processo quando acontece alguma coisa. Continuo lendo atitude de refletir em relação às coisas, mas acho que essa minha atitude está mais associada ao Reiki, você tem mais reflexão sobre as coisas que vão acontecendo com você. (Berilo, 24 anos)</p>	<p>E eu fui fazendo reiki duas vezes por semana, eu fui me sentindo melhor. Hoje faço uma vez na semana. Tenho uma sensação de tristeza constante, mas ela é constante, não chega a ter crises, não chega a me gerar um sofrimento. Consegui acordar cedo, dormir na hora, atividades é um prazer agora. (Berilo, 24 anos)</p>
Ametista	<p>Eu sou uma pessoa... eu não consigo saber? Eu chego num momento, num ponto que eu tenho que continuar e eu não dou conta de continuar mais, eu travo, eu paro. (Ametista, 32 anos).</p>	<p>Então, o Reiki é isso, dessa questão de ir de fazer o tratamento, é muito bom, às vezes você faz se você tiver aberto você sente que você melhorou, se você não tiver aberto você não sente coisa nenhuma. Às vezes é com uma sessão. Mas é igual eu tava falando, eu entrei na questão da espiritualidade pra explicar o que que acontece pra você entender como que as pessoas conseguem sentir a melhora. Porque tinha algo que tava incomodando ela, tava deixando... tirando energia ou sei lá o que, então, na hora que aplica e que isso é recolhido ou que esses corpos são alinhados e tem uma infinidade de coisas, você consegue melhorar. Você concorda que aquilo ali melhora. É... por exemplo, hoje eu to ansiosa com alguma coisa, aí eu aplico no meu cardíaco, eu mesmo, eu consigo aliviar essa angústia (Ametista, 32 anos).</p>	<p>Eu gosto da terapia porque você realmente consegue fazer esse processo de entrar em contato com você. Você vai lá e põe a mão lá na ferida, sabe. Parece que isso te ajuda, esse auxílio. O remédio é assim, ele te estabiliza. Então, assim, você tá triste demais ele consegue fazer você ficar bem. Se você tá nervosa demais, então, ele te estabiliza. Mas ele não te proporciona essa autoconsciência, sabe.</p>
Citrino	<p>Com certeza isso foi me adoecendo, foi me causando, assim, muita tristeza. Solução, eu não enxergava uma luz no fim do túnel, né, digamos assim. Não enxergava nada e eu só via, assim, o caos total. Eu falei: "Pronto, agora eu tenho que dar um jeito nessa situação." (Citrino, 49 anos)</p>	<p>Então, para a meditação, né, que vem pra fazer a gente olhar pra gente e perceber todas essas questões que antes a gente não dava importância. A gente não aprende, no mundo em que vivemos, a gente dá importância pro futebol, pra cerveja com o churrasco, pras coisas daqui e dali, né, e não tá nem aí pra gente. Tudo é importante. Ir no shopping, né, fazer compras, carro e não sei o que... Isso é importante pro mundo. Mais o que a gente tem. A gente esquece da gente. Aprendi muito com o yoga nesse sentido né. Evidentemente que, aliado a isso, fiz muita leitura né, de autoajuda, leituras assim que ajuda muito a gente a estar voltando pra gente mesmo. (...) A</p>	<p>Muito dolorido. Muito difícil. Mas se não fosse a depressão que eu tive, hoje talvez eu não poderia estar aqui hoje falando alguma coisa nesse sentido, e falando algo de alguém que tem, graças a Deus, graças a busca, à luta que eu travei comigo mesmo, né, de buscar uma solução, de buscar uma saída pra essas questões tão difíceis que é enfrentar uma depressão. Não é fácil, né. É uma coisa terrível, mas é gratificante até posso dizer. Por isso às vezes eu agradeço. É gratificante quando a gente consegue superar essa situação e aí você supera e você fica muito bem, porque você aprende a encontrar com você mesmo. (Citrino, 49 anos)</p>

	começava mais ou menos um mês antes do meu aniversário e às vezes eu ficava o resto do ano todo depressiva assim, triste e entristecendo até que eu não dava conta de lidar e aí voltava a procurar ajuda. (...) Eu fui em um psiquiatra, sai desse psiquiatra, fui em outro psiquiatra, sai desse psiquiatra, eu não, não concordava muito com as posturas deles, mas continuava porque eu não dava conta sozinha. (Jade, 30 anos)	das terapias, foi espiritualidade porque parece que tudo fez sentido. Assim, eu tenho a impressão de que tudo fez sentido. Essa questão de, de acreditar que é... que você não é vítima das coisas que te acontecem na vida, e que você realmente é capaz de mudar a sua realidade e ter uma percepção que você, que o que você pensa e a forma como você pensa e como você age na vida e com as outras pessoas atrai aquilo que vem de volta pra você. Quando eu percebi que isso me tocou e me mexeu muito, fez uma mudança tão significativa na minha vida que passou a ser o meu objetivo de vida. (...)	a minha postura diante da vida, não é algo que eu fiz como passageiro, só pra curar, é algo que mudou a minha vida tão profundamente que o meu jeito de ser mudou. Eu sou outra pessoa hoje, me considero mais madura, mais sensível e feliz, me considero feliz e isso é a mudança que foi significativa pra mim. Mudou minha visão de vida, minha postura, minha atitude perante a vida, minha atitude e meus pensamentos comigo mesma, me mudou como pessoa, eu acho que essa, isso pra mim é o mais importante assim, me fez ser uma pessoa melhor e querer me tornar uma pessoa melhor a cada dia que passa. (Jade, 30 anos)
Jaspe	Primeiro parecia preguiça, né? Primeiro, Tu falas que é preguiça, que cê não quer levantar mais, não queria passear. Então, meus filhos ficavam comigo, mas era sempre mais ali, quietinhos. E alguns amigos falavam: "Ah, cê tá com depressão". Eu bem no meu normal. Não, pra mim eu não tinha saído da minha rotina. E aí, a enfermeira que acompanha a gente, eu tava na minha rotina, eu sabia o que estava fazendo, e aí ela falou: Não, cê tá com quadro depressivo... vamos ligar para uma psicóloga. (Jaspe, 33 anos)	Ah, eu tinha consciência que eu podia sair disso, porque eu consegui perceber muito rápido que era eu quem estava fazendo isso comigo. Ter uma doença autoimune, e isso foi uma característica, é uma questão da depressão em si. Mas o controle da doença dependia de mim. (Jaspe, 33 anos)	Eu falo que virei homem aqui dentro, com as terapias. As terapias fazem você olhar pra si mesmo, tirar coisas do lugar, coisas que você escondia, que não dava atenção, que você punha em algum armário e guardava ainda suja e estragada. Elas fazem você abrir o armário e dar uma faxina. Se eu tivesse ido a um psiquiatra eu tenho certeza que ele teria me passado vários remédios. Mas eu, me enxergando, entendi que eu podia me ajudar sozinho. Eu tinha o poder de me reerguer, me curar. (Jaspe, 33 anos)
Rubi	O psiquiatra entrou na minha vida assim, porque os médicos me diagnosticavam que eu não tinha nada e que eu precisava buscar uma ajuda pra poder mudar isso (Rubi, 29 anos)	Vantagens do reiki, você tem que ser espiritualista pra conseguir entender. Você tem que se abrir à parte energética. Tem que aceitar toda a questão de corpos sutis, de corpos emocionais, sabe? Você... Acreditar,	Que é a questão de eu procurar a parte holística, sabe? De procurar um psicólogo e ir se firmar num psicólogo e ele ir me ajudando a melhorar aos poucos, a ir mudando as coisas que eu devo fazer, que eu quero fazer, ter ânimo, vontade de
		revolução acontece primeiro dentro da gente e se estende para o mundo. E é isso que eu aprendi, né. (Citrino, 49 anos)	
Cristal	Agora, voltando à vida adulta, trabalhando, entrei em depressão, faltava muito, aí eu falei: "Não quero psicólogo não. Pra dormir de novo? Não quero não". (...) Aí eu fui num psiquiatra. (Cristal, 28 anos)	O reiki me fazia sentir verdadeira. Parece que eu me reconectava. Falava assim: "Nossa, essa é a verdadeira Cristal". Que eu me tornava mais doce, mais tranquila, eu sentia que as minhas células voltavam a funcionar. Eu sentia como assim: Minha alma voltava pro meu corpo. Eu falei assim: "Nossa, essa sou eu." (Cristal, 28 anos)	Disse que quanto mais coisas boas eu fizer, mais próximo de quem eu amo eu vou estar. Não é uma moeda de troca, porque ao fazer o bem eu me sinto tão bem, tão bem, que eu esqueço os meus problemas pessoais e me reconecto com o Pai. A melhor coisa que tem é você sentir o seu chackra cardíaco abrindo e você se ligando com o universo. Você se torna, você se torna puro amor, puro sentimento. Você se torna um com o tudo. E aí você pensa: "Pra que depressão? Pra que dinheiro? Pra que roupa? Pra que gastar com problema? Não, vou seguir minha vida, feliz da vida. Pronto. Acabou". Isso que eu busco com o reiki, com essas terapias, estando aqui e me ligando às pessoas (Cristal, 28 anos).
Esmeralda	Por causa da depressão eu tinha também muitas dores no corpo. Eu vivia triste, angustiada, pensando "pra que viver desse jeito?" (Esmeralda, 47 anos)	Os terapeutas holísticos também conversam muito com a gente, ajudam a gente a entender muita coisa, a se olhar, se ver, se ajudar. (Esmeralda, 47 anos)	Eu comecei com o Floral, ele me ajudou a me encontrar, a entender que havia uma Esmeralda que era médium e precisava lidar com a mediunidade e a Esmeralda pessoa, casada, mãe, dona de casa, que tinha uma vida pra viver e, por isso, precisava administrar sua vida, reequilibrar-se. A partir dos florais eu comecei a dar mais atenção para meu filho e o meu casamento. O floral ajuda a gente a entrar em contato com a gente mesmo. (Esmeralda, 47 anos)
Jade	Assim, era cíclico, tinha as fases da vida ou períodos do ano, por exemplo, perto da data do meu aniversário, eu entrava em depressão. Vinha a tristeza,	Eu fiquei um tempo só com floral e cromopuntura e isso me fez bem. Mas o que de fato foi muito significativo e relevante pra lidar com a depressão foi espiritualidade, além	A depressão eu não tenho mais e trabalho todos os dias pra me manter saudável, é um hábito que com o tempo faz parte da sua vida e você nem percebe, não faz nenhum esforço pra ter. Porque eu mudei

	começava mais ou menos um mês antes do meu aniversário e às vezes eu ficava o resto do ano todo depressiva assim, triste e entristecendo até que eu não dava conta de lidar e aí voltava a procurar ajuda. (...) Eu fui em um psiquiatra, sai desse psiquiatra, fui em outro psiquiatra, sai desse psiquiatra, eu não, não concordava muito com as posturas deles, mas continuava porque eu não dava conta sozinha. (Jade, 30 anos)	das terapias, foi espiritualidade porque parece que tudo fez sentido. Assim, eu tenho a impressão de que tudo fez sentido. Essa questão de, de acreditar que é... que você não é vítima das coisas que te acontecem na vida, e que você realmente é capaz de mudar a sua realidade e ter uma percepção que você, que o que você pensa e a forma como você pensa e como você age na vida e com as outras pessoas atrai aquilo que vem de volta pra você. Quando eu percebi que isso me tocou e me mexeu muito, fez uma mudança tão significativa na minha vida que passou a ser o meu objetivo de vida. (...)	a minha postura diante da vida, não é algo que eu fiz como passageiro, só pra curar, é algo que mudou a minha vida tão profundamente que o meu jeito de ser mudou. Eu sou outra pessoa hoje, me considero mais madura, mais sensível e feliz, me considero feliz e isso é a mudança que foi significativa pra mim. Mudou minha visão de vida, minha postura, minha atitude perante a vida, minha atitude e meus pensamentos comigo mesma, me mudou como pessoa, eu acho que essa, isso pra mim é o mais importante assim, me fez ser uma pessoa melhor e querer me tornar uma pessoa melhor a cada dia que passa. (Jade, 30 anos)
Jaspe	Primeiro parecia preguiça, né? Primeiro, Tu falas que é preguiça, que você não quer levantar mais, não queria passear. Então, meus filhos ficavam comigo, mas era sempre mais ali, quietinhos. E alguns amigos falavam: "Ah, você tá com depressão". Eu bem no meu normal. Não, pra mim eu não tinha saído da minha rotina. E aí, a enfermeira que acompanha a gente, eu tava na minha rotina, eu sabia o que estava fazendo, e aí ela falou: Não, você tá com quadro depressivo... vamos ligar para uma psicóloga. (Jaspe, 33 anos)	Ah, eu tinha consciência que eu podia sair disso, porque eu consegui perceber muito rápido que era eu quem estava fazendo isso comigo. Ter uma doença autoimune, e isso foi uma característica, é uma questão da depressão em si. Mas o controle da dependência de mim. (Jaspe, 33 anos)	Eu falo que virei homem aqui dentro, com as terapias. As terapias fazem você olhar pra si mesmo, tirar coisas do lugar, coisas que você escondia, que não dava atenção, que você punha em algum armário e guardava ainda suja e estragada. Elas fazem você abrir o armário e dar uma faxina. Se eu tivesse ido a um psiquiatra eu tenho certeza que ele teria me passado vários remédios. Mas eu, me enxergando, entendi que eu podia me ajudar sozinha. Eu tinha o poder de me reerguer, me curar. (Jaspe, 33 anos)
Rubi	O psiquiatra entrou na minha vida assim, porque os médicos me diagnosticavam que eu não tinha nada e que eu precisava buscar uma ajuda pra poder mudar isso (Rubi, 29 anos)	Vantagens do reiki, você tem que ser espiritualista pra conseguir entender. Você tem que se abrir à parte energética. Tem que aceitar toda a questão de corpos sutis, de corpos emocionais, sabe? Você... Acreditar,	Que é a questão de eu procurar a parte holística, sabe? De procurar um psicólogo e ir se firmar num psicólogo e ele ir me ajudando a melhorar aos poucos, a ir mudando as coisas que eu devo fazer, que eu quero fazer, ter ânimo, vontade de
		conhecer e compreender que isso tudo existe sendo que na verdade você não vê com seus olhos, né? Então você ser espiritualista já te ajuda um pouco nisso. E saber que você está lidando com essa parte um pouco mais invisível, mais sutil, e que ele está te auxiliando aos poucos. (Rubi, 29 anos)	viver, sabe? (Rubi, 29 anos)
Olivina	De vez em quando dava aquela baqueada, eu procurava sempre alguma ajuda. Às vezes, ia no psiquiatra, às vezes meu infante mesmo passava algum antidepressivozinho mais tranquilo, mas eu sempre estava tomando alguma coisa pra controlar essas "quedas de humor", essa ansiedade causada pela depressão. Mas assim, eu procurei ajuda, além do tratamento médico, eu procurei todo tipo de terapia alternativa. Tudo que você pensar. (Olivina, 48 anos)	Os tratamentos alternativos eu procurava mais pra questão de relacionamentos, pras crises de choro, a questão da tristeza, né. A partir da biodança eu comecei a aceitar ter outros relacionamentos na minha vida. Depois disso eu namorei. Então, a questão das terapias, a yoga, a dança, o reiki, que trabalham a questão do toque. O reiki é um toque bem sutil, às vezes, nem chega a tocar, mas, de qualquer forma, você está ali e exposta pra outra pessoa ficar te avaliando, entrar em um contato profundo com você. A yoga, a meditação também. A biodança nem se fala. A biodança pra mim foi tudo, porque a biodança trabalha só o toque, né. A questão do carinho, do sentimento, de você aceitar o outro te tocar, o outro te beijar, o outro te acariciar. (Olivina, 48 anos)	Acho que essa coisa do holístico é muito assim: você conhece uma coisa e já vai conhecer outra. Eu acho também que é a questão da cura interior, né? Porque no holístico o tratamento é diferente, você não vai só nos sintomas, você tenta trabalhar a causa, o que tá te fazendo sentir tão triste, o que tá te fazendo sentir tão ansiosa. Acho que a gente vai se conhecendo mais, o corpo da gente, a mente. Acho que o holístico ajuda nisso, em ter mais equilíbrio entre corpo e mente. Acho que a questão de tomar consciência de você, você vai fazendo terapias holísticas, vai se sentindo, o que te faz bem o que te faz mal. (Olivina, 48 anos)

Nessas práticas alternativas, o objeto principal passa a ser o sujeito como um todo, não um corpo doente. Elas não visam apenas combater doenças, mas criar um novo tipo de sujeito que se preocupa com seu bem-estar, viva de forma saudável, crie para si um ambiente harmônico e equilibrado, gerador de saúde. Isso se dá a partir de um processo de autoconhecimento, conhecimento de seu corpo, dos mecanismos psíquico, físico, espirituais e energéticos que envolvem o bem estar e uma vida saudável. Abarca ainda um projeto de reconstrução de si e na construção da própria saúde (LUZ, 1995; MALUF, 2007).

Nasce uma nova ética para lidar consigo e com os outros. Conseguir construir explicações para ser como é, aceitar-se e perdoar-se. Necessidade de novas narrativas sobre si, sua história, sofrimentos, limitações. É preciso aceitar o sofrimento e vulnerabilidade, mas sem se entregar, se fragilizar. Necessidade de sair da posição de vítima da vida, dos outros.

O mal-estar físico e psíquico estavam geralmente imbricados. A tensão, medo, tristeza constantes geravam dores no corpo e insônia. Nenhum dos aspectos poderia ser negligenciado nas terapias pois eram vistos como ineficazes se não alterados. Conseguir dormir bem e não sentir dor era um forte indicio de que a terapia surtia efeito.

As ações necessárias para manter boas energias estavam relacionadas com medidas para evitar o sofrimento e, caso não fosse possível, não fazer dele um aspecto central ou insuperável. As terapias holísticas permitiram uma passagem intensa e, às vezes quase definitiva, da regulação para a autorregulação emocional. A partir da nova perspectiva energética, o sujeito assumia uma quantidade razoável de tarefas e um olhar treinado para enxergar sinais que poderiam levar ao mal-estar. Tinha agora novos conhecimentos e ferramentas para interpretar suas reações afetivas aos acontecimentos e o modo como deveria agir sobre elas para torná-las mais adequadas e suportáveis.

Portanto, as autobiografias relatam trajetórias terapêuticas que trouxeram resultados mais duradouros e positivos quando se articulam em torno de uma mudança pessoal.

8.2 Eliminar o sofrimento e transformar a si mesmo

Os diferentes campos de estudos que têm procurado compreender a depressão produziram entendimentos sobre ela díspares, mas não excludentes.

Ainda que a neuropsiquiatria esteja fortemente centrada na bioquímica cerebral para explicar a fisiopatologia da depressão, sua contribuição para fazer o sujeito suportar no momento de grande fragilidade foi evidenciada. Como destacou Martins et. al. (2007), o psiquiatra ajuda o sujeito a aguentar o sofrimento diante de sua impotência em alterar as condições que o causou.

Mesmo que assumíssemos que toda a capacidade dos psicotrópicos fosse de anestesiar ou abrandar o sofrimento, é preciso reconhecer que há momentos em que a vida é insuportável demais para esperarmos que todos escolham passar por eles sem qualquer anestesia. Isso também seria uma exigência moral dura. Portanto, o problema da psiquiatrização não está em oferecer psicofármacos, mas em apresentá-los como fonte de solução, adotando uma visão reducionista da depressão como efeito de desregulação de neurotransmissores. O problema da psiquiatria está no reducionismo biológico e no excesso de medicalização.

Se atentarmos para os depoimentos aqui coletados, perceberemos que a psiquiatria e seus medicamentos foram capazes de promover um apaziguamento e estabilidade desejadas pelos sujeitos que fizeram uso deles e em um momento em que não estavam adquirindo isso de outra via.

Sobre a psicoterapia, ainda que para boa parte dos sujeitos aqui entrevistados ela tenha se mostrado ineficaz ou de eficácia muito limitada, a possibilidade de romper com o silenciamento e contar com um auxílio profissional para interpretar suas angústias foi mostrado como importante.

Segundo narrado, as terapias holísticas surgiram nas vidas de sujeitos profundamente marcados por histórias de sofrimento. Elas foram capazes de fornecer mecanismos para promover uma nova interpretação de suas histórias, das razões de seu sofrimento, ofereceram tipos de tratamento que envolviam acolhimento, sutileza e mecanismos de ação que tinham efeitos rápidos e satisfatórios. Elas ofereceram ainda a oportunidade de aprender a manipular as ferramentas de que dispunham para seus tratamentos. Ademais, seu conhecimento não era hierárquico ou inacessível.

Mais do que isso, os terapeutas holísticos foram apresentados como sujeitos mais capazes de lidar com a alteridade.

PSIQUIATRIA		PSICOLOGIA		TERAPIAS HOLISTICAS	
PROS	CONTRAS	PROS	CONTRAS	PROS	CONTRAS
Age rápido na crise	Efeitos colaterais ruins	Falar	Ajuda, mas não resolve. Às vezes falar dói.	Age no energético	Demora mais ou menos
Não pergunta muito	Deixa dopada	Ajudam a perceber e entender coisas que não conseguem sozinhos	Não se posiciona (esperavam posicionamento, defesa ou solução vinda do psicólogo)	Promove autoconhecimento e conscientização	Não resolve na crise
Estabiliza	Não há acolhimento, apenas atendimento		Não responde	Age em diversos campos – chakras, kundaline, meridianos, corpos	Precisa desejar, acredita, estar aberto para produzir efeitos
Ajuda a equilibrar (necessidade de controle de si)	Só trata sintomas		Previsível	Age na causa, não apenas nos sintomas	Resistencia
	Resistência (de dois tipos: não gostar de remédios e não fazer e feito em baixas doses)		Custos	Alivia sintomas sem efeitos colaterais	Custos
	Custos			Acolhimento é bom	
				Mantém o equilíbrio	
				Othar pra dentro	
				Permite e estimula o autocuidado	
				Ajudar o outro – retorna pra si mesmo	

Importante notar que, apesar de estar a procura de alívio, os sujeitos mantiveram o tempo todo uma postura crítica em relação às abordagens disponíveis. Havia um nível de controle do que seria admitido ou não no seu caminho terapêutico. Não se aceitava muitos efeitos colaterais, dores no estômago, ficar dopada, não ver efeitos. Também era inaceitável um acolhimento muito frio e atendimento muito rápido. Dor não era bem vinda, seja provocada por medicamentos que agredem o estômago ou pelas esferas utilizadas na auriculoterapia.

Contudo, acredito que o grande avanço das terapias holísticas se referem a relação com o tempo. Elas permitiam fazer as pazes com o seu passado e vislumbrar um futuro menos sofrível.

Claro que não fizeram isso sozinha, haja vista que geralmente foram acompanhadas de uma adesão religiosa ou espiritual, da leitura de auto-ajuda e de psicoterapia. Seja o espiritismo, Daime, Osho, Sulfi ou um caminho espiritual que não incluía adesão religiosa, todos os sujeitos abraçaram a espiritualidade ou religiosidade e fizeram delas também um fortalecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse trabalho, mostra-se coerente pensar a depressão como uma relação dolorosa e conflitante que o sujeito estabelece com a própria história, com sua biografia. Não só o cansaço de agir para produzir a si mesmo, mas fazê-lo com todo o fardo de tudo que outros já te fizeram, que você já fez a si e por si mesmo.

Condições estruturantes como de gênero, raça/etnia, classe foram importantes na composição de que tipos de violações, barreiras e opressões iria enfrentar. Pobreza, racismo, estupro, homofobia, abandono, violência são reveladores de como alguns marcadores indicam vulnerabilidade de passar por determinados sofrimentos marcantes para a vida de qualquer sujeito.

Considerar a depressão como na perspectiva de sofrimento por carregar a própria história significa analisar o sofrimento para além de um trauma em particular, mas de como toda a trajetória pessoal é composta por elementos que deixam feridas psíquicas profundas. É necessário ponderar ainda que há aspectos que são de tal forma importantes na história do sujeito que se fazem definitivos na compreensão de si mesmo. As relações familiares, escolares, amorosas, profissionais e terapêuticas envolviam lidar com quem era e tudo o que teve que enfrentar toda a vida por sê-lo.

Essa concepção da depressão permite compreender melhor os momentos de crise, em que o sofrimento torna a vida insuportável. A crise traz de volta toda a memória dos sofrimentos já experimentados e não superados. Eventos que despertam a consciência de sua vulnerabilidade.

Nas narrativas dos sujeitos, a depressão era descrita como resultado de um conjunto de eventos que marcaram negativamente sua história, provocando grande sofrimento. Três aspectos centrais se destacaram nessas narrativas.

O primeiro foi a relação com o eu. Na cultura do narcisismo, o eu é o principal objeto de investimento do sujeito. Mas não apenas isso. Na depressão, o eu também é o grande alvo do desprezo, desesperança, tristeza e raiva. O deprimido é o sujeito abandonado à si mesmo, responsável por si mesmo, sem aportes, vínculos fortes e seguros que lhe garanta uma segurança. Desprezo e depreciação de si que se torna patológica. O suicídio emerge diante da incapacidade de encontrar alternativas para superar a dor.

Experimentando um sofrimento intenso, o indivíduo volta-se contra si mesmo. Precisa se aniquilar, nem que seja em um trabalho de construção de um novo eu.

Nesse sentido, a depressão não consiste apenas no esvaziamento de si ou perda de si, mas na incorporação do sofrimento na construção do eu. O eu é marcado e sujeitado no sofrimento. O sofrimento é um componente da subjetividade. O deprimido é, portanto, um sofrente.

A relação com o outro é o segundo aspecto que chama a atenção nos depoimentos. O que o outro fez ao sujeito marcou sua vida e subjetividade de forma impressionante. Nas narrativas, o outro surge como referência para a produção da subjetividade do deprimido como quem mudou dramaticamente a trajetória do eu. O outro referencial é sobretudo quem provocou um sofrimento. Rupturas, perdas, violências eram condição para o surgimento do sujeito deprimido. Segundo Birman (2003), é no momento do sofrimento que o outro se torna mais presente. O outro emerge com destaque e poder, seja como objeto de apelo ou acusação. Isso ficou evidente em cada depoimento.

Havia ainda um terceiro: a dinâmica com o tempo. O deprimido vive com um grande foco no passado, nos fatos que lhe causaram tanto sofrimento. O tempo do deprimido não é o presente. Relações são criadas para compensar as anteriores, conquistar o que não havia sido conquistado, falar o que foi silenciado, entender o que foi incompreendido. Até porque o sofrimento tem um componente intrínseco: a memória. Como visto, a depressão traz um sofrimento por carregar a própria história, repleta de rejeição, violência, medo, perdas, angústias. Outro grande sofrimento do deprimido é que ele se torna seu maior alvo de rejeição, indiferença e frustração. Ele não suporta o próprio passado, não deseja o presente e não almeja o futuro.

Kehl (2009) atentou que o tempo do deprimido é lento. Ele não vive a urgência dos outros. Essa lentidão está justamente no seu desinteresse pelo futuro. Seu foco, desejos, projetos não estão voltados para a construção de um futuro de sucesso, mas na superação do passado.

Já no que diz respeito ao processo terapêutico, foram especialmente destacados o caráter simbólico, discursivo e subjetivador das terapias, assim como o reencantamento que elas promoviam nos itinerários dos sujeitos.

Romper com o silêncio sobre seu sofrimento mostrou-se um passo importante, mas não suficiente para libertar os sujeitos da depressão. Era preciso reconstruir sua história.

Há que se ressaltar o caráter simbólico e discursivo da terapêutica na depressão. Estava evidente a necessidade de romper com o silêncio, buscar sentido para o que foi vivido, reinterpretar sua história, construir um novo eu ideal. O processo terapêutico dizia respeito tanto ao poder falar de si, reconstruir e reinterpretar sua história, recriar significados para o corpo, o eu, o sofrimento, os processos de cura.

Energia surgia como um termo simbólico e polissêmico que permitia explicar relações, vivências, reações e a saúde. Energia dizia respeito a uma força que movia, transformava, curava, unia ou distanciava pessoas. Ela era o referencial para uma série de cuidados, ações e atenções que seriam responsáveis pelo bem-estar e pela transformação do sujeito em um novo eu. Os itinerários terapêuticos mostraram que existe a possibilidade de reinterpretar sua história, de reconstruí-la, de transformar a si mesmo em alguém que se julgue melhor. Cuidar da energia era um passo central para isso.

Por fim, o caráter subjetivador das terapias. Todas contribuíram de alguma forma para conformar subjetividades, dando origem a sujeitos mais calmos e resignados, empenhados em conhecer mais a si mesmos. As terapias holísticas mostraram grande potencial nesse sentido, pois, a partir delas, emergiu a possibilidade de autotransformação, de tornar-se alguém melhor, que se doa aos outros, respeita, compreende, perdoa. Elas contribuem para a emergência de um novo eu, capaz de se dar sustentação interna, por meio de diversas ferramentas, discursos como o de equilíbrio energético, a incorporação de novas verdades sobre si, sobre o mundo e sobre sua saúde.

A energia possibilitou ainda aos sujeitos um reencantamento do processo terapêutico. A energia era esse componente invisível, mágico, colocada à disposição do sujeito como uma força transformadora e curativa, disponível para qualquer pessoa no universo. Era uma metáfora que permitia ao sujeito reconectar-se com o sagrado, circular bens de cura com os outros, receber e devolver.

Da mesma forma que as ciências psi, elas revelam uma verdade sobre o eu quando procuram nas suas histórias pessoais as “causas verdadeiras” de sua aflição. Com a

introdução da concepção de energia, as causas tornam-se múltiplas, relacionadas sobretudo ao modo de lidar com o eu, com os outros, com o divino e com a natureza.

Tendo em vista que a depressão traz consigo a recusa de ser si mesmo, a solução encontrada especialmente nas terapias holísticas foi a autotransformação, ou seja, uma nova interpretação de si e para sua história e a emergência de um novo eu.

O que vários dos depoimentos apresentados aqui mostraram foi que é possível reconstruir sua história. Os sujeitos fizeram isso fortalecidos pelos medicamentos e amparados pela psicoterapias e terapias holísticas. Contudo, não se pode negar o protagonismo destas.

Olivina e Cristal, por exemplo, puderam voltar ao passado por meio das terapias de vidas passadas para fazer as pazes com outros e com elas mesmas, perdoar a outros e a si mesmas e se libertarem da autorejeição e culpa que carregavam.

Para Citrino, compreender que o que se tem dentro de si é mais importante do que o mundo exterior com suas ideologias falhas e seu consumismo também foi importante na revisão da própria história. Ainda mais em se tratando de alguém pra quem política e sucesso profissional eram importantes.

Para Cristal, descobrir que aquela família que a rejeitava não era sua família real, mas provisória, dessa vida, nesse planeta, também foi importante. Mais ainda, foi entender que ela mesma era provisória, pois poderia tornar-se outra, melhor, mais útil, calma e com boas perspectivas de futuro.

Para Ágata e Jade, foi importante a possibilidade de tirar monstros de suas histórias, mesmo que tenham passado por situações cruéis. Conseguir sair da relação vítima e algoz deu a elas um novo fortalecimento diante da vida e puderam reconstruir suas histórias.

Não pode deixar de ser dito, que esses são exemplos de sucesso de intervenção terapêutica, sobretudo em relação as terapias holísticas. Quando se trabalha com um método com o narrativas biográficas o objetivo não é fazer generalizações. Obviamente, me deparei durante a pesquisa de campo com sujeitos que passaram pelas mais diversas terapias holísticas e não tiveram qualquer alívio para sua depressão a partir delas. Infelizmente, esses sujeitos não se mostraram em condições de dar entrevistas e contribuir

com a pesquisa. Como foi dito anteriormente, a pesquisa objetivava compreender o que os sujeitos fizeram das terapias adotadas nos seus itinerários terapêuticos e o que as terapias fizeram deles.

Aqui, vimos que psiquiatria, psicoterapia e terapias holísticas tinham diferenças, mas mantinham diversos aspectos em comum. Um deles, é que todas buscavam uma produção de sentido para a depressão, seja desequilíbrio bioquímico cerebral ou energético.

Outro aspecto em comum é que as terapias compartilhavam de uma lógica de mercado: ofereciam uma grande quantidade de produtos e serviços e, assim, movimentam muito dinheiro. Não sejamos ingênuos de pensar que essas disputas mercadológicas não existem também entre as terapias holísticas. Pode notar, por exemplo, a grande oferta de produtos e serviços, com preços dos mais variados. Além das diversas modalidades de terapia, há uma gama de cursos, medicamentos, em que o cliente precisa de um investimento financeiro alto. Esse mercado coopta clientes para as terapias, mas também para cursos fornecidos pelas escolas, faculdades, espaços holísticos. Além disso, consegue retroalimentar sua necessidade de profissionais, tornando clientes terapeutas.

Ademais, todas envolviam estabelecer uma regulação afetiva via adoção de novas técnicas de si, como ingerir remédios, promover autoconhecimento, adotar novas posturas que garantissem equilíbrio energético etc. Ainda nesse sentido, as terapias psi e holísticas estavam promoviam uma individualização terapêutica, no sentido de endereçar ao sujeito o problema e a solução. Era sobre ele que deveria recair as técnicas terapêuticas e ele precisaria estabelecer um trabalho sobre si mesmo. A individualização terapêutica faz com que volte para o sujeito a responsabilidade de uma regulação de si, via adoção de novos comportamentos, pensamentos e ingestão de medicamentos. A verificação da eficácia terapêutica esta sobretudo na capacidade de interação, trabalho, uso de exercícios e hábitos de saúde, entre outros.

Tendo em vista que todas as narrativas reconheciam o papel do outro, do social no adoecimento, cabe nos perguntar por que nenhuma delas procura contribuir para o desenvolvimento de defesas coletivas contra a depressão. Assim, as terapias holísticas

conseguiram contribuir para a transformação de si em um sujeito menos deprimido, mas ainda apaziguado.

Se grande parte do mal-estar estar psíquico vem do social, fruto de julgamentos, violências, injustiças, discriminações, ameaças, desamparo, precariedade do trabalho, entre outros, as terapias não podem fazer do social alvo de ação terapêutica? Não podemos nos esquecer de que há um conflito necessário para se produzir transformação social? Por exemplo, não se poderia sugerir a Ágata e Jade denunciarem seus estupradores para tentar obter justiça ou a Berilo um engajamento em alguma luta social de combate a homofobia?

Se a terapêutica objetiva a ação social adequada às expectativas socioculturais, ou seja, se o social é o fim, porque, afinal, ele não é incluído no processo terapêutico, a não ser como medidor de resultados?

É preciso que a sociedade e as autoridades de saúde reconheçam que bem-estar social exige medidas para garantir a diminuição de injustiças, violência, individualismo, reconhecimento e valorização da diversidade humana.

Desse ponto de vista, o social serve como referência, norma de conduta saudável. Mas, se o social é adoecedor, mais saudável não seria a transformação social, além da transformação de si? É possível pensar uma terapêutica com compromisso coletivo com a saúde, não individualizadora? Colocando em termos foucaultianos, é possível uma terapêutica que ajude a promover saúde e bem-estar sem produzir corpos dóceis?

Por fim, a marca sociológica da tese foi pensar a depressão em termos de subjetivação e sua terapêutica a partir de um processo de reconstrução de si, evidenciados nas narrativas biográficas.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Vanessa G. et. ali. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Saúde Pública**. 2005, n. 39, v. 5, p. 108-13.

DE ANDRADE, L. H.; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANGST, J. et al. Gender differences in depression. **Journal European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, Volume 252, Issue 5, pp 201-209, 2002.

AGUIAR, A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AGUIAR, Clayton et al, Drogas antidepressivas, **Acta Medica Portuguesa**. N. 24 v.1, 2011, p. 91- 98.

ALBARELLO, Luc et ali. **Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais**, Gradiva,Lisboa, 1995.

ALBUQUERQUE, Leila M. B. As invenções do corpo: modernidade e contramodernidade. **Revista de Educação Física – UNESP**, vol. 7, n.1,2001, p.33-9.

_____ Corpo civilizado, corpo reencantado: o moderno e o alternativo nas representações do corpo. **Motriz** - volume 5, número 1, junho/1999.

ALMEIDA-FILHO, N. et. ali. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Social Science Medic** 59, 2004, p.1339-53.

ALONSO FERNÁNDEZ, Francisco. **La depresión y su diagnóstico**. Barcelona, España: Labor, 1988.

ALVES, José E. D.; CAVENAGHI, Suzana M. Indicadores de Desigualdade de Gênero no Brasil. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 1, p. 83-105, 2013.

AMARAL, Marcela. Narrativas de Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal. **Dissertação de mestrado**. Programa de Pós-graduação em sociologia da Universidade de Brasília. 2006.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, 1995, n. 11, p. 491-494.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial de depressão**. São Paulo: Aquariana, 2002.

ANTUNES, Paula Barros et al. Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S26-S33, 2009.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. Record, 2007.

ANTUNES et. al. Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. **Revista Brasileira Psiquiatria**, n. 31(Supl I), 2009, p. S26-33.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, Sept. 2005.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARLEY, Patrick. Resgatar a vida: proposições e agenciamentos dos usos de medicamentos antidepressivos. Disponível em <http://www.necso.ufrj.br/esocite2008/trabalhos/36331.doc>. Acessado em 12 de novembro de 2014.

AROS, Marcelo S. e YOSHIDA, Elisa M. P. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. **Boletim de Psicologia**, 2009, vol. LIX, nº 130, p. 61-76.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

AUBE, Jennifer; FLEURY, Jose; SMETANA, Judith. Changes in women's' roles: Impact on and social policy implications for the mental health of women and children. **Development and Psychopathology**, v. 12, n. 04, p. 633-656, 2000.

- 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.
- _____. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, v.14, n.1, p.7-30, jan./jun. 2008.
- BALLONE, Geraldo J. et. ali. **Da Emoção à Lesão**, São Paulo: Ed. Manole, 2002.
- BALLONE, GJ e MOURA, EC. **Depressão – Tratamento**. In: PsiquWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=59>, Publicado em 30 de novembro de 2007. Acesso em: 17 dezembro de 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.
- BARONI, Daiana P. M. et. ali. **O reconhecimento de si enquanto sujeito do diagnóstico de depressão**. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional da ABRAPSO, Maceió, 2009. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/215.%20o%20reconhecimento%20de%20si%20enquanto%20sujeito%20do%20diagn%20stico%20de%20depress%C3o.pdf, Publicado em maio de 2009. Acesso em: 14 de setembro 2012.
- BAILEY, A. **La Curacion Esotérica**. Buenos Aires: Editorial Kier, 1978
- BARTLEY, Mel; POPAY, Jennie; PLEWIS, Ian. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. **Sociology of Health and Illness**, United States, v.14, n.3, 1992, p.313-343.
- BAUDRILLARD, Jean. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos, 1995.
- BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- _____. **A sociedade individualizada. Vidas contadas e histórias vividas**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2008.
- _____. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Zahar, 2004.
- BAZTÁN, Ángel Aguirre. Antropología de la depresión. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, Vol. VIII, Nº 3, p. 563-601 –, set/2008

BENETTI, Silvia P. C. e CUNHA, Tatiane R. S. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v60n2/v60n2a07.pdf> . Acessado em 21 de novembro de 2014.

BELLATO, Rosenev et. ali A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Online]. 2008;10(3):849-56.

BERRIOS, German E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, setembro 2012.

BERTAUX, Daniel. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. **Proposiciones**, n. 29, marzo 1999, p. 1-23.

BILA, Sorj. Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.43 n.149 p.478-491 maio/ago 2013.

BIRMAN, Joel. Subjetividade, tempo e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano III, vol. 4, 11-30, 2000.

_____. **O Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):203- 224, 2005.

_____. Dor e sofrimento na contemporaneidade: sobre o sujeito na modernidade. **Trieb**, v. 5, p. 165-181, 2006.

_____. Laços e desenlaces na contemporaneidade. **Jornal de Psicanálise**, v. 40, n. 72, p. 47-62, 2007.

_____. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. XVII número especial agosto de 2014, p. 23-37.

BOING, Antônio F. et al. Depressão e doenças crônicas. **Revista Saúde Pública**, 2012, n. 46, v. 4, p. 617-23.

BOLGUESE, Maria Silvia. **Depressão e doença nervosa moderna**. São Paulo: Via Letera, 2004.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOWERS L. **The Social Nature of Mental Illness**. Londres y Nueva York: Routledge; 1998

BUTLER, Lisa D. e NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. **Sex Roles**, March 1994, Volume 30, Issue 5-6, pp 331-346.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 5, 2003.

_____. **Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción**. Universitat de València, 2001.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

CÁCERES, Jesus C. **História de vida. Guia técnica y reflexiva**. Estudios sobre las Culturas Contemporaneas, México, vol. VI, núm. 18, 1994, pp. 203-230.

CALLIGARIS, C. (2000). Deprimentes antidepressivos. Em: **Pulsional Revista de Psicanálise**. Ano XIII, no. 13.

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.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. História de vida: da genealogia a um estudo. In. **Revista semestral da Faculdade de Psicologia da PUC-RS**. Vol. 34. Porto Alegre. Jul/Dez – 2003. Pág. 281-295.

_____. Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia**, USP, 2003, 14 (3), p. 57-72.

_____. Doença como projeto. In SAWAIA, Bader (Org), **As artimanhas da exclusão**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1999.

- CARVALHO, José Jorge. Antropologia e Esoterismo: dois contradiscursos da modernidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 53-71, 1998.
- CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, v. 8, n. 15, p. 37-64, 2003.
- CASTANHA, Alessandra et. ali. Repercussões Psicossociais da Depressão no Contexto da AIDS. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2006, 26 (1), p. 70-81.
- CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis. Vozes, 1998.
- _____. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- COSTA, Jurandir Freire. Os sobrenomes da vergonha: depressão e narcisismo. In: VERZTMAN, Julio et. al. (org.). **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012.
- CRUZ, Patrícia M. F. A. A Depressão no Feminino - O Gênero e a doença como laboratório de laços sociais. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Do Minho, Braga, 2009.
- DANIEL, Cristiane e SOUZA, Mériti de. Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, dez. 2006, p. 117-130.
- DE BOTTON, Alain. **Desejo de status**, Rio de Janeiro: Rocco, 2005.
- DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993.
- _____. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- _____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- _____. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.
- DEL PORTO, José A. Conceito e diagnóstico. **Revista brasileira de psiquiatria**, - vol. 21, Suplemento Depressão - maio 1999, si 06 – si 11

DELOUYA, D. **Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro**. São Paulo: Escuta/ FAPESP, 2002.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Relatório do 1o Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. http://dab.saude.gov.br/semi_praticas_integrativas.php (acessado em 20 de março de 2014).

DERBLI, Marcio. Uma breve história das revisões do DSM. **ComCiência** [online]. 2011, n.126.

DIAS, Álvaro M. Do crescimento das taxas de depressão e de suas causas. **Ciências & Cognição**, 2010, Vol. 15 (2), p. 165-172.

DINIZ, Gláucia. Condição feminina - fator de risco para a saúde mental? In: PAZ, M.G. T & TAMAYO, Álvaro. (Orgs.), Escola, saúde e trabalho: **Estudos Psicológicos**. Brasília: Editora UnB, 1999, p. 181-197.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, v. 7, n. 2, 2009.

DIO BLEICHMAR, Emilce. La depresión en la mujer. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.**, v. 11, n. 39, p. 283-289, 1992.

DUARTE, Luís Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor / CNPq, 1988.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**. N. 115, 2002, p. 139-154.

DUNKER, Christian I. L. e KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**. São Paulo, dezembro 2011, v. 14, n. 4, p. 611-626.

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

_____ Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. **Ágora**, Rio de Janeiro, [online]. 2004, vol.7, n.1, pp. 143-153.

_____ . **O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa**. Aparecida: Idéias e Letras, 2010.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 1.

_____. **O processo civilizador: formação do estado e civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. v. 2.

ESTELLITA-LINS, Carlos et. ali. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psyche**, São Paulo, v. 10, n. 18, set. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015&lng=pt&nrm=iso. acesso em 29 jan. 2013.

FARIAS, I.C.(1994) Um troupiér na política: entrevista com o general Antonio Carlos Muricy. In: FERREIRA, M.M. (coord.). **Entre-vistas: abordagens e usos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

FERNÁNDEZ LAVEDA, Elena María; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Águeda; BELDA ANTÓN, Irene. Histeria: Historia de la sexualidad femenina. **Cultura de los cuidados**, 2º Cuatrimestre/2014, Año XVIII, N. 39, p. 63-70.

FERRAROTTI, Franco. Sobre a autonomia do método biográfico. **Sociologia: problemas e práticas**, n. 9, 1991, p. 171-177.

_____. **Storia e storie di vita**, Laterza, Roma-Bari, 1981.

FERREIRA, Silvana A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMs) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2011, v. 10, n. 2, p. 78-90.

FLECK, Marcelo et. al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev Bras Psiquiatria**, 2003, v. 25, n. 2, p. 114-22.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Martins Fontes, 2008.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Subjetividade e verdade. _____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 107-115, 1997.

- _____ **O nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- _____ **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1993.
- _____ **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1988.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- FU I, Lee; CURATOLOB, Eliana e FRIEDRICH, Sonia; Transtornos afetivos, **Revista Brasileira Psiquiatria**, 2000; n. 22(Supl. II), p. 24-7.
- GARCIA, Leila Posenato et al. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. **IPEA**, v. 28, 2013. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf . Acesso em 06 de dezembro de 2014.
- GARDNER, Joy. Cura vibracional através dos chakras: com luz, cor, sons, cristais e aromaterapia. São Paulo: Cultrix, 2007.
- GASTAL, Fábio Leite et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Revista Psiquiatria**. Rio Grande do Sul [online]. 2006, vol.28, n.3, pp. 245-254.
- GAULEJAC, Vincent de. **Qui est “je”?** Paris, Seuil, 2009.
- _____. **Gestão como doença social.** São Paulo: Ideias e Letras, 2007.
- GERBER, Richard. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro.** São Paulo: Cultrix, 2007.
- GIDDENS, Anthony. **Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo em nós.** Rio de Janeiro: Record, 2005.
- _____ **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- _____ **As consequências da modernidade.** São Paulo: UNESP, 1991.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Perspectiva, 1974.
- _____ **Ritual de Interação: ensaios sobre o comportamento face a face.** Petrópolis: Vozes, 2011.

- GOLDENBERG, Miram. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GONÇALVES, Cintia A. V. e MACHADO, Ana Lucia. Depressão, o mal do século: De que século? **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, UERJ, abr./jun. 2007; 15(2), p.298-304.
- GONDIM, Sonia M. G. e BORGES-ANDRADE, Jairo E. Regulação emocional no trabalho: um estudo de caso após desastre aéreo. **Psicologia. Ciência e profissão**. [online]. 2009, vol.29, n.3, pp. 512-533.
- GORENSTEIN C e SCAVONE C: Avanços em psicofarmacologia: mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.21, 1999, p. 64-73.
- GRAEFF, Frederico G. Neurociência e psiquiatria. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, VOL.18, N.1, P.27 – 33, 2006.
- GUIMARÃES, Francisco S. Medicamentos antidepressivos e estabilizadores do humor. In. GRAEFF, Frederico G. **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, p. 93-122, 2005.
- GROSS, James J. **Emotion regulation. Past, present, future. Cognition and Emotion**, 1999, 13, p. 551-573.
- _____ The emergent field of emotion regulation: An integrative review. **Review of General Psychology**, 1998, v. 2, 271-299.
- GUSSI, Alcides F. Reflexões sobre os usos de narrativas biográficas e suas implicações epistemológicas entre a Antropologia e a Educação. **Anais da 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia**, junho de 2008, Porto Seguro.
- HAASE, Vitor G. Avaliação do funcionamento Psicossocial na esclerose múltipla. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 2004, 62 (2-A), p. 282-291.
- HAGUETTE, Teresa M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HANKIN, Benjamin L. e ABRAMSON, Lyn Y. Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. **Psychological bulletin**, v. 127, n. 6, p. 773, 2001.

- HEALY, David. **The Antidepressant Era**. Harvard Press University, 1997.
- HIRSCHFELD, Robert e KLERMAN, Gerald. Personality and gender-related differences in depression. **Journal of affective disorders**, n. 7, p 211-221, 1984.
- HERRANZ, Julia Sebastián. Género, salud y psicoterapia. In: GALÁN, Maria José C. GARCIA-MINA, Ana. **Género y Psicoterapia**, Universidad Pontificia Comillas, Madri, p. 11-36, 2001.
- HOMEM, Maria Lucia. Entre próteses e prozacs - O sujeito contemporâneo imerso na descartabilidade da sociedade de consumo. **Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial**, Rio de Janeiro, 2003.
- HORNSTEIN, L. **Intersubjetividad y clínica**. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- HORWITZ, Allan. V.; WAKEFIELD Jerome. C. **A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. São Paulo: Summus, 2010.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2013.
- ILLOUZ, Eva. Intimidades congeladas. **Las emociones en el capitalismo**. Madrid: Katz, 2007.
- JACK, Dana Crowley. **Silencing the self: Women and depression**. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1991.
- JAMESON, Frederic. **Pós-modernismo. A lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo. Ática, 1996.
- JARDIM, Silvia. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista brasileira Saúde e ocupação**, São Paulo, 36 (123): 84-92, 2011.
- JENKINS, Rachel. **Sex difference in minor psychiatric morbidity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- JENKINS, Jennifer. M. e OATLEY, Keith. **Understanding Emotions**. Cambridge: Blackwell Publishers, 1996.
- JESUS, Elaine C. e NASCIMENTO, Maria J. P. Florais de Bach: uma medicina natural na prática. **Revista de Enfermagem UNISA**, 2005; n. 6, p. 32-37.

JUSTO, Luís P. e CALIL, Helena M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista Psicologia. Clínica**, 33 (2), 2006, p.74-79.

KANDEL, Denise B.; DAVIES, Mark; RAVEIS, Victoria H. The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. **Journal of Health and Social Behavior**, p. 64-78, 1985.

KARP, David A. The Dialectics of Depression. **Symbolic Interaction**, Vol. 17, No. 4 (Winter 1994), p. 341-366.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KESSLER, Ronald C. Epidemiology of women and depression. **Journal of Affective Disorders**, Volume 74, Issue 1, March 2003, Pages 5–13.

KLEINMAN, A. **Illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry**. Berkeley. Los Angeles: University of California Press, 1980.

KORNSTEIN, S.G (et. al.) Gender differences in chronic major and double depression. **Journal of Affective Disorders**, Volume 60, Issue 1, October 2000, p. 1-11.

KRONBAUER, José F. D. e MENEGHEL, Stela N. Perfil da violência de gênero perpetrada por Companheiro. **Revista Saúde Pública**, 2005, n. 39, v. 05, p. 695-701.

LASCH, Christopher. **A Cultura do Narcisismo: A Vida Americana numa Era de Esperanças em Declínio**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1983.

_____. **O Mínimo Eu: Sobrevivência Psíquica em Tempos Difíceis**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

LATOUR, Bruno. **A esperança de pandora**. Bauru: EDUSC, 2001.

LE BRETON, David, 2009. As Paixões Ordinárias: **Antropologia das Emoções**. Petrópolis, Vozes

_____ **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Campinas, Papirus, 2003.

LEAL, Eduardo G. Os limites do sofrimento. **Pulsional – Revista de psicanálise**, ano XVIII, n. 183, setembro/2005.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, Mauricio Silva. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de psiquiatria**, v. 22, (s. 1), 1999.

LIPOVETSKY, Gilles e SERROY, Jean. **A Cultura-Mundo. Resposta a uma sociedade desorientada**. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____ **A Era do Vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Editora: Manoele, 2005.

LIPOVETSKY, Gilles; CHARLES, Sébatien. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LOPES, Noémia M. (org.). **Medicamentos e Pluralismo terapêutico: Práticas e lógicas Sociais em Mudança**, Lisboa, Edições Afrontamento, 2010.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis** [online]. 2008, vol.18, n.3, pp. 451-467.

LUNSKY, Yona. Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? **Journal Intellect Disabilities**, 2003, 47(6), p. 417-27.

LUZ, Leila A. Carnaval da alma: comunidade, essência e sincretismo na Nova Era. **Carnaval da alma: Comunidade, essência e sincretismo na Nova Era**, 1998.

LUZ, Madel T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre. v. 7, p. 108-128, dez. 1995.

_____ T. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. **Fases**, vol. 7, no 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.

_____ Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XXI. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005.

_____ Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Fapesp, Hucitec, 2000. p.181-200.

_____. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACÊDO, Kátia Barbosa. O desamparo do indivíduo na modernidade. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, p. 94-107, 2012.

MACRAN, Susan. **Role enhancement or role overload?: a review of research on the health consequence of women's domestic and paid work**. London: Centre for Population Studies; London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1993.

MALLIMACI F., GIMÉNEZ BÉLIVEAU V. Historias de vida y método biográfico. En **Estrategias de Investigación cualitativa**, Barcelona, Gedisa, 2006

MALUF, Sônia W. Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90. **Antropologia em primeira mão**, n.1, Florianópolis: UFSC / Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2007 p. 5-26.

_____ Inventário dos males. Crise e sofrimento em itinerários terapêuticos e espirituais nas culturas Nova Era. **Debates do Ner**. Porto Alegre, ano 4, n. 4, julho de 2003.

_____ Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999.

MALBERGIER, André e SCHÖFFEL, Adriana C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 2001, 23 (3), p. 160-7.

MARCONDES, Mariana Mazzini et al. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**, Brasília, IPEA, 2013.

MARTIN, Denise et. ali. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, 2007, n. 41, v. 4, p. 591-597.

MARTINS, Paulo Henrique. As outras medicinas e o paradigma energético. In: Madel Terezinha Luz; Nelson Fizesse de Barros. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas**

integrativas em saúde. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS- UERJ-ABRASCO, 2012, v. 1, p. 309-342.

_____. As Terapias Alternativas e a Libertação dos Corpos. In: Maria Julia Caros. (Org.). **A Nova Era no MERCOSUL.** Petrópolis: Editora Vozes, 1999, p. 80-105.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **Hist. Cienc. Saúde -Manguinhos**, v. 10, n. 2, p. 549-572, 2003.

MATTOS, Ana Clélia. **Medicina chinesa e a energia vital.** Comunicação oral no I Encontro Cemoroc Educação: Os Orientes. São Paulo, 21 de dezembro de 2011.

MOLINA PÉREZ, Alberto. ¿Normal o patológico? El enfermo imaginario en tierra de nadie. **Arbor**, 189 (763), 2013, a068.

MORAES, Maria R. C. A corporeidade integrativa das medicinas alternativas e das novas espiritualidades. **Revista Nures**, ano VIII, n. 20, janeiro-abril de 2012.

MONTEIRO, Kátia C. C. e LAGE, Ana Maria V. Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2007, 27 (1), p. 106-119.

MONTERO, Isabel et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. **Gac Sanit**, v. 18, n. 1, p. 175-81, 2004.

MOREIRA, Virginia e CALLOU, Virginia. Fenomenologia da solidão na depressão. **Mental**, ano IV, n. 7, Barbacena - nov. 2006 - p. 67-83.

MORENO, Ricardo et. al. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista brasileira de psiquiatria**, - vol. 21, Suplemento Depressão - maio 1999, si 24 – si 40.

NADAL-VICENS, Mireya et. al. Farmacologia da Neurotransmissão Serotoninérgica e Adrenérgica Central. In: GOLAN, David et. ali. **Princípios de Farmacologia - A Base Fisiopatológica da Farmacologia.** Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 2014, p. 186-202.

NISHIZAWA, S. Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA**, may/1997, v. 94, n. 10, p. 5308–5313.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan; LARSON, Judith and GRAYSON, Carla. Explaining the gender difference in depressive symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol 77, n. 5, November/1999, p. 1061-1072.

NUNES, Berta, **O saber Médico do Povo**. Lisboa: Ed. Fim de século, 1997.

NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde**, Mangueiras, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.373-389.

_____. A medicina social e a questão feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.49-76. 1991.

ODA, Ana Maria Raimundo e DALGALARRONDO, Paulo. Ciclo reprodutivo e transtornos mentais no século XIX. **Revista Brasileira Psiquiatria** [online]. 2000, vol.22, n.1, pp. 22-22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Depressão. Boletim informativo nº 369, Outubro/2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> . Acessado em 01 de junho de 2013.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão(CID-10)**. São Paulo, EDUSP, 2005.

ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, v. 14, n. 2, p. 477-509, 2008.

_____. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.247-60, out./dez. 2009.

ORTEGA, Francisco e VIDAL, Fernando. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura Contemporânea. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.257-261, jul.-dez., 2007.

PASSOS, Maria Consuelo. Família, Laços e Sofrimento Psíquico. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, Vol. XI - Nº 3, set/2011, p. 1013 – 1031.

PEGORARO, Renata F. e CALDANA, Regina H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, 2008, p.82-94.

PEREIRA, Luciano. **Depressão: mobilização e sofrimento social. Tese de doutorado**. São Paulo: USP, 2010.

PERES, Rodrigo Sanches. **O papel das representações psíquicas no processo de somatização.** Psicol. estud. [online]. 2001, vol.6, n.1, pp. 95-96. ISSN 1413-7372.

PERES, Uriana T. **Depressão e melancolia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PERON, Ana Paula (et. al.) Aspectos Biológicos e Sociais da Depressão. **Arquivos Ciência e Saúde**, Unipar, Umuarama, 8(1), jan./abr.2004, p.45-48.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** São Paulo: Ed. 34, 1994.

PONTES, C. B. **Depressão: o que Você Precisa Saber.** Fortaleza: Multigraf, 1993.

PICCINELLI, Marco and WILKINSON, Greg. Gender differences in depression. **A British Journal of Psychiatry**, december/2000, v. 177, n. (6), p. 486-492.

PIGNARRE, Phillipe. **Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social.** Paris: La Découverte, 2006.

_____. **Comment la dépression est devenue une épidémie.** Paris: Hachette, 2001.

_____. **O que é o Medicamento?** São Paulo: Editora 34, 1999.

Pinheiro, T. Trauma e melancolia. **Percursos – Revista de Psicanálise**, São Paulo, 1993, 10, 50-55.

_____. Depressão na contemporaneidade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, 2005, 182, 101-109.

PINHEIRO, Maria T. da S.; QUINTELLA, Rogerio R.; VERZTMAN, Julio S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

PRIGENT, Hélène. **Mélancolie: les métamorphoses de la dépression.** Paris: Gallimard, 2005.

PUJADAS, Joan J. El método biográfico y los géneros de la memoria. **Revista de Antropología Social**. 2000, 9: 127-158.

QUEIROZ, M.I. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON (org.) **Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil.** São Paulo: Vértice, 1988.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose.** Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

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.

RABASQUINHO, Cidália e PEREIRA, Henrique. Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. **Aná. Psicológica** [online]. 2007, vol.25, n.3, pp. 439-454.

RABELO, M., ALVES, P. e SOUZA, I. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Dos quatro humores às quatro bases. pp. 49-53.

RIBEIRO, A. R., MAGALHÃES, R. (Orgs.) **Guia das abordagens corporais.** São Paulo: Summus, 1997.

RODRIGUES, Joelson T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003

ROSE, Nikolas. Neurochemical selves. **Society**, v. 41, n. 1, p. 46-59, 2003.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

Roudinesco, Elisabeth & Plon, Michel. **Dicionário de psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 204-12, 2004.

RIBEIRO, Patrícia Alves. Mal-estar na psiquiatria: o papel da mulher na instituição psiquiátrica. **Revista mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, set. 2003, V. III, n. 2, p. 395-417.

ROZENTHAL, Marcia et. ali. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de Psiquiatria**, maio-agosto/2004, n. 26, v. 2, p. 204-212.

RUBIN, Gayle. O tráfico de mulheres: Notas sobre a economia política do Sexo. In: REITER, R. (org.). **Toward an anthropology of women.** Nova York: Monthly Review, 1973.

SALLEH, Mohamed Abou et al. Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. **Rev Psiq Clin**, v. 33, n. 5, p. 262-7, 2006.

SAMPAIO, Cynthia. Healing e desenvolvimento humano. In: Encontro Paranaense, Congresso brasileiro de psicoterapias corporais, XVII, XII, 2012. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2012.

SANTOS, Anna M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4), 2009, p. 1177-1182.

SARUDIANSKY, Mercedes. Entre la emoción y la enfermedad. Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 9, n. 27, dez. 2010, p. 865-883.

SAWAIA, Bader B. Identidade – Uma ideologia separatista. In _____. (Org), **As artimanhas da exclusão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SCHESTATSKY, Sidnei e FLECK, Marcelo. Psicoterapia das depressões. **Revista Brasileira Psiquiatria. Suplemento Depressão**, maio 1999, vol. 21, p. 18-23.

SCHÜTZE, Fritz. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELLER, Wivian; PFAFF, Nicolle (Org.). **Metodologias da pesquisa qualitativa na educação: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 210-222

SCLIAR, Moacyr e Mario SABINO. Paraísos artificiais. **Pulsional Revista de Psicanálise**, 1997.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, 1990.

SERPA JR, Octavio D. **Mal-estar na natureza**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

SHARKEY, Joe. **You're not bad, you're sick. It's in the book**. The New York Times, v. 1, 1997.

SILVA, Diana K e ANDRADE, Fabiana M de. Farmacogenética de inibidores seletivos de recaptação de serotonina: uma revisão. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul** [online]. 2008, vol.30, n.1, suplemento.

SILVA, Iracema V. e AQUINO, Estela M. Padrão de distúrbios psíquicos menores em Mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 9, p. 2103-2114, set/2008.

SILVA PEREIRA, Luís – Medicinas Paralelas e Prática Social, **Sociologia: Problemas e Práticas**, n.º 14, Lisboa, 1993, p. 159-175.

SIMMEL, Georg et al. **A metrópole e a vida mental. O fenômeno urbano**, v. 4, p. 11-25, 1979.

SIVIERO, Evanize K. e LORENZETTO, Luiz Alberto. Energia: a moeda corrente da cultura corporal alternativa. **Motriz**, Rio Claro, v.10, n.3, p.173-179, set./dez. 2004.

SOARES, Giovana Bacilieri and CAPONI, Sandra. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.37, pp. 437-446. Epub Mar 18, 2011.

SOARES, Hugo L.; COSTA, Rudy A e MESQUITA, Evandro T. Depressão e as doenças cardiovasculares. **Revista do Departamento de Psicologia**, UFF [online]. 2006, vol.18, n.2, pp. 201-202.

SOARES, Luís Eduardo. Religioso por natureza: cultura alternativa e misticismo ecológico no Brasil. In: SOARES, L.E. **O rigor da indisciplina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.189-212, 1994.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia**. Editora Companhia das Letras, 2014.

SOUZA, Islândia M. C et. ali. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Nov./2012, 28(11), p. 2143-2154.

SOUZA, Thaís R. de e LACERDA, Acioly L. T. de. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, João E SILVA, Antônio Geraldo da. **Depressão, Coleção Teoria e Clínica**, Editora Artmed, 2012, p. 17-28.

SOUZA, Eduardo F. e LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.393-405.

SOUZA, Fabio G. de. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira Psiquiatria. Suplemento Depressão**, maio 1999, vol. 21, p. 18-23.

SOUZA, Mônica. **A Psicossomática e o Reiki**. São Paulo: O Portal dos Psicólogos, 2008. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0651.pdf>. Acessado em 19 de novembro de 2014.

SPANEMBERG, Lucas e JURUENA, Mario F. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, set./dez. 2004, 26(3), p. 300-311.

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.

ST-HILAIRE, Pierre Luc. De l'usage plastique des antidépresseurs: un révélateur des figures de l'individu contemporain”, *Esprit Critique*, **Revue Internationale de sociologie et de sciences sociales**, (online), n 12, v. 01, 2009.

STAROBINSKI, J. **L'oeil vivant II: la relation critique**. Paris: Gallimard, 1970.

SZASZ, Thomaz. S. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TAVARES, Fátima R. G., DUARTE, Joelma do P. e COGNALATO, Rosana P. Movimento Nova Era e a reconfiguração do Social (da contracultura à heterodoxia terapêutica). **Antropolítica**, Niterói, n. 28, 1. sem. 2010, p. 177-196.

_____. Trajetórias profissionais: a construção da rede terapêutica alternativa. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, 1999.

_____. **Alquimias da cura. Um estudo sobre a rede terapêutica alternativa no Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Sociologia**. Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – UFRJ, 1998.

TAVARES, Fátima. **Alquimistas da Cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos**. Salvador: UFBA, 2012

_____. “O Holismo Terapêutico no âmbito do movimento Nova Era no Rio de Janeiro”. In: **A nova era no Mercosul**. Petropolis: Vozes, 1999: 106-129.

TAVARES, Leandro A. T. *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo, Cultura Acadêmica, 2010.

TAVARES, Leandro A. T. e HASHIMOTO, Francisco. A relativa legitimidade da depressão na atualidade: contribuições para uma ética psicanalítica do sujeito. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.** Online, v. 7, n. 1, p. 88-100, maio de 2010.

TEIXEIRA, Marco Antônio R. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**, 4(1), 2005. 41.

TENG, Chei T; HUMES, Eduardo de C. E DEMETRIO, Frederico N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista Psiquiatria Clínica**, 2005, n. 32, v. 3, p. 149-159.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, jan/abr 2002, 9(1), p. 25-59.

TERRA, Marlene G. et. ali. Saúde mental: do velho ao novo paradigma. **Revista de Enfermagem**, dezembro de 2006, 10 (4), p. 711 – 7.

TESSER, Charles D e BARR, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. 2008, n. 42, v. 5, p. 914-20.

TRIBASTONE, F. **Tratados de Exercícios Corretivos**. São Paulo: Manole, 2001.

URIBE, Carlos Alberto. La controversia por la cultura en el DSM-IV. **Revista Colombiana de Psiquiatria** [online]. 2000, vol.29, n.4, pp. 345-366.

USSHER, Jane M. Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. **Feminism & Psychology**, v. 20, n. 1, p. 9-35, 2010.

VALADARES, Gislene C. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão–conceito, história, epidemiologia e etiologia. **Rev Psiq Clín**, v. 33, n. 3, p. 117-123, 2006.

VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas**. Tese. Doutorado em Sociologia e Política. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. In: NUNES, E.O. (org.) **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

VERAS, André B. et. al. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**, maio/ago 2006, 28 (2), p.130-134.

VERTZMAN, Julio S. **Tristeza e depressão: pensando nos problemas da vida**. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

VICTORA, Ceres e KNAUTH, Daniela Riva. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: STREY, Marlene N. e CABEDA, Sônia T. L. (Org.) **Corpos e subjetividades – um exercício interdisciplinário**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

WEISS, Erica L., LONGHURST, James G. and MAZURE, Carolyn M.. Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry* 1999 156:6, 816-828.

WEISSMAN, Myrna M. (et al.). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. **Journal Affect Disord**, 1993, 29:77-84.

WICHSTROM, Lars. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization, **Developmental Psychology**, Vol 35, n. 1, jan/1999, p. 232-245.