



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Renata França dos Santos Paiva

**Sobre sofrimento e terapêuticas em um
ambulatório público de saúde mental**

Rio de Janeiro

2009

Renata França dos Santos Paiva

**Sobre sofrimento e terapêuticas em um
ambulatório público de saúde mental**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

P149 Paiva, Renata França dos Santos.

Sobre sofrimento e terapêuticas em um ambulatório público de saúde mental / Renata França dos Santos Paiva. – 2009.

114f.

Orientadora: Jane Araújo Russo.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental – Teses. 2. Serviços de saúde mental – Teses. 3. Serviços de saúde pública – Teses. 4. Psicologia clínica – Teses. 5. Assistência à saúde. I. Russo, Jane Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.86

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Renata França dos Santos Paiva

**Sobre sofrimento e terapêuticas em um
ambulatório público de saúde mental**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 30 de março de 2009.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Luiz Fernando Dias Duarte
Museu Nacional – UFRJ

Prof. Dr. Júlio Sérgio Verztman
Instituto de Psiquiatria, IPUB – UFRJ

Prof. Dr. Benilton Bezerra Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2009

AGRADECIMENTOS

A Jane Russo, para além da contribuição intelectual, agradeço o trato sempre solícito e atencioso que ajudou a transformar meus incômodos profissionais em questão de pesquisa, me apresentando e guiando num campo de discussão que até então eu desconhecia.

Ao Luiz Fernando D. Duarte e ao Benilton Bezerra Jr, cujas observações e críticas quando da qualificação do projeto me ajudaram a discernir as questões que poderia responder com essa pesquisa e aquelas que eu precisaria deixar para depois.

Ao Júlio Verztman, Luiz Fernando D. Duarte e Benilton Bezerra, sinto-me lisonjeada por terem aceitado participar da banca.

Ao IMS/ PPGSC, o meu reconhecimento pela oportunidade de estudo concedida, o apoio nas áreas de secretariado, biblioteca e computação.

Aos entrevistados, aos pacientes e aos colegas de trabalho, especialmente à June, que generosamente se fizeram presentes nessa pesquisa.

À minha família e meus amigos pelo apoio, incentivo e paciência.

A Xanda, desatadora de nó em momentos críticos.

Ao Rodrigo, amor da minha vida, que me mostrou que a vida não espera para acontecer.

RESUMO

PAIVA, Renata França das Santos. *Sobre sofrimento e terapêuticas em um ambulatório público de saúde mental*. 2009. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este trabalho tem por objetivo apresentar concepções de sofrimento e terapêuticas dos usuários de um ambulatório de Saúde Mental de um posto de saúde localizado na zona norte do Rio de Janeiro. Estas concepções, calcadas num universo holista e hierárquico de valor, contrastam com as concepções de sofrimento, pessoa e terapêuticas próprias das “práticas psi”, indissociáveis da perspectiva individualista que lhe deu origem, cuja concepção de pessoa é calcada na experiência de uma interioridade psicológica, dotada de liberdade de escolha, autonomia, apontando, conseqüentemente, para concepções acerca do adoecimento e da terapêutica bastante diferentes daquelas próprias a uma configuração hierárquica de valores. Nesse sentido, discutem-se as repercussões que essas diferenças trazem para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Observou-se que as concepções de sofrimento e a terapêutica dos entrevistados situam-se na configuração do nervoso, na qual aspectos físicos e morais da perturbação estão imbricados de forma indissociável. Na medida em que eles se auto-representam a partir de suas relações familiares e laborativas, a construção do que seja perturbação está referida a essa relacionalidade, que lhes confere uma identidade numa organização hierárquica. A psicoterapia é também englobada por essa mesma lógica, sendo deslocada do seu sentido individualista original, para ser ressignificada à luz do modelo físico-moral da perturbação e da relacionalidade própria à configuração do nervoso. Dessa forma, entende-se a psicoterapia como conversa que visa o “desabafo”, “botar para fora” os problemas, assim como forma de “pensar em outras coisas” que não o problema, duas estratégias consideradas “terapêuticas” na configuração do nervoso.

Palavras-chave: Saúde mental. Psicologia. Classes populares.

ABSTRACT

This work aims to introduce the conceptions of suffering and therapeutics in patients of a public Mental Health clinic. These, inserted in a holistic and hierarchic universe of value, contrast to the conceptions of suffering, person and therapeutics of psychological practices, which are based on individualistic values, on the experiences of a psychological inner self, freedom of choice and self-government. Thus, the consequences of this difference to the therapeutic relation are discussed. The study perceives that the interviewees' conceptions fits in the "nervous" configuration, in which physical and moral aspects of perturbation are imbricate. The sense of perturbation involves a process of self-representation emerged from interviewees familial and laborious relationships, that confer an identity in a hierarchical organization on them. The psychotherapy is also encompassed by the "nervous" configuration, differing from its original individualistic signification. In this sense, psychotherapy is treated as a "conversation" that has in view to "spit it out" as well as a way of "thinking about other things" – two strategies considered "therapeutical" in the "nervous" configuration.

Keywords: Mental health. Psychology. Working classes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
1.1 A clínica no ambulatório público	11
1.2 O holismo como lógica universal	13
1.3 Holismo / individualismo na sociedade brasileira	15
1.4 Holismo e a representação de pessoa	17
1.5 O fenômeno do “nervoso”	21
1.6 Individualismo e as “práticas psi”	27
2 METODOLOGIA	34
3 DESCRIÇÃO DO CAMPO	37
3.1 O Posto de Saúde	37
3.2 Características físicas	38
3.3 Os atendimentos das diversas especialidades	39
3.4 O serviço de Psicologia	40
3.5 Os grupos de recepção	43
3.6 Sobre o conteúdo dos grupos	46
3.7 Descrição dos personagens e seus dramas	48
3.7.1 <u>Sarah</u>	48
3.7.2 <u>Hadassa</u>	50
3.7.3 <u>Jesus</u>	53
3.7.4 <u>Holyfield</u>	56
3.7.5 <u>Glória</u>	58
3.7.6 <u>Carla</u>	61

3.7.7	<u>Larissa</u>	62
3.7.8	<u>Fábio</u>	65
3.7.9	<u>Ilana</u>	667
3.7.10	<u>Fabi</u>	69
3.8	Dados dos entrevistados	71
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	72
4.1	Uma concepção psicológica de sofrimento?	72
4.2	Sobre a chegada ao serviço de psicologia	74
4.3	A dimensão intrapessoal	77
4.4	A dimensão relacional	88
4.5	Sobre os recursos terapêuticos	93
4.6	Sobre a psicoterapia	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXO A – Roteiro de entrevista	113
	ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido	115

INTRODUÇÃO

Há pelo menos quatro décadas, discute-se a questão da eficácia do atendimento psicológico às classes trabalhadoras, questão motivada pelo grande número de evasão dos acompanhamentos ambulatoriais, bem como freqüentes reinternações em hospitais psiquiátricos (Ropa & Duarte, 1985).

Atualmente, tal questão vem sendo problematizada tanto por um viés da clínica psicanalítica¹, quanto em termos de uma diferença cultural fundamental entre os modelos relacionais de pessoa, caracterizados pela hierarquia de valores, na qual a totalidade dá sentido às partes, características das classes populares, em contraste com o modelo do indivíduo ocidental moderno, pensado como livre, autônomo e igual. As configurações de valores individualista e holista tais como formulados por Louis Dumont (1985), e as diferenças existentes entre elas, têm sido utilizadas como ferramentas analíticas para se compreender as diferenças culturais entre as classes populares e os segmentos letrados pertencentes às classes médias e altas.

Em um compromisso originário com a ideologia do individualismo², os saberes e práticas “psi”, bem como os saberes biomédicos pretendem-se racionais e universais, trazendo uma dada concepção de pessoa calcada na experiência de uma interioridade psicológica, dotada de liberdade de escolha, autonomia³, apontando, conseqüentemente, para concepções acerca do adoecimento e da terapêutica bastante diferentes daquelas próprias a uma configuração hierárquica de valores. Disso resultam alguns desencontros, inadequações das abordagens que têm no indivíduo-valor o norteamento de suas intervenções. Em função desse mesmo desencontro, muitos estudos ressaltam a inadequação dos instrumentos terapêuticos no atendimento das classes trabalhadoras, afirmando a necessidade de reformulações técnicas, não chegando a questionar a eficácia do sistema terapêutico psiquiátrico-psicológico como um todo no atendimento a tais populações, sendo tal sistema teórico-metodológico aceito *a priori* e de forma total.

A problematização sobre a adequação do instrumental terapêutico das práticas “psi” frente às demandas de tratamento das classes trabalhadoras tem como pano de fundo a discussão acerca da modernização da sociedade brasileira, da difusão diferencial dos valores

¹ Representado por autores como Figueiredo, 1997; Tenório, 2000.

² Sobre o individualismo no Brasil ver o trabalho pioneiro de Velho, 1981.

³ A psicanálise representa uma exceção quanto a essa visão de homem racional, autônomo e auto-determinado. O sujeito na psicanálise é descentrado, “despossuído de si”. Um pouco mais adiante discutirei a possibilidade de pensar essas duas visões como duas faces do indivíduo moderno.

individualistas no corpo social, a difusão diferencial da visão de mundo psicologizante. Em geral, os estudos apontam a necessidade de se pesquisar as representações holistas do processo de saúde e doença para que sejam repensados os desafios práticos enfrentados nos serviços públicos de saúde. Nessa linha de investigação, Luis Fernando Dias Duarte (1986) pesquisou as “perturbações físico-morais” que engendram a categoria do “nervoso”, expressivas de um modo relacional e hierárquico de concepção de pessoa nas classes trabalhadoras, resistentes aos diversos mecanismos de indução à adoção do modelo de “indivíduo” prevalente nas práticas de saúde.

A presente pesquisa pretende investigar a demanda por atendimento que chega ao ambulatório de psicologia num Centro Municipal de Saúde situado no bairro do Engenho da Rainha, subúrbio da cidade do Rio de Janeiro. Essa situação retoma a discussão iniciada por outros estudos (Duarte, 1986; Caretta, 2002; Nicácio, 1994; Carvalho, 2001) acerca da adequação dos dispositivos de atenção à saúde à especificidade cultural da população atendida.

A questão a ser investigada surgiu a partir dos primeiros contatos com os usuários do centro municipal de saúde que buscavam assistência psicológica, datados do início de 2007. Ao relatarem o que os motivava buscar atendimento, ficava difícil localizar-me num certo pano de fundo cultural que ancorava suas queixas.

Nessas situações em que os sentidos atribuídos aos gêneros, às relações, às coisas em geral são tidas como algo dado, fixado pela tradição, não é fácil para o terapeuta propiciar ao paciente deslocamentos nas formas de conceber o vivido, de forma que ele possa construir novas saídas para seus conflitos. É difícil intervir de uma forma não-etnocêntrica, difícil resistir, por exemplo, a promover a relativização dos papéis de gênero, que na maior parte das vezes, não produz o esperado efeito de redefinição da situação vivida. Esse continua sendo um dos grandes desafios clínicos e pretende-se com o presente trabalho levantar alguns dados empíricos que ajudem a pensar essa questão.

Buscou-se junto às pessoas que procuram atendimento: investigar sobre o que as mobiliza a procurar o atendimento psicológico, procurando com isso delinear as “categorias nativas” acerca do que chamamos de “sofrimento psíquico”; depreender suas expectativas em relação à assistência, o uso que esperam fazer do serviço.

Apesar de ser antiga a discussão acerca do atendimento psicológico dirigido a pessoas de classes populares, pouco se avançou em termos técnicos, práticos, sendo tal dificuldade reeditada a cada primeiro encontro dos terapeutas com tal situação. Tais discussões ainda não se fazem suficientemente presentes nas instituições de assistência à

saúde, mantendo os saberes acerca da subjetividade ainda não-relativizados. Dessa forma, o presente trabalho pretende contribuir para problematizar o conhecimento acerca das subjetividades, dos significados, das representações que mobilizam a busca por atendimento em saúde mental nos serviços públicos de saúde, a partir do que se constrói o trabalho de assistência.

Nas páginas que se seguem apresentarei essa questão tal como formulada pela psicanálise, pela antropologia, seguida da descrição do campo de pesquisa e seus resultados.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A clínica no ambulatório público

O atendimento em saúde mental nos seus diversos dispositivos clínicos - ambulatórios, caps, hospitais de crise - é pensado, discutido e defendido tendo a teoria psicanalítica como fundamento teórico⁴ e a reforma psiquiátrica como norteammento político, no âmbito da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. A reestruturação da assistência se deu não só num sentido estratégico, privilegiando os dispositivos territoriais, substitutivos à estrutura asilar, mas também em termos de uma diferença na apreensão do sofrimento mental, que antes era muito marcada pela perspectiva da psiquiatria biológica. Hoje, no discurso oficial sobre a assistência, bastante marcado pela psicanálise e pela reforma psiquiátrica, privilegia-se a dimensão da subjetividade, afirmando uma clínica que visa o sujeito, acompanhada de uma forte crítica à medicalização do sofrimento.

Dessa forma, “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” (Tenório, 2000) tornou-se palavra de ordem nos dispositivos de recepção desses serviços de atenção à saúde mental. Partindo da idéia de descentramento subjetivo do sujeito, cabe ao operador da clínica, ao psicanalista, trabalhar “uma outra dimensão” da queixa trazida pelas pessoas que buscam atendimento, que uma vez depreendida essa “outra dimensão”, convida-se o sujeito a querer saber mais sobre ela.

Quanto à diferença sociocultural existente entre os profissionais terapeutas e a clientela que busca atendimento nos ambulatórios públicos, em suas distintas representações acerca da doença, tratamento e cura, Figueiredo (1997) reconhece a necessidade de se relativizar valores e concepções de subjetividade e causalidade psíquica quando o que está em jogo é o atendimento psicoterápico à população de baixa renda, que procura os ambulatórios públicos de saúde.

No entanto, a autora argumenta que os ideais de cura do terapeuta não devem ser pautados em seus próprios valores, que as condições de analisibilidade não podem atrelar-se a uma fala sobre si mais ou menos psicologizada, mas admite que seria uma das funções da análise produzir um certo patamar de individualização para que alguma reflexão sobre si seja possível. A autora não considera propriamente um defeito teórico a universalização dos

⁴ Afirmo isso porque a maior parte das discussões travadas nas supervisões clínicas dos serviços em saúde mental tem a psicanálise como fundamento teórico e a ela os profissionais se reportam para escrever sobre o trabalho realizado.

conceitos da psicanálise, mas condição de sua operacionalização como sistema teórico para diferentes tipos de demanda, incluindo aqueles que não partilham de um discurso “psi”. Nesse sentido, Figueiredo (ibid) argumenta que essa diferença cultural não é um aspecto impeditivo da prática da psicanálise, não devendo ser uma questão de muita importância para a clínica. As dificuldades daí advindas são significadas como fruto da resistência do cliente ou mesmo do analista em reconhecer as diferentes formas de expressão das manifestações inconscientes.

Também partidário dessa mesma universalidade em relação à aplicabilidade desta teoria, Costa (1986) ao discutir a questão da psicanálise frente à “doença dos nervos”, adverte que, apesar de os conflitos psíquicos variarem em sua expressão e inferência de sua causalidade nas classes populares, “Pai, mãe, sexo, agressividade, afetos, e sentimentos íntimos são a matéria prima dos conflitos psíquicos tanto dos *índios da zona sul* como dos *índios do subúrbio*, mas não na forma estereotipada que o imaginário da cultura psicanalítica congelou para servir aos consumidores de *mass-media*.” (p.21) Apesar de admitir uma dada representação de subjetividade que é datada sócio-historicamente, que se faz hegemônica nas teorias psicológico-psiquiátricas – fruto da nuclearização e privatização da vida familiar, valorização da intimidade psicológica, da disciplinarização do corpo e do sexo como reduto da verdade acerca do sujeito, etc – o autor alerta para uma perspectiva essencialista do conflito psíquico calcada nessas representações hegemônicas de subjetividade. Ele defende que “todas as subjetividades, do ponto de vista da psicoterapia, são equivalentes.” (p.28), uma vez que o inconsciente manifesta-se em qualquer subjetividade⁵.

No que toca à diferença sócio-cultural que marca pacientes e terapeutas no ambulatório público, Costa (ibid) reconhece que o *setting* analítico não é um ambiente neutro quanto às marcas de pertencimento social do terapeuta e do paciente, que na maior parte das vezes, não foram socializados num mesmo universo de sentido. O enquadramento analítico, que visa criar condições favoráveis para a associação livre, a transferência e a interpretação, propõe um modo de comunicação (permeados por questões, interrogações, abstenções de injunções imperativas) e uma regularidade na frequência das sessões que não se coadunam com a experiência cultural de muitos pacientes. Não se pode, portanto, falar em sujeito ideal, sem estatuto sócio-cultural, seja ele paciente ou terapeuta. Diante disso, o autor defende que o fundamento último do exercício da psicoterapia não são suas técnicas, ressaltando a necessidade de se criar possibilidade para que o inconsciente se manifeste e produza seus

⁵ Vide também Maluf (2007).

efeitos. Ele coloca em relevo a versatilidade das formas de comunicação humana e sua importância para as psicoterapias.

Na perspectiva da clínica psicanalítica, a relação entre terapeuta e paciente é entendida a partir da noção de transferência. Os impasses gerados nessa relação são pensados como intrínsecos à relação transferencial, fruto da resistência seja do paciente, seja do terapeuta, expressa por uma maior ou menor habilidade de conseguir escutar, reconhecer, acolher essas diversas manifestações inconscientes e trabalhar com elas. Os impasses são sempre tomados pelo viés da clínica. Discutir sobre diversidade de formas de sofrimento físico-moral do ponto de vista da psicanálise é, de alguma forma, homogeneizar a diferença, diante da noção de inconsciente. Perante esse conceito, todas as subjetividades são singulares, não fazendo sentido, do ponto de vista da psicanálise, a questão que esta pesquisa se propõe a discutir.

Dessa forma, apesar de suas valiosas contribuições à clínica em Saúde Mental, o referencial teórico psicanalítico não se mostra útil para pensar a questão que move esta pesquisa; apreender as concepções acerca do que chamamos de sofrimento psíquico entre os usuários de um ambulatório de saúde mental e sua relação com a idéia de psicoterapia. Como o enfoque dessa questão não é clínico, a pesquisa contará com o referencial da antropologia fundamentada na leitura de Dumont. As questões suscitadas pela relação entre a demanda por atendimento em saúde mental nas classes trabalhadoras e o atendimento prestado são pensadas em termos da relação entre as configurações holistas e individualistas de valores na sociedade moderna, questões que remetem às discussões travadas por autores como Duarte, Russo, Salem, dentre outros.

1.2 O holismo como lógica universal

Dumont foi um autor que relativizou a noção de indivíduo, central nas formas modernas de conceber o mundo. Teorizou sobre as diferenças entre as formas modernas de ser pessoa e as não-modernas, as diferenças em suas cosmovisões e as conseqüências da perspectiva individualista para a compreensão da alteridade e para a produção do conhecimento em antropologia. Ele parte da relação entre os conceitos de idéia e de valor para discutir as diferenças entre o tipo moderno de cultura, na qual está calcada a antropologia, e o tipo não-moderno.

Nas sociedades modernas, o conceito de valor, segundo Dumont (1985), tem uma essência comparativa, comporta a possibilidade de relativização, tornando possível a

comparação entre as culturas, no sentido de se poder falar nos valores de uma e nos valores de outra. Entretanto, não é possível relativizar inteiramente os “valores” presentes nas diversas culturas, na medida em que as configurações de valores que constituem o sistema simbólico de uma dada cultura organizam-se de forma hierárquica, com valores centrais e valores secundários deles derivados. Esse modelo, baseado na noção de hierarquia, ao contrário da configuração de valores individualistas baseada na noção de igualdade, pressupõe logicamente a distinção de níveis hierárquicos. A oposição hierárquica implica a concomitante presença de um nível superior onde há unidade, e de um nível inferior, onde há distinção (complementaridade ou reciprocidade). Nas relações hierárquicas, o valor é o que promove as distinções entre as coisas, o englobamento e a oposição entre os contrários, promove a hierarquização das coisas numa totalidade. Essa relação de identidade e diferenciação Dumont (ibid) designa por “englobamento do contrário”. A relação hierárquica seria uma relação entre englobante e englobado, todo e parte. Nessa configuração, a totalidade dá sentido às partes.

Segundo Duarte (1986), a totalidade a qual Dumont se refere não se confunde com o real, ou experiência social, mas com uma totalidade de significação, totalidade essa que é parte de um todo maior, de nível e sentido diferente. Dessa forma, toda relação hierárquica deve ser situada em relação a uma totalidade maior. Dumont enfatiza a unidade primordial entre fato e valor. O valor não seria algo que incide sobre os fatos, mas algo que nasce junto com o fato, sendo, portanto, dele indissociável.

Dumont (1985) toma o modelo holista-hierárquico como um modelo universal, sendo a oposição hierárquica condição universal do pensamento, da significação, sendo, portanto, subjacente a toda cultura, ainda que a ideologia individualista busque negá-la.

No que diz respeito às sociedades ocidentais modernas, que, para o autor, encontram-se englobadas de forma paradoxal a uma lógica hierárquica-holista, essas teriam no Valor – Indivíduo o pilar de sua configuração de valores e a disjunção entre fato e valor como condições de possibilidade de construção do conhecimento científico em sua pretensão universalista.

O conhecimento científico, umas das principais marcas da modernidade, é construído excluindo a dimensão axiológica das formas de apreensão do mundo, separando fato e valor. A modernidade esvazia a ordem na qual as coisas são dadas, lineariza toda diferença numa perspectiva igualitária no que tange ao valor, substituindo a relação entre parte e todo pela apreciação de planos de análise equiparados, tomam um nível de cada vez, estanques em relação ao todo, fragmentados.

O Universalismo é uma das facetas da configuração de valores moderna. A singularidade dessa configuração reside no investimento sobre a idéia de indivíduo autônomo e independente, e não sobre uma representação imediatamente totalizante, holista. É comprometido com os valores da liberdade, em oposição aos determinismos definidos pela cultura, e com o valor da igualdade, em oposição às demarcações diferenciais de valor, intrínsecas à hierarquia. A modernidade, apesar de herdeira de um universo hierárquico, dispersou-o numa linearidade de pontos de vista achatados.

A sociedade tendo como valor social o Valor-Indivíduo delega aos indivíduos a tarefa de fixar valores, dotando-os, à primeira vista, de uma ampla liberdade de escolha. Essa ausência de prescrição, essa possibilidade de escolha, no entanto, está limitada aos valores virtuais existentes, ou idéias existentes. Essa ausência de prescrição, portanto, é imposta por uma prescrição mais alta – o individualismo (Dumont, 1985).

1.3 Holismo / individualismo na sociedade brasileira

Duarte (1986), ao deter-se sobre a questão da difusão diferencial da ideologia individualista na sociedade brasileira, condicionada ao processo de modernização de suas estruturas sociais e culturais, argumenta que, apesar da lógica holista hierárquica englobar a ideologia individualista, conforme defende Dumont, num nível mais descritivo e concreto da sociedade moderna, o individualismo e a igualdade ocupam um primeiro nível mais englobante, diferenciando-se, em seu interior, num segundo nível, num outro par de oposições composto pela ideologia individualista e a igualdade, opondo-se ao holismo e à hierarquia.

Esse modelo, segundo o autor, aproxima-se mais do senso comum acerca do mundo no que tange às diferenças entre segmentos culturais hegemônicos em nossa sociedade, representados pela ideologia individualista, e as formas holísticas e relacionais, características das classes populares. Ele argumenta que, no interior das sociedades modernas, quando a análise incide sobre os segmentos culturais não-dominantes é que a percepção da realidade e da diferença hierárquica dos dois modelos se faz fundamental, evitando o risco de um etnocentrismo. Aqui se situa a tensão entre as formas individualistas de conceber a pessoa, presentes nas práticas de saúde, e as formas holistas que caracterizam a cultura das classes populares.

No que tange à questão da “individualização” das classes trabalhadoras, emergem duas teses que, segundo Duarte (ibid), não se sustentam. Uma delas diz que as classes trabalhadoras já seriam individualistas, em função de sua exposição a processos

modernizantes tais como o processo de quebra da família extensa, dos laços tradicionais, da cooperação da vizinhança rural e vicinal, das relações de patronagem, quebra da visão de mundo particularista, quebras essas propiciadas pela migração do campo para as cidades. A segunda tese defende que as classes populares ainda não seriam individualizadas porque não modernizadas, herdeiras de um tradicionalismo. O autor formula como crítica que tais perspectivas exageram no purismo e na univocidade das condições que precederam uma atualização desses valores, bem como focados em determinados traços isolados, não vislumbram a continuidade de uma mesma lógica a despeito de comportamentos superficialmente discrepantes. Uma outra crítica de Duarte seria a de que, a despeito de uma modernização das condições de vida, das estruturas culturais, seria uma hipótese evolucionista acreditar que essa modernização implicaria necessariamente na adoção de uma ideologia individualista por parte das classes populares, como se não houvesse muitas formas de ser “tradicional, hierárquico-holista”.

Outra característica das culturas das classes populares refere-se a uma oposição explícita aos valores da classe média, oposição que constitui o ponto de vista não só do etnógrafo, mas também presente no discurso das classes trabalhadoras. Uma segunda hipótese para se explicar a individualização das classes populares seria o processo de invasão dos valores individualistas mediante os meios de comunicação, pelos aparelhos centralizados de educação, pela saúde, higiene, assistentes sociais, mesmo o contato com os hábitos das classes médias mediante o trabalho doméstico. A crítica a essa hipótese defende a capacidade de resistência das culturas ameaçadas, que como efetivo sistema simbólico, seleciona, reinterpreta e reinventa os elementos que lhes são exteriores.

Um terceiro processo de individualização é atribuído à inserção no mercado de trabalho urbano e fabril, no qual se desenrolam dois processos: o primeiro é a dissolução da solidariedade unidade doméstica / unidade de produção / unidade de consumo, o que exporia os membros da família à vivência singularizante do mercado de trabalho. O segundo processo seria o da experiência fabril, no sentido da experiência de relações e de processos de trabalho capitalistas.

Duarte (ibid) opõe-se a essas hipóteses de individualização, pois despertam avaliações ambivalentes: por um lado, significam a subordinação às injunções de classe, por outro, significam a aproximação de condições propícias ao desvendamento da “alienação”, à assunção de uma consciência individual da dominação e da necessidade de um bom caminho de sua superação. Assim, o problema que permeia a questão da diferença cultural entre as classes populares e as classes médias vem sendo formulado em termos de uma maior ou

menor aproximação com a ideologia individualista, ou de algumas categorias comportamentais ou valorativas que a ela se associam.

1.4 Holismo e a representação de pessoa

Para pensar as formas holistas da noção de pessoa, podemos tomar como ponto de ancoragem etnografias realizadas sobre a cultura das classes populares no Brasil (Duarte, 1986; Salem, 2006; Sarti, 1995; Fonseca, 2000), que reiteram a preeminência do grupo, da coletividade sobre o indivíduo. As relações de pertencimento prevalecem, condicionam a instituição de pessoas diferenciadas, hierarquizadas no interior dessa configuração holista. A hierarquia, no entanto, não se confunde com dominação. O caráter hierárquico porta o sentido de uma diferencialidade, relacionalidade, complementaridade e reciprocidade.

As classes populares no Brasil são pensadas como auto-representadas a partir de uma lógica hierárquica-relacional, com uma identidade emblemática concentrada nos tripé família/trabalho/localidade. O cumprimento de atividades relativas a casa e ao trabalho é importante do ponto de vista da construção da identidade pessoal, no sentido da reputação, prestígio e da honra. Quanto à família, valorizam-se intensamente os vínculos de pertencimento, tanto no que toca à unidade doméstica quanto à parentela. O pertencimento ao grupo de co-habitantes de uma mesma região é uma característica também marcante, com alto grau de sociabilidade interna.

Segundo os autores acima mencionados, a família das classes populares procura responder a uma lógica hierárquica e recíproca de relação, marcando e diferenciando os papéis de gênero, cuja reciprocidade é caracterizada pela complementaridade entre esses papéis.

A família é estruturada como um grupo hierárquico, de autoridade patriarcal, cujas relações de precedência são a do homem sobre a mulher, dos pais sobre os filhos, e dos mais velhos sobre os mais novos. A organização doméstica é calcada na divisão sexual tradicional do homem provedor e a mulher dona de casa. No interior dessa hierarquia, os papéis familiares são definidos de forma recíproca e complementar - o homem chefe da família e a mulher, chefe da casa. Assim como o homem tem precedência sobre a mulher, a família tem precedência sobre a casa.

Segundo Duarte (1986), a construção das trajetórias de gênero nas classes populares se faz pela oposição dentro/fora. A construção da masculinidade se dá num âmbito público

pelo trabalho, que encompassado pelo Valor-família, faz do homem o provedor da casa⁶. Como chefe de família, cabe a ele a defesa da honra familiar num espaço público, sendo essa respeitabilidade referida ao desempenho das funções de trabalhador, marido, pai e filho. A “obrigação” masculina seria “manter o respeito e botar comida dentro de casa” (Ibid, p.176). De forma complementar, a autoridade feminina está no desempenho de seu papel de gênero num âmbito privado – ser mãe e dona de casa, zeladora da família no que tange aos cuidados com a saúde, nutrição, gerência da casa, bem como responsabilizar-se pela reprodução moral de seus descendentes num âmbito privado. Sobre as mulheres – esposas e filhas - recai a vigilância masculina em relação ao desempenho das funções legítimas de seus papéis sociais.

No que toca o estudo de gênero nas classes populares, a categoria “família”, em detrimento do indivíduo, ou mesmo conjugalidade, parece ser especialmente cara como foco de análise dessas formas de relação. As relações de reciprocidade e complementaridade são vividas não só no âmbito das relações conjugais, mas também são estendidas aos consangüíneos. A autoridade masculina não está necessariamente repousada no papel do provedor, que certamente a reforça, mas na sua relação com o mundo externo, na sua função de intermediário entre a família e a vida pública, guardião da respeitabilidade familiar. Se esse papel não é desempenhado pelo cônjuge, esse é exercido por outros homens da família – em casos de separação, novos casamentos, ou em que o novo marido não ocupa o lugar masculino em relação aos filhos da sua mulher (Sarti, 1995).

Da mesma forma, diante da impossibilidade da mãe / esposa / dona-de-casa exercer o seu papel de gênero, esse é distribuído na rede de familiar mais ampla, não precisa ser condensado numa só figura. Apesar de abalar um dado modelo tradicional de reciprocidade centrado no casal, reforça o ethos masculino e feminino na diferença entre os sexos ao atualizá-los na rede familiar mais ampla. Com essa distribuição, seria reforçada uma ambigüidade em relação a essa rede que oscila entre a reciprocidade e a autonomia.

No que diz respeito à socialização diferencial de gênero, Salem (2006) salienta uma ambigüidade intrínseca à socialização masculina, ausente na socialização feminina no tocante ao mundo doméstico, na medida em que a socialização valoriza a relação do menino com o

⁶ O trabalho remunerado, seja do homem seja o da mulher, serão significados de acordo com o ethos do masculino e feminino. No que toca os destinos dos rendimentos, o salário masculino destina-se às necessidades básicas e permanentes da casa, enquanto o salário feminino destina-se ao que é “extra”, conjuntural. O trabalho feminino ocupa um lugar secundário simbolicamente no interior da família conjugal. Há que se fazer a ressalva que as mulheres das classes populares sempre trabalharam, diferente das de classe média e alta. Quando a mulher é a única provedora da casa, quando não existe o provedor masculino, no entanto, o padrão de autoridade familiar anteriormente descrito não muda. Os papéis ficam diluídos na rede familiar mais ampla e, mantendo um padrão patriarcal de autoridade, essa autoridade fica diluída, permitindo uma margem de negociação maior (Sarti, 1995).

universo da rua, com aquilo que é externo à casa, coincidindo inclusive com sua iniciação sexual e com sua inserção no mercado de trabalho, que se dá por volta dos 13 anos.

Do ponto de vista masculino, haveria uma dissociação entre sexo e vínculo: o sexo teria um fim em si mesmo, um impulso descontrolado a ser satisfeito. Essa posição contrasta com a posição feminina em relação à sexualidade, que estaria a serviço instrumental da manutenção do vínculo amoroso, que envolve o controle e a legitimação da relação pela rede familiar mais ampla. Essa seria uma forma holista (e feminina) de pensar o namoro e a sexualidade, na medida em que o namoro não diria respeito exclusivamente ao casal, mas à rede familiar extensa.

Nesse contexto a virgindade é um atributo valorizado e vigiado pelos homens da família, responsáveis por garantir o respeito no namoro das meninas, na tentativa de conseguir um bom casamento. A legitimidade pública do pai e da mãe garante o capital moral investido nas “moças de família” (Duarte, 1986).

Disso decorre o pendor masculino à circulação, enquanto a socialização feminina a sexualidade está a serviço do vínculo. Aí se condensaria a tensão estrutural entre os gêneros⁷. Nesse sentido, não só a sexualidade masculina estaria mais desatrelada à família, como também os próprios meninos, como pessoas, seriam mais “individuos” em relação ao vínculo familiar. A individuação experienciada pelos meninos seria uma elaboração do projeto de ser homem num contexto holista (reproduzir a oposição fora/dentro), que implica em sua expulsão do ambiente doméstico como requisito para que posteriormente venha a desempenhar sua “obrigação” para com ele, obrigação que é portadora dessa ambivalência.

De maneira diferente da concepção de outros autores, Salem (ibid) defende que a circulação masculina não seria uma quebra da reciprocidade entre os gêneros, mas uma “inclinação moral prevista, senão estipulada, pelo próprio modelo.” (p.248). Nesse sentido, a circulação masculina não seria um comportamento desviante, mas esperado, previsto.

A permanência feminina e a circulação masculina remetem à matrifocalidade, que reproduzirá nas meninas a percepção da fragilidade dos laços conjugais e a complementaridade entre os gêneros, e nos meninos acentuará sua ambivalência estrutural em relação ao doméstico.

7 Salem (2006) constatou que, contrastando com o modo relacional totalizante de construção identitária nas classes populares, a sexualidade seria também uma referência identitária importante para os homens, fazendo-os, à primeira vista, assemelharem-se aos segmentos modernos individualistas. No entanto, essa semelhança seria aparente, não significando de fato uma diluição das diferenças culturais. Os homens das classes populares representam a si próprios como governados pela sexualidade, inscrita no domínio de uma natureza que os domina. Essa perspectiva difere da forma como os modernos concebem sua sexualidade, como mediada por um voluntarismo, racionalizada por um código “individual-psicológico-sexualista”. A autora propõe uma diferenciação entre os conceitos de individuação e individualização, esse último comprometido com a ideologia individualista e prenhe dos valores de liberdade, igualdade e autonomia.

No que diz respeito à “expulsão” masculina do espaço doméstico, quando sua circulação ocasiona a dissolução do laço conjugal, há uma aliança entre mães e filhos que redonda da expulsão de outros homens circulantes. Esses, por sua vez, compensariam sua “expulsão” com mais circulação, “feminilizando-se” quando mais velhos, permanecendo num mesmo vínculo mais tarde.

Salem (2006) afirma que a circulação masculina estaria também relacionada à sua dificuldade, em função de sua inserção de classe, de cumprir o seu papel de trabalhador e provedor para a família. A partir de uma equivalência entre masculinidade e virilidade, a circulação, de forma compensatória, lhe concede o lugar simbólico de afirmação de sua masculinidade, no exercício de sua sexualidade com várias parceiras, no “fazer” filho, sexualidade por eles atribuída à sua própria “natureza”. De forma complementar à situação de circulação masculina, as mulheres acirram seu pendore ao vínculo.

Ainda que essa polarização esteja num mesmo patamar analítico que a polarização dentro/fora, que mantém a reciprocidade e a complementaridade entre os gêneros, calcada na diferença estatutária, essa polaridade permanência/circulação ameaça o sistema moral calcado na reciprocidade entre os gêneros, na medida em que produz um desencontro entre eles e um acirramento de suas respectivas posições.

O que impediria esse sistema de falir, segundo a autora, seria o “valor-família”, depreendido a partir da articulação persistente do feminino com a permanência e com o “homem como valor”, depreendido a partir da resistência feminina a frustrações sucessivas. O valor-família, ressalta a autora, pode ser observado também nas relações com a parentela. A reciprocidade, como pilar moral das classes populares, não se aloca primordialmente no casa, mas se estende à parentela.

Levando em consideração a hierarquização das relações característica do paradigma holístico, a autora formula como hipótese a precedência da relação filho-mãe sobre a relação marido-mulher. Nesse sentido, afirma que os homens das classes populares seriam simultaneamente hierárquicos e individuados na relação com a parceira, ao mesmo tempo que hierárquicos e relacionais na relação com a mãe. Eles seriam individuados em relação à primeira porque pouco individuados em relação à última. A matrifocalidade, a retenção simbólica do homem na sua unidade doméstica original seria um fator que o predisporia à impermanência e à circulação no que diz respeito à relação com as parceiras.

1.5 O fenômeno do “nervoso”

O caráter contrastivo característico da relação entre as configurações holistas e individualistas expressa-se, dentre outras, na relação das classes trabalhadoras com os serviços de saúde, cujas práticas calcadas numa concepção moderna de pessoa vão de encontro a uma representação de pessoa e de perturbação inscritos numa relacionalidade hierárquica. Duarte (1993) aponta a necessidade de se reconhecer o fenômeno do “nervoso”, forma de perturbação físico-moral característica da lógica relacional, como uma experiência social mais ampla e mais diversificada que a doença. A representação do nervoso está calcada numa representação de pessoa diferente daquele dualismo mente/corpo característico das representações modernas. O autor afirma que a configuração do nervoso não abole o dualismo físico-moral, mas representa uma forma de conexões e fluxos possíveis entre essas instâncias, no sentido de que um evento físico pode acarretar reações morais, assim como reações morais podem produzir efeitos físicos. Esse caráter relacional dos nervos constitui uma teoria não-psicologizada do humano, na medida em que os nervos são concebidos como “um meio físico de experiências tanto físicas como morais” (p.61), opostas à idéia de um psiquismo, a que se busca estabelecer uma hegemonia sobre o físico. Nessa relacionalidade dos nervos, descomprometidas com a idéia reificada de doença mental, admite-se uma continuidade entre perturbações leves, quotidianas e aquelas mais graves, próximas à loucura, sempre referidas a um pano de fundo situacional, fazendo do código do nervoso um instrumento de negociação de regras e códigos situacionais, no interior de uma rede relacional familiar e local.

Se uma visão psicologizada e individualizada do humano é característica do sujeito moderno, os nervos marcam uma perspectiva relacional da pessoa, não-individualizada e não-psicologizada. Relativiza-se o nervoso, mas não se relativizam as categorias nosológicas utilizadas pela medicina para descrever as “doenças mentais”, reificadas como entidades em si, desatreladas de uma construção social. Desta feita, afirma Duarte (1986), cai-se no embaraço de tentar compreender as perturbações físico-morais do nervoso mediante o uso das categorias psicopatológicas.

Nessa mesma obra, Duarte descreve o fenômeno do nervoso ancorado na dinâmica relacional na qual se dá a construção identitária das classes populares. O autor sistematizou sua descrição segundo recortes descritivos que vão de um âmbito mais restrito ao mais amplo – a construção intrapessoal da perturbação, a construção diferencial da pessoa, o nervoso e a vida interpessoal e o nervoso como mediação físico-moral. Nos parágrafos subsequentes privilegiarei os aspectos de sua descrição que ressoaram na análise das entrevistas realizadas na presente pesquisa, não mencionando outros aspectos de sua descrição.

O primeiro recorte é o da uma construção intrapessoal da perturbação, que o autor delimita como ocorrendo dentro dos limites da pessoa, em sua corporalidade. Destaca como núdulos importantes dessa construção o nódulo da substância, da comunicação, da irritação e da obstrução, núdulos descritos a seguir.

O nódulo da substância diz respeito à relação do “nervoso” com as substâncias corporais, com suas qualidades e relações. Um de seus núcleos semânticos é a qualidade de força/fraqueza que se vincula ao sangue, que se relaciona como coração e os músculos. O núcleo força/fraqueza não se refere somente a uma dimensão corpórea, mas também moral. A fraqueza ou a força podem ter essa dupla conotação, que se mantém imbricadas, como na expressão “fraqueza dos nervos”. Em sua fisicalidade, diversos eventos corporais tais como doenças, alimentação, os vícios, dentre outros são passíveis de enfraquecer os nervos, gerando o nervoso. A cabeça também pode ser entendida em sua fisicalidade em função do cérebro, “centro dos nervos”, como também numa dimensão mais moral, reduto dos pensamentos, ligada à idéia de mente, juízo e alma.

O nódulo da comunicação refere-se à inter-relação entre as partes do corpo, calcada na condutibilidade, força e motricidade dos nervos. A comunicação tem uma dimensão de contigüidade e de movimento. A contigüidade se dá pela afinidade entre sangue, coração e corpo, nos quais o sangue reina sobre o corpo, homólogo à afinidade entre nervos, cérebro e cabeça, na qual os nervos reinam sobre a cabeça. O movimento se dá pela regulação dos fluxos corporais – subir/descer, entrar/sair, movimentos que têm no “botar para fora” sua faceta terapêutica, que repousa sobre as representações das doenças cuja cura depende de expurgar o mal, (vômito, diarreia, as sangrias, as febres e erupções). O “botar para fora” é uma categoria físico-moral que se refere tanto a processos fisiológicos do corpo, normais ou decorrentes da doença, bem como às perturbações morais. A crise nervosa, a briga, o bate-boca, os exercícios físicos e mesmo a conversa são formas de “botar para fora”. Aqui se inscreve a representação que fazem da psicoterapia – uma conversa cuja dimensão terapêutica está no “botar para fora”.

O nódulo da irritação refere-se à “irritação nervosa”, próximo à idéia de sensibilidade, trazendo a relação do corpo com estímulos externos de ordem física e também moral. A irritação opõe-se à resistência nervosa, de não se deixar abater pelos estímulos externos - seja por comida, remédios, emoções ou reações morais aos estímulos.

O nódulo da obstrução é o que se refere às interrupções do fluxo da “comunicação”, do subir/descer, sair/entrar, portando uma dimensão bastante física, a dos fluxos corporais,

podendo, no entanto, referir-se às idéias, pensamentos na cabeça, reiterando a idéia de que “problemas e amofinações na cabeça” causam “irritação dos nervos”.

O segundo recorte é o da construção diferencial da pessoa, na qual a perturbação é ancorada na relacionalidade hierárquica descrita no item anterior, tendo no valor família o eixo axiológico da construção identitária da pessoa. Destacam-se os prismas de gênero, de classe de idade, situação e qualidade.⁸

Quanto ao prisma de gênero, o autor ressalta que a perturbação na mulher é interna e privada, enquanto que no homem é externa e pública. Em função do caráter interno e privado da mulher, identificada com o domínio da casa, sua circulação na rua se dá em circunstâncias rituais específicas como festas, eventos religiosos. À mulher é atribuída a gerência da casa e a reprodução físico-moral de seus descendentes, mediante o exemplo, recaindo sobre ela a exigência de grande retidão moral. A irritação dos nervos feminino – a crise nervosa - deve ser dramatizada num âmbito privado, pois se o fizer num âmbito público vira “show”, “escândalo”, indo contrário às normas do respeito. Nas mulheres supõe-se uma “sensibilidade nervosa”, menos passível de controle consciente, por oposição a uma maior “resistência” masculina, por associação a sua maior “força” física necessária ao trabalho. As perturbações masculinas estão referidas ao âmbito público, dramatizadas nesse espaço pelas “brigas”, caracterizando o homem “estourado”. Assim, o espaço público é “perturbador” para a mulher, especialmente quando obrigadas a trabalhar fora de casa, considerado algo ilegítimo, da mesma forma que para os homens, estar desempregado ou doente em casa o vulnerabiliza ao nervoso, sendo a vida privada fonte de perturbação para eles.

Quanto ao prisma de situação, ressalta-se a valorização da localidade, ao que é “de dentro”, seja esse “dentro” a casa, a família, a vizinhança, a comunidade etc, em oposição ao que é supra-local. A atribuição de benignidade ao que é de dentro e a malignidade ao que é de fora é representada pelos pólos contrastivos nós –nervosos / eles-malucos, nós-civilizados / eles-brabos; nós-trabalhadores / eles-marginais.

O terceiro recorte é o nervoso e a vida interpessoal. Nesse item, o autor formula três planos distintos nos quais se dão as perturbações: o plano relacional básico, que tem a preeminência da família e da localidade sobre a construção diferencial da pessoa e de suas relações, a partir de cujas tensões se dão as perturbações; o plano supra-local ou extra-relacional, que trata das relações da pessoa com o trabalho, o poder e a religião; e o plano hiper-relacional, que trata da religião como algo totalizante em relação aos demais planos.

⁸ Os prismas de gênero e de situação foram os que mais se mostraram pregnantes nos relatos dos entrevistados dessa pesquisa, em virtude do que me absteei de descrever os demais prismas.

Dentro do plano relacional básico, o autor destaca as ambigüidades estruturais próprias ao ethos masculino em relação ao doméstico e, de forma complementar, as tensões femininas em relação a essa ambigüidade. Os desvios em relação às normas familiares, bem como as “perdas relacionais” são auto-apontadas como geradoras do nervoso. Nesse plano o autor sinaliza o comum reducionismo dos problemas advindos desse plano relacional básico em um problema de ordem psicológico-sexualista, que, calcados na concepção de indivíduo moderno, exclui outros modelos de pessoa e de representação de perturbação.

Dentro do plano extra-relacional, o autor fala da quebra lógica de reciprocidade e de complementaridade que num universo hierárquico rege, dentre outras, as relações entre o que é local e o que é extra-local – a cidade, o trabalho, o poder e o saber. Dessa forma, “abusos”, vivências de “desqualificações”, “explorações” no âmbito do mercado de trabalho estão associadas à vida nos grandes centros urbanos, que contrapostos à vida no interior “atrasada”, é considerada mais plena de recursos de assistência, trabalho, “modernidade”. Diferente do interior, vive-se a experiência do anonimato e da desconfiança generalizada, que se reproduz não só no par interior/cidade, como em âmbito menor como bairro/cidade. À cidade também se associa a frustração da expectativa de fartura, de trabalho, fundamentais para a construção da identidade de trabalhador, garantidora da reprodução social da família, relacionando-se dessa forma às perturbações nervosas, quando da quebra das relações de reciprocidade nesse âmbito.

O plano hiper-relacional fala da relacionalidade de uma forma ampliada, referindo-se às relações entre pessoa, natureza e sobre-natureza como regidos por uma ordem totalizante, seja essa ordem natural ou mesmo religiosa. Nesse sentido, as perturbações são explicadas a partir de fenômenos naturais, como por exemplo, em função da lua e da maré, como também fenômenos de ordem sobrenatural, como o “mau-olhado”, “encosto”. Dessa forma, nas situações de forte adesão religiosa, o discurso do nervoso subordina-se à totalização pela religião, sendo entendido a partir desse prisma.

No quarto recorte sobre o nervoso como mediação físico-moral, é ressaltado o foco da responsabilidade, atributo importante tanto para concepção de sujeito individualista, como também para os holistas relacionais. A “capacidade moral” expressa-se em categorias tais como responsabilidade, obrigação, vontade e coragem; a “capacidade mental” envolveria categorias como juízo, mentalidade e controle, enquanto a “capacidade física” estaria em atributos como resistência, força e disposição. A falência da responsabilidade é mediada pelo nervoso. A lógica que classifica a perturbação em termos de gravidade varia de acordo com a situação, sendo considerados próximos da normalidade o “nervoso”, seguido do “estar doente

dos nervos”, seguido pelo “ser maluco”, no qual o sujeito se afasta da racionalidade que o sustenta. O discurso do nervoso funciona como mediação físico-moral de manipulação da identidade pessoal, variando as situações nas quais as pessoas serão mais ou menos cobradas em relação a seus comportamentos, em relação à “consciência” de seus “ataques” nervosos. A experiência espiritual e a loucura consideradas experiências de menor responsabilidade e consciência diferem do “espetáculo” (a crise de nervos encenada num espaço público) e do “encosto” (também encenado), condenados por portarem uma maior responsabilidade e consciência. A “crise de nervos” fica numa posição intermediária entre esses dois pólos, a pessoa tem mais ou menos consciência e responsabilidade sobre seus atos. A qualificação benévola dos atos dependerá de uma menor responsabilidade e consciência em relação a eles.

Essa forma de sistematizar o fenômeno do nervoso serviu como parâmetro para descrições subseqüentes das representações de sofrimento da população de baixa renda em diferentes tempos e contextos. Verztmam (1995) descreveu as concepções acerca da tristeza e da depressão em pacientes de um posto de saúde da zona norte do Rio de Janeiro, pacientes que não haviam tido necessariamente contato com profissionais “psi”, sendo captados de outras especialidades do posto. Carvalho (2001) deteve-se sobre a relação entre os discursos e práticas bio-psico-sociais dos técnicos do Caps⁹, orientados pelos preceitos da reforma psiquiátrica e pela psicanálise, e os discursos e práticas dos usuários e funcionários de apoio, discursos esses caracterizados por uma construção relacional e físico-moral da pessoa.

Na descrição de Carvalho (2001), o plano moral é englobante em relação ao plano físico e a perturbação é entendida de forma indissociável a algum evento perturbador, que varia entre problemas materiais, relacionais e má conformidade com os papéis sociais e códigos morais estabelecidos, geralmente referidos ao espaço da casa e do trabalho. Tais problemas de ordem relacional são referidos como causas dos “enfraquecimentos nervosos”, levando à perturbação. Nessa perspectiva, a melhora e a expectativa de cura estão também relacionadas à retomada das atividades relevantes.

Na descrição de Verztman (1995), seus entrevistados também relacionam a perturbação (“sentir-se tristes”) a ter “problemas na vida”. Os problemas podem ser tanto de ordem física ou de ordem moral, em geral tendo grande relevância, cujo significado de

⁹ Caps é o Centro de Atenção Psicossocial, composto por uma equipe multiprofissional que inclui psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, profissionais de educação física, estagiários, monitores de atividades que se ocupam do acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico diagnosticadas como neuróticas ou psicóticas graves, que moram na região de abrangência de responsabilidade do serviço. A gravidade é pensada não só em termos da sintomatologia do transtorno psiquiátrico, mas também pelo histórico de muitas internações psiquiátricas e a fragilidade dos vínculos relacionais. Trabalha-se com a idéia de projeto terapêutico personalizado, que visa o cuidado em sua dimensão bio-psico-social, atentos a aspectos clínicos que dizem respeito à pessoa do usuário, suas formas de inserção no serviço, como também questões pertinentes a sua inserção social.

gravidade é compartilhado pelas pessoas. Nessa descrição a tristeza tem a duração da vigência do problema, e se dá pela equação - força moral de resistência versus força do problema. A relação força do problema / resistência da pessoa determina a intensidade e a duração da tristeza. A resistência da pessoa é sua capacidade de reação aos problemas que a vida impõe. Também na descrição desse autor, os aspectos morais são englobantes, o físico é englobado. Nesse sentido, “força moral” é um atributo bastante valorizado para que a pessoa consiga preservar a força física necessária ao trabalho. O Valor-trabalho organiza os discursos sobre a tristeza – para se manter a força do trabalho combate-se a tristeza. A resistência necessária para que a tristeza não atinja o corpo mobiliza uma rede de sociabilidade, o que evidencia um culto coletivo à força moral, representando atividade altamente integradora. Assim, “ser fraco” e não conseguir assumir suas responsabilidades para com os seus e o meio social é considerado ruim.

Em ambas as descrições, um lugar de destaque é dado à cabeça: reduto de pensamentos, idéias, sentimentos e emoções, classificados como bons/ruins, fortes/fracos. Os pensamentos são considerados ruins quando referidos aos problemas. Dessa forma, “ocupar a cabeça” com bons pensamentos, “limpá-la” realizando atividades ou exercícios são consideradas formas de distrair a mente e afastá-la dos maus pensamentos. Nisso reside aquilo que acreditam serem os benefícios das atividades oferecidas no Caps, atividades definidas em termos como “aprendizagem”, “coisas boas”, “boas maneiras”.

Em Verztman a tristeza é considerada a causa do nervoso, pois “enfraquecem” o corpo. “Ficar pensativo” remete a uma interioridade, à solidão de retomar a própria história na qual tristezas vão se acumulando. Pensar equivale a lembrar. O coração é onde se acumulam as tristezas, fazendo “pressão”, tornando necessário o desabafo. Fica-se doente de tanta tristeza – daí o nervoso. O nervoso mostra-se em decorrência de “guardar tristezas”, não as colocando para fora. O choro e o desabafo são considerados meios de se “botar para fora” a tristeza. Conversar sobre o problema-causa da tristeza com as “pessoas certas” – geralmente mulheres – visa buscar uma solução ou ajuda à conformação. Quando os meios de distração dos pensamentos não espantam a tristeza, pede-se a Deus que os tire da cabeça.

Tanto na descrição de Verztman quanto na de Carvalho, o controle/descontrole é o eixo estratégico de diferenciação entre as perturbações nervosas cotidianas (presentes na vida de qualquer um) da loucura. A demanda por tratamento se dá como uma demanda de medicalização, com o objetivo de “controlar o nervoso”, com o recurso dos remédios “fortes” - necessários, mas “perigosos”.

1.6 Individualismo e as “práticas psi”

No contexto das práticas em saúde, especificamente em relação às práticas “psi”, uma tensão entre concepções holistas e individualistas sobre a pessoa e sobre o adoecimento se fazem presentes no cotidiano das práticas. Ropa e Duarte (1985) discutem os impasses gerados na relação entre pessoas das classes populares e práticas psicoterapêuticas, impasses esses que vêm sendo creditados às limitações dos saberes psiquiátrico-psicológicos, às diferenças sócio-culturais existentes entre os profissionais e a população atendida, sendo tais diferenças circunscritas à diversidade no código lingüístico, incompreensão das manifestações culturais.

Discordando de Boltanski, para quem não existiria uma medicina popular como um corpo autônomo e distinto de saber, mas uma reinterpretação popular da medicina erudita, Ropa e Duarte (ibid) defendem que a despeito da penetração da ideologia dominante nas classes populares, essas preservam manifestações culturais autônomas, não só no que diz respeito às terapêuticas, como também visões de mundo bastante distintas. Diante da autonomia do universo simbólico das classes populares, faz-se necessário investigar suas concepções acerca do sofrimento psíquico, as situações que configuram uma crise e suas formas de lidar com esse sofrimento.

Diante da diferença colocada pelas configurações de valores holista, característicos das classes populares e a configuração individualista que ancoram as práticas “psi”, os autores retomam uma discussão sobre eficácia terapêutica realizada por Figueira. Para esse último, são considerados terapêuticos todos os recursos que a sociedade coloca à disposição dos indivíduos quando esses se encontram doentes e em situações de crise. A eficácia terapêutica de uma dada prática depende de sua capacidade de funcionar como sistema simbólico que seja capaz de oferecer, em momentos de crise, uma explicação derivada de uma visão de mundo que lhe é própria, propondo uma terapia apoiada na versão como procedimento diagnóstico para as dificuldades de um sujeito, permitindo saná-las. Uma versão da crise fornecida por um sistema simbólico permite tornar pensável e ordenada uma experiência que antes era anárquica e inefável, integrando tal vivência num sistema conhecido de crenças e valores. A eficácia de um dado sistema simbólico depende de sua capacidade de reintegrar uma experiência desagregadora.

Uma dada terapia só é possível se o paciente compartilhar da versão que lhe oferece o agente de cura. Nesse sentido, a eficácia simbólica de uma terapêutica depende da credibilidade que o paciente nela investe, do consenso social em torno dessa prática. Nas

sociedades modernas e complexas coexistem inúmeros sistemas simbólicos distintos, às vezes inconciliáveis. O indivíduo, para se situar frente às diversas visões de mundo, para escapar à desorientação, vincula-se a alguns desses sistemas e a possibilidade destes funcionarem terapêuticamente dependerá do seu grau de vinculação a eles.

Do lado da noção de indivíduo moderno, tem-se o conhecimento acerca da subjetividade com suas pretensões universalistas e uma dada concepção de indivíduo (livre, autônomo, igual, porém singular) dotado de uma interioridade psicológica. Russo (1997) ressalta a condição paradoxal do sujeito moderno: ao mesmo tempo entendido como livre, autônomo (diante da perda da transcendência) e igual (perspectiva igualitária quanto aos valores), senhor de si no plano jurídico-político, é também entendido como fadado a buscar seu próprio self fugidio, não podendo responder por si do ponto de vista psicológico, porque “despossuído de si”. Esse paradoxo é sustentado pelo valor-indivíduo encompassador.

Resgatando os processos produtores dessa concepção paradoxal acerca do indivíduo moderno, a autora destaca que ele é marcado pelo processo de secularização, de desencantamento do mundo e seu fenômeno correlato, que é a sacralização do eu, que, sofrendo um processo de interiorização e intimização, passa a ser o reduto das significações fundamentais acerca do ser humano.

Russo resgata um conjunto de autores a partir dos quais é possível compreender o paradoxo do indivíduo. Em Dumont, expõe a oposição entre, por um lado, a face jurídico-política dos deveres universais da perspectiva francesa, do racionalismo iluminista e sua ênfase na igualdade e na universalidade; e por outro, a face psicológica do indivíduo moderno, tributário do romantismo alemão e sua concepção interiorizada de indivíduo, dono de uma singularidade absoluta. Essa mesma dualidade reaparece em Simmel, para quem esses dois tipos de individualismo, o francês em sua busca por igualdade, próprio do século XVIII, e o alemão em sua valorização da singularidade, datado do século XIX, sucedem no tempo como dois movimentos distintos, representando dois imperativos do sujeito moderno: igualdade e singularidade.

Do mesmo modo em Sennett, o indivíduo deixa de estar referido a uma “transcendência secular” representada pela natureza em sua ordem universal, para ser apreendido em sua “imanência secular” – sua verdade passa a situar-se na concretude de sua imanência, a ser descoberta individualmente, caso a caso. O mundo então só pode ser ordenado de dentro para fora, a partir do self, já que não se pode mais contar com uma totalidade que seja externa ao sujeito. “No universo da imanência secular, o eu é a única totalidade possível, ou, talvez fosse melhor dizer, a única possibilidade de se chegar a uma

totalização do mundo exterior [...] Ao mesmo tempo esse eu está submetido às regras de significado: também ele é inapreensível na sua totalidade. Por isso pode-se dizer que o eu é um rei que não reina” (Russo, 1997, p.24)

Como valor central da configuração moderna, o valor-indivíduo costura, organiza a fragmentação atribuindo-lhe sentido, atribuição que se dá a partir do indivíduo, que passa ser a instância de totalização antes ocupada pela transcendência. No entanto, essa totalização via indivíduo revela-se impossível, na medida em que o que se busca é negado pelo próprio valor-indivíduo. Nas palavras da autora: “Para o sujeito isso se expressa na busca de totalização a partir do Eu e na percepção da impossibilidade de qualquer totalização: o self é algo que é buscado como centro do mundo e, ao mesmo tempo, algo que escapa ao sujeito.” (p.26) Como consequência desse paradoxo, afirma serem as psicologias, as práticas terapêuticas referidas ao self, as novas “religiões do eu”, porque tentativas de totalização via indivíduo, diante da perda da transcendência, do achatamento do mundo concomitantes ao surgimento do valor-indivíduo.

Como manifestação desse self fugidio, a autora cita a peculiar demanda de cura inespecífica remetidas às práticas “psi”, demandas que visam o auto-aprimoramento do sujeito, não mais centradas numa patologia mental, mas numa busca incessante de si, busca que a autora afirma ter um fim em si mesma, dada a dupla face do indivíduo moderno: autônomo e, ao mesmo tempo, determinado por forças que ele desconhece¹⁰.

Discutindo a pretensão universalizante das práticas “psi”, Bezerra Jr (1982) denuncia que a idéia de “projeto psicoterápico” tornou-se um implícito pouco pensado na prática clínica, idéia desdobrada em quatro aspectos fundamentais: as noções de cura, de causalidade, temporalidade/rememoração e a idéia de indivíduo, que quando confrontados com concepções de pessoa, adoecimento, cura e tratamento diferentes daquelas que ancoram tais concepções na formação do terapeuta, calcadas na suposta universalidade da noção de indivíduo moderno, esbarram com o rompimento da relação terapêutica, com o fracasso da intervenção.

As razões para o rompimento da relação terapêutica, quando o paciente em questão é oriundo das classes populares, o discurso da carência e da falta emergem para justificar esse fracasso: carências lingüísticas, que contrapõem o código restrito das classes populares e o

¹⁰ Tenório (2000) faz uma objeção ao argumento de Russo (1997), defendendo que o inconsciente tal como formulado por Lacan não admite a possibilidade de qualquer totalização, não remete a uma totalização transcendente, nem tampouco produz uma totalização via indivíduo. Argumenta que o conceito de inconsciente representado pelo “discurso do Outro” abarca necessariamente a dimensão do social, da cultura, que antecede o sujeito e fornece os termos de sua constituição, superando com isso a dicotomia indivíduo-sociedade presente em Freud. A análise lançaria o sujeito à assunção de uma totalização impossível, diante do que lhe restaria seu engajamento no laço social, razão pela qual o autor defende que os efeitos de uma análise não podem ser considerados efeitos individualistas. Desta feita, aponta para a possibilidade da psicanálise escapar do pensamento dicotômico entre holismo e individualismo.

menor uso do pronome pessoal “eu” à expectativa de verbalização da experiência, própria das práticas terapêuticas. Além disso, a relação terapêutica colocaria em questão a hierarquia que organiza as relações sociais desses pacientes, relações das quais depreende sua identidade, perante a diferença de status social e sua norma de conduta (Bernstein, 1964).

Impossibilitados dessa forma de pensar sobre si nos moldes individualistas, as pessoas das classes populares se tornam “subjetividades de exceção” frente às práticas assistenciais, expressão utilizada por Nicácio (1994) para descrever as conseqüências da hierarquização da clientela produzidas pelos técnicos no hospital dos servidores do Rio de Janeiro (IASERJ). Nessa dissertação o autor evidencia uma “divisão psicopatológica do trabalho” que tem origem na triagem dos pacientes, tendo como critério para tal divisão a “motivação” dos mesmos no que tange ao próprio tratamento. O autor descreve a classificação da clientela pelos técnicos de triagem de acordo com três categorias: os “psicóticos”, os “doentes dos nervos” e os “sujeitos psicológicos”. Aos dois primeiros é oferecida terapia medicamentosa, considerados “resistentes” à psicoterapia, em função da “organicidade” dos primeiros e do ancoramento do sofrimento no corpo pelos segundos. Aos últimos, geralmente oriundos da classe média, expressando-se com um linguajar intimista e psicologizado, com quem os técnicos partilham um mesmo aparato lingüístico e cultural, é oferecida psicoterapia, em virtude de uma maior “competência psicológica”, daí a maior “simpatia” por essa forma de tratamento. Os “nervosos” das classes populares têm sua demanda de tratamento naturalizada e então medicalizada, não questionada em função da “negação do substrato psicológico da doença”, razão que fundamenta um “menor interesse” em psicoterapia, estando a “recusa da etiologia emocional” na base de seus sintomas.

Carvalho (2001) em sua etnografia realizada em um Caps deteve-se sobre a relação entre os discursos e práticas bio-psico-sociais dos técnicos da instituição, orientados pelos preceitos da reforma psiquiátrica e pela psicanálise, e os discursos e práticas dos usuários e funcionários de apoio, esses caracterizados por uma construção relacional e físico-moral da pessoa. Os usuários, na relação com as práticas terapêuticas propostas, organizadas em torno das noções de cidadania, autonomia, interioridade e organização psíquica, reinterpretam-nas em sua configuração holista e hierárquica de valores, em cuja noção de perturbação era designada por “problema dos nervos”, tal como referido por Duarte (1986), sendo essa concepção irreduzível ao universo valorativo psiquiátrico-psicológico. Dessa forma, técnicos e usuários concebem as atividades terapêuticas do Caps de formas inteiramente diferentes, conforme salienta o autor. Caretta (2002) também evidenciou a diferença nas formas de conceber o adoecimento e o tratamento entre usuários e técnicos em sua pesquisa sobre

adesão às práticas biopsicossociais no tratamento da AIDS. Verztman (1995) ao pesquisar representações sobre tristeza e depressão nos usuários de um posto de saúde também depreendeu suas concepções sobre as terapêuticas possíveis para esse mal.

As concepções sobre psicoterapia mudaram um pouco desde a descrição de Verztman, realizada em 1991 e a de Carvalho, dez anos depois. Devemos considerar, no entanto, que o público entrevistado nas duas descrições é bastante diferente em termos de trajetória de tratamento nos serviços de saúde. Na primeira entrevistaram-se pessoas que nunca tiveram contato com as profissões “psi”, e as representações que tinham delas eram aquelas de “ouvir falar” – seja na mídia, seja por conhecidos. Carvalho, por sua vez, entrevistou pacientes de um Caps, pacientes que já tinham uma trajetória de tratamento com esses saberes.

Na descrição de Verztman os psicólogos são mencionados como pessoas amigas, que conversam, sem que essas conversas tenham um caráter necessariamente técnico. O psicólogo entra na cadeia relacional das pessoas, seguindo a lógica do desabafo, que se faz com qualquer pessoa de confiança, com a “pessoa certa” – em geral mulheres da rede relacional. A idéia de tratamento não está clara. Mediante o estudo os psicólogos podem “pegar a mente da pessoa e botar em outro lugar”; orientar, dar conselhos, “atingir o problema que está levando à tristeza”. Alguns entrevistados disseram que no caso das tristezas, os psicólogos não ajudam, salvo em casos de necessidade de conformação, quando a tristeza é muito grande.

A consulta ao psicólogo tem uma conotação moral negativa na medida em que está associada à idéia de que é para “ricos”, constituindo os “outros”, “os fracos”, quem sucumbem aos problemas. As pessoas não fazem uma distinção clara entre os profissionais “psi”. A psicologia é uma ferramenta que se pode manipular através do estudo, não sendo só os psicólogos que “têm psicologia”.

Na descrição de Carvalho (2001), assim como em Caretta (2002) e Verztman (1995), a psicoterapia é entendida como “tratamento baseado em conversa”. O psicólogo, como sendo um “doutor que só conversa”, não detém a exclusividade de uma “boa conversa”.

A psicoterapia é deslocada de seu lugar “psicológico” de origem para ser realocada nas configurações relacionais e físico-morais. “Pensar” é englobado no plano moral em “pensar coisas boas” e ocupar a cabeça com “bons pensamentos”, evitando os “pensamentos ruins”, entendidos como algo que agrava a perturbação. As atividades do Caps são entendidas com essa mesma finalidade de não pensar em coisas ruins, “ocupar a cabeça”.

O sentido físico-moral da conversa desloca o objetivo “original” da psicoterapia como sendo uma relação propiciadora de um refletir ou pensar sobre si, para a obtenção de

um conselho, correção ou ensinamento, como forma de “controlar” a conduta e os pensamentos, para evitar os maus e ocupar a cabeça com os bons.

A psicoterapia não é entendida como uma organização da psique que passe pela compreensão de um eu-interior, de uma interioridade psíquica. Encontram-se diretamente vinculadas aos jogos relacionais, aos eventos cotidianos e aos aborrecimentos por eles gerados. Inscrita na lógica da relacionalidade, a conversa com os doutores trazem algo de terapêutico em si mesmo, na medida em que “transmitem uma palavra de conforto, de consolo, uma palavra de paz”. A psicoterapia é um recurso terapêutico na medida em que permite auxiliar na resolução dos conflitos relacionais cotidianos, entendidos como causas das perturbações e cuja resolução está atrelada à idéia de cura (Carvalho, 2001).

Na descrição de Carvalho, no interior da perspectiva hierárquica dos usuários, a psicologia é englobada pela medicina, que os pacientes referem como sendo o tratamento propriamente dito. Os psicólogos seriam profissionais que avaliam para apresentar uma informação melhor para o médico, sendo a conversa entendida como recurso complementar à consulta médica. A conversa não é tratamento, mas uma forma de obter informações a serem repassadas ao médico para que esse conheça melhor o caso e possa acertar mais com o medicamento.

O profissional psicólogo aproxima-se da idéia religiosa do “conselheiro”, atribuição do pastor. A perturbação sendo englobada pelo plano religioso, a função do psicólogo coincide com a do pastor: a ambos são atribuídas as funções de “corrigir”, “dar conselhos”, “ensinar coisas boas”, “passar bons pensamentos” e “dar uma palavra amiga”, uma “palavra de paz”, “animar” as pessoas. O psicólogo seria conselheiro das questões mundanas, enquanto o pastor, além dessas, também conselheiro espiritual. O pastor tem sua eficácia respaldada por seu lugar privilegiado na relação com o espírito santo e com Deus e o psicólogo, um dos recursos de Deus a serviço dos homens. Para que a palavra do psicólogo tenha a eficácia desejada é preciso que esta seja inspirada por Deus, o que não depende da religiosidade do profissional, mas da pessoa dele, seu estado de ânimo, que não remete ao mesmo “estar bem analisado”, “estar bem resolvido em sua interioridade” como preconiza os ditames da boa clínica, mas de estar próximo e inspirado por Deus, estando “em paz consigo mesmo”. A presença de Deus é inspiradora de força tanto para os usuários quanto para o psicólogo.

Além de depreender as concepções acerca de tratamento e psicoterapia entre os usuários do Caps, Carvalho também o fez em relação aos técnicos da instituição. O autor descreve que da perspectiva desses, a finalidade do processo terapêutico é a individualização/autonomização do sujeito. A compreensão da noção de privacidade e de

interioridade por parte dos pacientes é considerada irrelevante para o processo terapêutico, sendo a diferença entre as pessoas atendidas nos Caps e aquelas atendidas em consultório particular algo de pouca importância.

Orientados pela psicanálise lacaniana, as questões sociais são subordinadas à organização psíquica inconsciente do sujeito. A “dificuldade de problematização de si” é entendida segundo uma perspectiva lacaniana que remete a uma desterritorialização do social, que passa a ser considerado a partir da ótica da dimensão inconsciente ou da “estruturação mínima do desejo” na construção da subjetividade. Os jogos relacionais dos usuários são entendidos como função de sua organização psíquica interna.

Dessa forma, a diferença cultural entre técnicos e pacientes não entra na reflexão sobre os fracassos terapêuticos, a despeito das diferentes formas de significar a psicoterapia entre técnicos e usuários. Para os técnicos o “pensar” é um instrumento ou consequência de um processo terapêutico no qual o usuário se torna cada vez mais capaz de pensar ou refletir sobre si. Essa reflexão se dá pela implicação direta do sujeito em sua história de vida, em uma maior organização de si, abordada pelo viés de uma dimensão inconsciente, visando sustentar sua singularidade desejante frente ao outro, a construção de uma maior autonomia, cidadania e um lugar social menos excluído.

Carvalho defende que apesar dos usuários fugirem desse molde político da consciência crítica racional e da cidadania ou dos moldes psicológicos da consciência de si e de sua singularidade psicológica não quer dizer que eles não questionem criticamente sua posição frente à sociedade mais ampla e frente a suas relações. A diferença é que essa problematização se dá mediante as negociações nos jogos relacionais cotidianos, não mediante um investimento em si mesmo como vetor de autonomia e cidadania, como propõem os profissionais de saúde em suas práticas.

2 METODOLOGIA

Algumas coisas precisam ser esclarecidas antes da descrição da metodologia utilizada. A pesquisa teve como objeto as representações de sofrimento e de psicoterapia dentre os usuários de um ambulatório de Saúde Mental, que conta com a equipe de duas psicólogas, dentre as quais, eu, a pesquisadora.

A proposta inicial era de que eu realizasse a observação participante, durante um limitado período de tempo, no cotidiano do serviço de psicologia do posto de saúde, nos Grupos de Recepção - grupos que constituem a primeira abordagem do serviço a quem busca atendimento. Conforme sugerem as “Recomendações sobre o atendimento em Saúde Mental na rede básica”, os grupos são agendados em quatro encontros, nos quais a demanda por tratamento é conhecida, minimamente trabalhada e ao final, é firmado um contrato terapêutico, quando se faz necessário. É no contexto dessas primeiras conversas que são conhecidas as queixas que desencadearam a busca por atendimento: o contexto de seu surgimento, representações acerca do sofrimento, sua historicidade, inferências sobre sua causalidade, suas expectativas em relação como definem “a cura”, o que esperam do tratamento que vieram buscar, etc.

No que toca essa primeira abordagem à demanda por atendimento dirigida ao serviço, os objetivos dessa pesquisa e os objetivos do grupo de recepção coadunavam-se em parte. Nesses grupos eu me apresentaria como psicóloga da instituição e como pesquisadora interessada nos motivos de terem buscado o serviço de psicologia, bem como as expectativas que nutrem em relação à assistência.

No meio do caminho achei particularmente difícil manter o distanciamento necessário à investigação do objeto de pesquisa, dada a minha inserção simultânea como técnica num grupo de recepção. A observação participante me exigiria um grande esforço para me manter “estrangeira” em relação ao campo estudado. Gravar os grupos para adiar esse olhar distanciado seria uma solução para esse impasse, mas pressupor uma unanimidade de consentimento do grupo poderia soar coercitivo para alguns, criando uma dificuldade a mais de se expor, prejudicando a finalidade clínica do mesmo. Diante disso, optei por desvincular por completo a pesquisa do trabalho clínico dos grupos.

A opção pelas entrevistas individuais semi-estruturadas se deu pela possibilidade de explorar em profundidade e com maior detalhamento o tema da pesquisa, ancorando-o no

contexto da biografia de cada entrevistado, bem como no contexto relacional que está inserido. As perguntas foram um convite aos entrevistados para falarem livremente sobre a construção da demanda por atendimento psicológico, sobre como concebiam a questão-problema que os levaram ao atendimento, bem como suas concepções sobre psicoterapia.

A decisão de participar da pesquisa e a autorização de ter a sua entrevista gravada foi uma opção individual, o que acredito não ter trazido qualquer prejuízo à inserção dos entrevistados no serviço¹¹. Busquei minimizar os possíveis riscos em relação a uma má-compreensão decorrente dessa superposição das funções de pesquisadora e psicóloga no contexto da pesquisa, mediante o prévio esclarecimento acerca dos objetivos da mesma e as formas de investigação a serem utilizadas. Destaquei que a entrevista não tinha a pretensão de ser terapêutica, função exclusiva do serviço.

Foram entrevistadas dez pessoas, sendo que na maior parte o convite foi feito no contexto do grupo de recepção. Duas entrevistadas já estavam em atendimento e o convite a participar da entrevista foi em função de suas inserções peculiares no serviço, a ser melhor desenvolvido à frente, na descrição dos entrevistados.

A garantia de sigilo e anonimato possibilitada pelas entrevistas individuais propiciou um contexto facilitador ao desenvolvimento dos temas, deixando-os à vontade para discorrerem sobre aspectos difíceis de serem abordados em um contexto grupal. A entrevista foi propiciadora de “revelações” para alguns, que abordaram temas muito delicados, coisas que não falam para ninguém, ou somente para pessoas muito próximas. O anonimato dos mesmos foi garantido por codinomes por eles sugeridos, tendo sido a primeira coisa a ser perguntada. Alguns disseram espontaneamente o porquê da escolha daquele nome. A partir de então, na medida em que o gravador era a única testemunha do relato além de mim e o entrevistado, eu me dirigia a eles com o codinome escolhido. Acredito que essa tenha sido uma oportunidade lúdica de auto-representação, incluindo-os no processo de construção dos personagens que habitariam a pesquisa. Os personagens eram reais, porém apresentados de forma anônima. Um dos entrevistados, no entanto, respondeu a entrevista como se fosse um personagem a falar de sua vida real, um personagem que ele não queria que fosse anônimo, mas público, personagem que ele encarnou não só na entrevista, mas também nos grupos de recepção subsequentes. Essa questão será abordada na descrição dos entrevistados à frente.

Uma vez realizadas as entrevistas, essas foram por mim transcritas de forma a reproduzir fielmente os relatos, inclusive com suas pausas, risos e choros.

¹¹ O termo consentimento livre e esclarecido e o roteiro da entrevista encontram-se em anexo.

O material transcrito foi agrupado destacando-se os temas da pesquisa: a construção da demanda de tratamento, expresso na trajetória prévia do paciente à busca do ambulatório de psicologia; as concepções de sofrimento psíquico, concepções que trazem consigo uma dada representação de pessoa; as representações e expectativas em relação à psicoterapia. A análise desse material se deu em diálogo com etnografias que abordaram esses temas, a saber: Duarte (1986), Nicácio (1994), Verztman (1995), Carvalho (2001), bem como o campo teórico apresentado anteriormente.

3 DESCRIÇÃO DO CAMPO

O serviço de psicologia do posto de saúde¹² Ariadne Lopes de Menezes e seus usuários

3.1 O Posto de Saúde

A título de contextualização da policlínica na qual se inclui o serviço de psicologia no qual a pesquisa de campo estará ancorada, vale nos determos um pouco sobre a história desse centro de saúde, bem como na caracterização de seus usuários.

A instituição na qual se insere a pesquisa é o Centro Municipal de Saúde Ariadne Lopes de Menezes, localizado no Engenho da Rainha, criado no ano de 1976. Como unidade básica de saúde do município de Rio de Janeiro, está submetida às diretrizes do Sistema Único de Saúde – o SUS¹³. Dessa forma, seguindo a lógica da regionalização do atendimento, a instituição tem como missão promover a prevenção e tratamento das enfermidades dos habitantes residentes numa sub-área da área programática 3.2¹⁴, chamada de XII Região Administrativa, abrangendo os bairros de Tomás Coelho, Pilares, Engenho da Rainha, Inhaúma, Del Castilho, Maria da Graça e uma população de 129.455 habitantes.

Em documentos de apresentação do CMS, o perfil epidemiológico da população é descrito como “População de baixa renda, com o predomínio de adultos jovens do sexo feminino. É uma área de alta densidade demográfica com saneamento básico inadequado, coleta de lixo insuficiente e alto índice de violência urbana, contribuindo para o adoecimento da população”. A XII região administrativa é composta também pelas seguintes comunidades: Morro do Engenho Rainha, Morro dos Mineiros, Parque Alvorada Cruzeiro, Fazenda das Palmeiras, Juramento, Parque Silva Vale, Brício de Fábio, Chácara Del Castilho (Bandeira 2), Vila Maria, Águia de Ouro, Chácara do Céu (Favela do Guarda), Parque Everest, Dom, Parque Proletário Engenho da Rainha, Fazendinha, Jardim Guadalajara, Coroado, Morais,

¹² A instituição a qual essa pesquisa se detém é referida por diversos termos no texto: “posto de saúde” ou simplesmente “posto”, que é como a população mais frequentemente se refere à instituição; “Centro Municipal de Saúde” “Centro de Saúde”, “CMS”, “Ariadne” termos que são mais utilizados por técnicos da instituição, “policlínica”, um termo descritivo pouco utilizado no dia-a-dia.

¹³ No que diz respeito à assistência à saúde no município de Rio de Janeiro, a rede de serviços é articulada em diversos níveis de abrangência. A cidade é subdividida em 10 áreas programáticas, cada qual com sua instância de coordenação – as chamadas Coordenação de Área Programática – CAP. Os serviços de saúde referidos a cada CAP têm como responsabilidade o atendimento à população residente na abrangência de sua área programática. No interior de cada área programática, pode haver ainda outras subdivisões de bairros para delimitar a abrangência da responsabilidade de cada serviço de saúde.

¹⁴ A área programática 3.2 abrange os bairros do São Francisco Xavier, Riachuelo, Sampaio, Rocha, Abolição, Jacaré, Jacarezinho, Cachambi, Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, Pilares, Piedade, Água Santa, Encantado, Todos os Santos, Méier, Engenho de Dentro, Lins de Vasconcelos, Engenho Novo, Árvore Seca, Gambá, Encontro e Cotia, somando uma população de 561.474 habitantes (Instituto Pereira Passos, 2002).

Matinha, Alvorada, Morro do Ivurarema e Nova Brasília. A população dessas comunidades¹⁵ representa 10,48% da população dessa região administrativa, contabilizando 13.565 pessoas.

3.2 Características físicas

O posto de saúde situa-se numa rua secundária, perpendicular a uma via principal por onde passam as linhas de ônibus do bairro e margeia a Linha 2 do metrô. A estação mais próxima é a estação do Engenho da Rainha. Na esquina da rua do posto de saúde com a via principal, situa-se um ponto de moto-táxi e de Kombis que vão para os bairros de Madureira e Cavalcante. O posto fica ao lado de uma escola municipal. A circunvizinhança é composta, “no asfalto”, por muitos conjuntos habitacionais - blocos de pequenos prédios – e casas, situadas “no asfalto” e “nos morros”.

Na via principal que margeia a linha do metrô, os moradores costumam contar que acontecem muitos roubos de carro e assassinatos. Alguns usuários contam que a linha do metrô divide espaços de circulação dos moradores, sendo um lado pertencente a uma facção relacionada ao tráfico de drogas e outro pertencente a uma outra facção rival. Eles relatam que o uso do posto de saúde é dificultado pelo fato de terem que cruzar a passarela do metrô, que delimita a fronteira entre um domínio permitido e outro proibido, em função da localidade de moradia¹⁶.

O posto fica localizado no meio de um terreno, utilizado como estacionamento pelos os técnicos. O centro de saúde é uma estrutura de dois andares, na qual as salas de atendimento abrem uma porta para a varanda, onde ficam os pacientes a esperar, e uma porta para o corredor interno da instituição, que costuma restringir-se à circulação dos técnicos. No primeiro andar, localizam-se as salas da vacinação, da pediatria, da clínica médica, da enfermagem, da pneumologia, da dermatologia e da nutrição, bem como uma sala de raio x desativada, uma farmácia e o arquivo dos prontuários. O acesso ao segundo andar se dá por uma escada interna que desemboca no corredor interno, para uso dos técnicos, e por duas escadas externas que dão acesso às varandas externas, para uso dos pacientes. No segundo andar, pela varanda do lado esquerdo têm-se acesso às salas do serviço social, da

¹⁵ Forma pela qual os moradores das “favelas” se referem ao seu local de moradia.

¹⁶ Esse é um relato ouvido com pouca frequência, mas quando surge, a regra é contada com muita veemência, acompanhada de exemplos trágicos de sua desobediência. A regra, contam os relatos, é mais rígida para os homens, tendo mulheres e crianças uma maior liberdade para ir e vir. É comum as mães, avós ou tias “escoltarem” seus filhos, netos ou sobrinhos até o ponto de ônibus, até o metrô, para garantirem a segurança deles no ir e vir. O lugar onde se mora impõe uma marca de pertencimento e é em relação a ela que a pessoa se situa quanto aos lugares seguros e os inseguros. Durante o horário de funcionamento do posto, ouve-se esporadicamente tiros bastante próximos, momento em que os funcionários e usuários correm para os corredores internos da instituição. Em ocasiões passadas, o posto já foi “mandado fechar” por ordem de traficantes, ordem obedecida pela instituição.

epidemiologia e da odontologia. Na varanda do lado direito, tem-se acesso ao banheiro para os pacientes, às salas da ginecologia, da psicologia e do auditório, chamado de “centro de estudos”. Ainda no segundo andar, com acesso exclusivo pelo corredor interno, têm-se a sala da direção, da administração, os banheiros para os funcionários e a cozinha.

A entrada da estrutura do prédio é fechada por uma pequena corrente, que veda a entrada dos usuários. Ao lado da entrada, situa-se um balcão ocupado pela segurança, acompanhado de pessoas do serviço administrativo. Com essas pessoas os usuários obtêm informações sobre as marcações de consulta, distribuições de senhas, etc. A relação entre técnicos e usuários é marcada pela tensão, uma vez que a capacidade de atendimento do posto é menor que a demanda da população. Os guichês de atendimento ao público são envidraçados e gradeados, protegendo os técnicos dos excessos dessa tensão. As marcações de consultas das especialidades médicas se dão mediante a distribuição de senhas em determinados dias específicos, formando grandes filas que começam de madrugada em frente ao posto, estendendo-se rua a fora, antes da abertura do serviço, às 7hs. As consultas a serem agendadas para o mesmo dia são também feitas dessa forma.

3.3 Os atendimentos das diversas especialidades

Os atendimentos nesse posto de saúde obedecem a um modelo ambulatorial, de consultas marcadas, às vezes de retornos bastante espaçados, chegando aos seis meses. Dentre as especialidades atuantes nesse centro de saúde, temos: pediatria, clínica geral, homeopatia, pneumologia, dermatologia, ginecologia, odontologia, epidemiologia, nutrição, serviço social e psicologia.

Cada profissional permanece envolvido com sua própria especialidade, em suas consultas ambulatoriais. A articulação entre os profissionais de diferentes formações, salvo a articulação médico-enfermeiro, se dá situacionalmente, quando se trata de responsáveis pelo mesmo programa de saúde. Dentre os programas de saúde disponíveis à população nesse posto, temos: Prevenção contra Câncer de Mama e Útero, Prevenção e Tratamento da Cárie - 0 a 14 anos e gestantes; Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança; Programa de Atenção ao Adolescente; Programa de Atenção ao Adulto; Programa de Atenção à Mulher; Programa de Hipertensão Arterial; Programa de Saúde Bucal; Atividade de grupo para idosos, Programas de tratamento de AIDS e DSTs, diabetes, hanseníase, tabagismo, tuberculose; Programa de Planejamento Familiar.

Nesses programas, a abordagem costuma ser multiprofissional, de caráter informativo, a um grupo determinado de pacientes. São o que os usuários chamam de

“palestras”, cuja popularidade varia bastante. Dentre os trabalhos grupais desenvolvidos, destacam-se: as “palestras” direcionadas às gestantes quanto aos cuidados de si e do bebê, realizados pela ginecologista e a assistente social; as palestras da nutrição e da enfermagem para os hipertensos e diabéticos; e as palestras de planejamento familiar que abordam os métodos contraceptivos, etc. O programa direcionado aos idosos foge a esse perfil, pois promove a interação entre os usuários mediante atividades de lazer. Essas atividades que envolvem uma coletividade acontecem no centro de estudos, sala bastante concorrida pelos diversos programas oferecidos.

Outra forma de articulação entre os técnicos se dá quando fazem um encaminhamento de um caso que consideram mais complexo, mais grave, para o colega de outra especialidade. O encaminhamento é feito pessoalmente, com um breve resumo do caso. Diferente disso, o encaminhamento vem num papel, trazido pelo paciente, com o nome da especialidade a ser consultada.

3.4 O serviço de Psicologia

O perfil atual do funcionamento do serviço de psicologia desse posto data do início de 2007, ocasião na qual eu e minha colega, ambas psicólogas, assumimos a função da antiga psicóloga - que lá trabalhou por dez anos e foi transferida para um posto de saúde mais próximo de sua residência. Desde então, passamos a formar a equipe de Saúde Mental do posto.

A psicóloga que saía nos passou alguns casos que ela atendia, ensinou-nos a burocracia dos boletos de faturamento¹⁷, e despediu-se, dizendo que trabalhar naquele posto “era tranquilo”.

Cabe aqui ressaltar que, logo que iniciamos o trabalho, com a agenda ainda vazia, um grande número de funcionários do próprio posto veio nos pedir atendimento psicológico. Essa é uma prática bastante comum dentre as outras especialidades, a de os funcionários (na maior parte das vezes os de nível médio e técnico) e suas famílias recorrem aos médicos do posto para se tratarem. Recusamos todos os pedidos, sob o argumento de que ao sobrepor uma relação terapêutica a uma relação de trabalho correríamos o grande risco de nenhuma das relações darem certo. Esse argumento causou rebuliço, ressoou pelo posto, as pessoas falavam disso toda vez que nos viam, até que se conformaram e nos encaminharam alguns parentes

¹⁷Para cada paciente que atendemos, precisamos preencher um boleto com o nome do paciente, idade, diagnóstico, modalidade de atendimento realizada, para fins de faturamento e repasse de verbas para o posto de saúde.

para atendimento. Esse encaminhamento de familiares, vizinhos e conhecidos ainda hoje é uma prática comum.

Nos primeiros encontros com a direção do posto de saúde, nos entregaram as “Recomendações sobre o atendimento em Saúde Mental na rede básica”, elaborado pela SMS em 2005 e desde então procuramos seguir o recomendado: atendimentos individuais de trinta minutos, grupos de recepção como porta de entrada do serviço, coordenados por dois profissionais, tendo como critério prioritário de absorção a gravidade do transtorno mental. De início, fomos cobradas em relação ao número de pacientes atendidos, pois a chefia considerava pouco – atendíamos uma média de sete pacientes por turno de quatro horas. Fomos cobradas a produzirmos um maior número de atendimentos, sendo-nos sugerido que os grupos de recepção fossem coordenados por uma só profissional, dentre 15 pacientes, modelo provavelmente aplicado à clínica médica. Respalgadas pelas “Recomendações”, tentamos garantir alguma qualidade no atendimento de oito pacientes por grupo de recepção, coordenados por duas profissionais, em quatro encontros. Por fim, a cobrança diminuiu, pois não haviam recebido qualquer reclamação da CAP¹⁸ em relação à nossa produtividade. Dos cinco turnos de quatro horas dedicados ao trabalho, dois são destinados aos grupos de recepção e os outros três são destinados a atendimentos individuais. Cada psicóloga atende em média vinte e um pacientes em psicoterapia individual, o que corresponde a sete pacientes por turno de quatro horas.

No posto de saúde, estamos referidas à chefia da coordenadora de programas, cargo exercido pela nutricionista. A essa mesma chefia estão também referidas à nutrição e o serviço social. Há uma chefia médica, aos quais se reportam os médicos e os dentistas, e uma chefia para a enfermagem. Com alguma frequência somos requisitadas a participar dos programas que são desenvolvidos na unidade, tais como o tabagismo, os grupos para gestantes, hipertensão e diabetes, etc. Relutamos, à medida do possível, assumir essas responsabilidades, uma vez que isso significa menos tempo dedicado ao atendimento às demandas de saúde mental, que sabemos ser maior do que nossa capacidade de atendimento.

O programa de Saúde Mental desse posto nunca contou com outros profissionais que não psicólogos ao longo de sua história. Nesse posto, nunca houve psiquiatras, nem enfermeiros ou assistentes sociais trabalhando com Saúde Mental. Apresentar-nos como referidas a esse programa marca a inserção do trabalho numa rede de assistência maior, que é a rede de saúde mental da AP 3.2, numa parceria de trabalho com outros profissionais e

¹⁸ Coordenação de área programática.

serviços mais complexos como os Caps e os hospitais de crise, cuja coordenação entre os serviços é externa ao posto de saúde. Isso implica que respondemos a duas instâncias distintas: à chefia do posto de saúde, coordenadora de programas; e à articulação com os outros serviços de Saúde Mental da rede.

Dessa forma, estamos referidas a uma micro-rede que inclui também as equipes de Saúde Mental do PAM Rodolpho Rocco, de Del Castilho; o PS Renato Rocco, de Jacarezinho; do PS Eduardo Vilhena Leite, de Pilares; rede articulada pelo Caps Torquatto Neto, em Maria da Graça. Nas reuniões de eixo, como são chamadas as reuniões dessa micro-rede, são discutidas questões pertinentes à rede – articulações entre os serviços, fluxos de pacientes, demandas, casos clínicos, etc. Tais reuniões geram alguns poucos encaminhamentos, frutos da discussão de casos e articulação necessária entre os serviços. A articulação com a equipe do Capsi¹⁹ Maria Clara Machado, referência no atendimento de crianças e adolescentes graves de toda a área programática 3.2, se dá situacionalmente, por contato telefônico ou mesmo mediante a discussão dos casos na reunião de equipe do Capsi, a medida da necessidade de cada caso que partilhamos o cuidado. É importante ressaltar que os psiquiatras dos ambulatórios da 3.2 não atendem crianças e adolescentes, remetendo os casos para a avaliação do Capsi.

Mais recentemente, contamos com a parceria da equipe de psicólogos dos Médicos Sem Fronteiras, radicados na comunidade do Alemão, onde atendem casos de sofrimento psíquico relacionados à violência. Dessa forma, encaminham-nos casos que necessitam de atendimento, porém a questão da violência não se faz prenante.

Intitular-se como equipe de saúde mental implica também em um compromisso de privilegiar os casos mais graves na assistência em detrimento dos “neuróticos com problemas na vida”. Por mais que a psicoterapia seja um trabalho subjetivo aberto a quem quer que se proponha a realizá-lo, não dispomos de vagas para todos, ainda que o acesso ao serviço, por meio dos grupos de recepção, seja assegurado a quem quer que seja. Essa questão surgiu como ponto de discussão em uma dessas reuniões de eixo. A quem se destina os atendimentos individuais no ambulatório? Apesar do SUS preconizar acesso universal a seus serviços, no caso da Saúde Mental, o acesso à psicoterapia no âmbito dos serviços públicos de saúde estão destinados, preferencialmente, aos chamados “casos graves”. E a avaliação da gravidade cabe ao profissional.

¹⁹ Caps para crianças e adolescentes.

Os profissionais do posto de saúde, bem como a clientela que procura o serviço, na maior parte das vezes desconhecem esse compromisso com uma rede mais ampla e com as pactuações quanto à elegibilidade da clientela que são feitas. À clientela, isso é dito a todo início de grupo de recepção. Os casos menos graves que se propõem a um trabalho psicoterápico destinam-se à lista de espera, a encaminhamentos para instituições filantrópicas de assistência ou mesmo à clínica social das universidades.

3.5 Os grupos de recepção

Os grupos de recepção constituem o dispositivo de acolhimento recomendado pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito ao primeiro atendimento em Saúde Mental. Têm como objetivo, além de acolher a queixa que o sujeito traz para o atendimento, realizar uma triagem. Esses grupos devem ser compostos por dois profissionais de nível superior, a coordenar um grupo de no máximo oito pessoas.

Como o ambulatório não tem possibilidade de absorver todos que a ele recorrem, o critério de elegibilidade para absorção para atendimento continuado, segundo as “Recomendações sobre o atendimento em Saúde Mental na rede básica” é o critério da gravidade do transtorno mental, os quais figuram os transtornos depressivos, transtorno de uso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental, e os transtornos da infância e da adolescência como o autismo. Somam-se a esses transtornos o critério do “risco psicossocial”, os quais, no contexto carioca, figuram os casos de violência urbana/doméstica, tentativas de suicídio, isolamento social, neuróticos graves, egressos de internação psiquiátrica, e pacientes em processo de alta do Caps.

Dessa forma, são incluídos na grade de atendimentos individuais, tão breve quanto possível, os casos que identificamos como graves. São incluídos em nossa lista de espera aqueles casos que têm interesse de iniciar um trabalho terapêutico²⁰ e aqueles que avaliamos a necessidade de psicoterapia, que porém não são graves. Essas pessoas constituem a maioria das que buscam o serviço de psicologia. Nessa lógica, o grupo de recepção constitui uma certa garantia de atendimento, ainda que restrito, a essas pessoas. Enquanto esperam o atendimento possível, garantimos a possibilidade um livre retorno, caso a situação se torne mais difícil de ser levada sem acompanhamento. As pessoas dificilmente retornam com essa finalidade. Algumas retornam para saber como anda a fila e são prontamente informadas - mostramos a

²⁰ Ainda que esse “trabalho psicoterápico” ofertado seja inteiramente diferente da forma como a clientela o significa, conforme vimos nas pesquisas de Duarte, Carvalho, Verztman e Caretta.

lista e seu lento andamento. Oferecemos outras alternativas para atendimento, como as clínicas sociais de universidades.

Os grupos de recepção começaram a ser realizados no início de 2007. Ao longo desse ano, foram marcados dois grupos por mês - um para crianças, outro para adultos – com oito participantes em cada. Marcávamos uma média de oito pacientes por grupo e quando começamos a nos defrontar com o grande número de faltas, passamos a marcar doze pacientes por grupo, na expectativa de que o número de presentes chegasse próximo de oito. Os grupos de recepção eram marcados à medida da procura, reabrindo um novo grupo a cada vez que iam lotando. Notamos, no primeiro ano, uma procura maior por atendimentos para crianças que para adultos, fazendo com que fizéssemos um mês com dois grupos destinados a crianças.

O espaço entre a marcação e o dia do grupo chegou a cinco meses, quando decidimos suspender as marcações por um período. As pessoas que insistiam em bater à porta apesar do recado de suspensão de marcação – o que entendíamos como sinal da “urgência” do caso -, marcávamos, dependendo da situação, para uma consulta individual ou mesmo como paciente “extra” nos grupos que estavam por iniciar. As outras “urgências” que chegavam pela mediação de outros técnicos da instituição e mesmo pela equipe de Saúde Mental da rede também recebiam o mesmo tratamento.

Das especialidades que nos pedem um “atendimento de urgência”, a ginecologia é a que mais solicita nosso auxílio, encaminhando casos em que a pessoa acabou de saber que é HIV positiva e se “descontrola”, diz que vai se matar e casos de gestantes que não estão lidando bem com a gestação, com a idéia de ser mãe. Casos de abuso sexual de crianças também constituem as urgências encaminhadas não só da ginecologia, mas também da pediatria.

No ano de 2008, fizemos a experiência de marcarmos quatro meses a cada abertura de inscrição, para que a marcação não ficasse muito distante, suspendendo a marcação quando os grupos desses meses lotassem. Marcamos os grupos de janeiro a abril. Em abril, reabrimos a marcação para os grupos de maio a agosto. Em agosto, marcamos os grupos de setembro a dezembro. Mesmo com essa estratégia, houve dois grupos de crianças – o de junho e o de agosto - que simplesmente não aconteceram, porque todos os inscritos faltaram. E mesmo sabendo dos quatro encontros, avisados no ato da inscrição, não apareceram nas terças ou quintas seguintes. É paradoxal a grande procura pelo serviço concomitante ao grande índice de faltas nos grupos. Reduzimos a distância entre a inscrição e o atendimento, mesmo que quatro meses ainda seja distante, e o problema das faltas se manteve. Mas há quem, apesar

dos quatro meses, compareça e aproveite o grupo, que corresponde a aproximadamente metade dos inscritos.

Já tentamos deixar a recepção aberta, sem necessidade de marcação, mas apareceram muitas pessoas, em torno de vinte pessoas. O grupo durou de oito ao meio-dia. Foi extremamente cansativo para nós e para a clientela, nem todos conseguiram falar em função do tempo. Na semana seguinte, apesar das anotações feitas, não decoramos nomes, confundimos as histórias, as pessoas falavam todas ao mesmo tempo, foi um caos. A experiência foi tão ruim e infrutífera que resistimos em tentar de novo. A vantagem seria que o acesso ao serviço seria garantido de forma irrestrita, acabaríamos com as distantes marcações. A desvantagem é o risco da mudança constante de participantes não favorecer a fala, de não formar grupo. O risco que se oferece a nós é o de não conseguirmos trabalhar cada caso a contento, em função do grande número de pessoas.

Começamos todos os grupos de recepção com a apresentação do serviço de Saúde Mental - a que se destina, as atividades realizadas, a clientela que precisamos privilegiar, a disponibilidade em termos de vagas. Apresentamos também o grupo de recepção, sua proposta e duração.

O grupo de recepção de crianças costuma acontecer não no centro de estudos, mas na sala de atendimento, que é bastante pequena para abrigar grupos. São marcados na agenda oito nomes de crianças, que, no primeiro encontro, comparecem somente os responsáveis, conforme orientamos. Nesse grupo de responsáveis, nem todas as pessoas marcadas comparecem, o que faz com que trabalhem com aproximadamente seis pessoas.

No caso do grupo de adultos, a recepção apresenta algumas dificuldades. Primeiro, a situação de grupo inibe algumas pessoas a falarem de si. Isso se manifesta no pedido de escuta individual, que nem sempre é possível acolher com um agendamento para breve, em função do privilégio do grupo como instrumento de recepção. No entanto, o último dos quatro encontros é realizado individualmente, quando as pessoas têm a oportunidade de dizer aquilo que não se sentiram à vontade de dizer em grupo.

Como o atendimento é regionalizado, outra dificuldade é o fato de as pessoas serem vizinhas. Esse fato pode tanto facilitar a fala - como naqueles casos em que a pessoa comparece à consulta acompanhada de um parente, um vizinho que se inscreveram juntos no grupo-, como inibir, em questões que as pessoas não se sentem à vontade para falar na presença deles, pois “pode gerar fofoca”. O grupo, no entanto, já aproximou vizinhos que pouco se falavam, pois no grupo ficaram conhecendo seus dramas particulares.

Falar de dramas particulares para e na presença de desconhecidos também é um fator de inibição inicial. No entanto, uma postura de não-julgamento e de respeito em relação às histórias contadas, a narrativa de um primeiro encoraja as demais pessoas a falarem na medida de sua disponibilidade de compartilhar de si. No primeiro encontro, os relatos são exclusivamente dirigidos a nós, que fazemos perguntas para conhecer melhor o caso. À medida que os encontros acontecem e as pessoas vão se conhecendo, é comum as pessoas partilharem opiniões, conselhos sobre alguns dramas relatados, no sentido de tentar ajudar a outra pessoa, sempre “pedindo licença” a nós para dizerem o que acham. Parece um grupo de auto-ajuda. Interferimos quando emergem julgamentos, conselhos imperativos, coisas que soem como verdade absoluta.

Apesar das pessoas contarem com a possibilidade de uma escuta individual no quarto encontro, chama a atenção a disponibilidade das pessoas em desvelarem algumas de suas histórias perante o grupo. Histórias difíceis relacionadas à violência conjugal, abusos sexuais, traições são contadas e os componentes do grupo se solidarizam, reconhecem o sofrimento do outro e o apóiam moralmente, falando em defesa uns dos outros, dando conselhos. Por vezes as pessoas se tornam amigas.

Um fator que encoraja a fala é o fato do grupo ser constituído exclusivamente por mulheres, na maior parte das vezes. É comum as mulheres se identificarem com as histórias contadas por outras, bem como marcarem diferenciações de trajetórias.

Quando acontece de ter um homem no grupo, nunca mais que um, no meio das mulheres, não é raro ele ouvir conselhos das mulheres em relação ao que fazer, especialmente quando a queixa trazida por ele refere-se a dificuldades nas relações conjugais. As dificuldades sexuais também são uma queixa bastante freqüente dentre aqueles que buscam atendimento, mas quando o fazem jamais falam disso no contexto do grupo.

3.6 Sobre o conteúdo dos grupos

No que diz respeito às crianças, é bastante freqüente o encaminhamento ter sido produzido pela escola ou mesmo pelo médico. As queixas mais freqüentes são “agressividade”, “agitação” e “dificuldades de aprendizagem”. No que toca às dificuldades que se expressam no contexto escolar, muitos problemas que dizem respeito à relação professor-aluno ou escola-aluno têm sido abordados pelo viés da dificuldade centrada no aluno, o que fundamenta os freqüentes encaminhamentos aos serviços de saúde – psicólogos, psiquiatras e neurologistas -, que se ocupam da tarefa de avaliar “se a criança tem um problema” e, eventualmente, tratá-la. Os pais, por sua vez, pouco discutem tais problemas na

escola, muitas vezes não sabendo dizer ao certo qual foi o motivo do encaminhamento. Em seus relatos, “agressividade”, “agitação”, “nervosismo” são entendidos como características intrínsecas às crianças, como se fizessem parte de sua “natureza”, “constituição”, muitas vezes remetendo-se a uma dimensão física, hereditária, evocando familiares com características semelhantes. Essa apreensão “essencialista” acerca do “nervosismo” das crianças esbarra com os esforços de desconstrução do problema por parte dos profissionais de saúde mental, tarefa que coloca em questão as relações da criança com seu entorno, com as figuras que lhe são significativas, trazendo para os pais uma dimensão relacional do problema que não é de todo estranha às suas formas de conceber “o problema da criança”.

Dificuldades na relação cuidador-criança são freqüentes também, seja o cuidador a mãe ou outros familiares. Em situações de crianças circulantes (crianças criadas por outros que não os pais), os conflitos relativos ao tema da filiação são recorrentes como motivação aos atendimentos. Ainda que a circulação de crianças nas classes populares seja uma prática comum (Sarti, 1995; Fonseca, 2002), parece que não se dá sem conflitos. Aparece nesse contexto a situação dos quintais. Os filhos de uma família (geralmente matrifocal) vão construindo suas casas num mesmo terreno, num mesmo quintal, mantendo com isso uma intensa relação com a parentela de origem ou a parentela do cônjuge. As crianças nesse contexto vão sendo cuidadas também pelos parentes – vizinhos, que muitas vezes assumem integralmente as responsabilidades com a criança na ausência dos pais.

A dificuldade de impor limites às crianças também é uma motivação freqüente na busca por atendimento. Os cuidadores temem que a “rebeldia” das crianças, associada ao livre brincar na rua, as levem para “o outro lado” mais tarde, quando adquirem mais autonomia. Nos casos de adolescentes, a preocupação dos pais incide sobre a iniciação sexual, às “más companhias” no espaço da rua, associadas à “rebeldia” (desobediência parental). Os perigos da drogadicção e do aliciamento ao tráfico fundamentam a proibição da freqüência aos bailes funk que acontecem nas comunidades da região. Em casos mais extremos em que a dificuldade de exercer autoridade sobre os filhos se expressa, a família recorre à ajuda do conselho tutelar, que atua como mediador, com a autoridade legal de aplicar sanções – seja aos pais ou às crianças. O conselho tutelar encaminha esses casos ao serviço de psicologia, nem sempre sendo possível a configuração de um atendimento – seja aos pais, seja às crianças – dado o caráter impositivo do encaminhamento.

Os adultos que buscam atendimento são em sua maioria mulheres “mães de família” a queixarem-se de “nervosismo”, “desânimo”, de estarem com os “nervos abalados” em função de conflitos conjugais e familiares. As mulheres parecem ser as porta-vozes dos

conflitos familiares, queixando-se de “sobrecarga de problemas”, trazendo ao atendimento queixas referentes a problemas alheios - filhos adultos que ainda dependem materialmente dos pais, filhos drogadictos, filhos que abandonam filhos aos cuidados da avó, netos “rebeldes”, maridos indiferentes, alcoólatras, violentos. Muitos conflitos relatados referem-se a insatisfações presentes nas relações entre os gêneros, cujos papéis parecem ser muito bem delimitados e fixos. Histórias de violência doméstica também são recorrentes, nas quais as mulheres buscam auxílio por que ficam “sem saber o que fazer” para que sua situação mude. Situações de mães que perderam seus filhos em situação de morte violenta também têm uma frequência digna de nota.

3.7 Descrição dos personagens e seus dramas

Nas páginas que se seguem, descreverei cada entrevistado, procurando destacar suas concepções de perturbação, o contexto relacional na qual essa se dá, bem como suas expectativas quanto às terapêuticas. As concepções acerca do sofrimento dos entrevistados foram apreendidas não só a partir de como eles próprios falavam de si, sobre o motivo que os levaram a buscar atendimento, como também da forma como se referem ao padecimento alheio.

3.7.1 Sarah

Sarah, 23 anos, negra, solteira, ensino médio completo, operadora de caixa, filha de pai policial federal, mãe costureira e do lar. Sua renda familiar mensal é de três salários mínimos, que sustenta além dela, a mãe e o irmão.

A entrevista de Sarah foi possibilitada a partir de sua participação no grupo de recepção, que tão logo soube do que a pesquisa se tratava, prontificou-se a participar.

Sarah buscou por atendimento psicoterápico motivada pelo encaminhamento de sua médica dermatologista, em função da reincidência de uma ferida de herpes que abria em seu dedo indicador. Para investigar a razão dessa ferida insistente, a médica lançou mão de duas hipóteses: requisitou um teste de HIV e a encaminhou à psicoterapia, caso o problema fosse “sistema nervoso”.

Sarah, no entanto, diz que o que a trazia ao atendimento eram “os problemas mesmo” – problemas do dia a dia, muitas contas para pagar e a relação conflituosa com a mãe. Sarah mora com a mãe e o irmão mais novo, seu pai é falecido. Trabalhava como caixa em um

armazém, mas em função da ferida em seu dedo que não curava, estava licenciada pelo INSS. Há um ano em casa, a relação com a mãe vinha muito difícil.

Sua adolescência, segundo ela, foi marcada pela “rebeldia” – a despeito dos esforços da mãe de tentar vigiar e controlar seu comportamento afetivo e sexual de forma que se conformasse com o ideal de mulher prescrito, tentando garantir o recato, marca de uma menina de família, menina de respeito-, Sarah desafiava esse modelo relacionando-se com vários homens sem fins de “compromisso”. Como ressalta Salem (2006), num universo regido pelo Valor-família, o sexo seria submisso a uma ordem moral maior, uma ordem moral relacional, tendo a família ou outras redes sociais preponderância nas relações. Nesse sentido, Sarah desviava-se dessa expectativa e sua mãe tentava protegê-la de uma “má fama”, o que repercutiria também sobre a imagem da própria família perante os seus.

Tornar-se evangélica mudou bastante sua trajetória moral e a forma de conceber-se a si própria. A relação de pertencimento à Igreja lhe garantiu um maior respeito junto a sua família e seus vizinhos, em comparação à “vida errada” que levava. De uma “filha rebelde” que não obedecia à mãe, que saía com muitos homens, que usava drogas, Sarah converteu-se e renunciou a toda essa “vida errada”, com dificuldade. Tais dificuldades mais os problemas do dia a dia a fizeram buscar atendimento.

Além das rígidas exigências morais impostas a quem deseja intitular-se “crente”, o pastor de sua igreja tinha uma posição bastante clara acerca dos “tratamentos terrenos”. Contra-indicava-os todos, porque isso significava “pouca fé”²¹, diante da precedência de Jesus sobre todas as formas “terrenas” de tratamento. Mas como ela poderia mostrar-se “meio barro, meio tijolo” para ele, se suas dificuldades incidiam justamente sobre as renúncias necessárias a tornar-se crente, sobre sua “vida errada” e sobre sua relação difícil com a mãe? A busca por atendimento psicoterápico significou desobedecer ao pastor, para paradoxalmente, conseguir sustentar sua identificação como fiel.

No entanto, apesar de sua religião contra-indicar a psicoterapia, resolveu procurar porque “precisava conversar com alguém”, e não se sentia à vontade de dizer “coisas íntimas” para o pastor. Para Sarah, “só Jesus pode resolver os problemas”, mas ainda assim, achava que precisava de ajuda, pois temia enlouquecer se não conseguisse vencer as dificuldades de se tornar crente, assim como o exemplo de uma menina de sua Igreja. Obedecendo ao pastor

²¹ Para alguns evangélicos, o tratamento médico e psicológico rivaliza com a fé que o crente deve ter na cura pelo Senhor, em “não aceitando a doença”. Em um atendimento de uma criança cujo pai é pastor evangélico, a mãe do menino me confidenciou que, contrariando o que se acredita entre os evangélicos, “psicoterapia ajuda a melhorar sim” e isso ela vem defendendo junto a seus pares, em parte para justificar perante eles o tratamento do filho, sem que sua fé seja posta em questão, como argumento de que “se Deus criou os médicos e os psicólogos, é porque podemos buscar neles ajuda para a cura”.

de não buscar tratamento psicológico, a irmã da Igreja enlouquecera. A exemplo dessa história, a loucura é entendida como conseqüência de dificuldades em ajustar-se aos rígidos preceitos morais da igreja, problema que a religião não conseguiu evitar ou curar, o que constitui uma certa fratura na totalização religiosa que o pastor professa aos fiéis. A loucura, para Sarah, implicava numa situação de ruptura de todas as relações: familiares, religiosas e de amizade.

O adoecimento de forma geral é entendido a partir de um prisma religioso, que abarca quase toda a significação a esse respeito. Sua sorte é explicada a partir de suas entradas e saídas da Igreja, sua responsabilidade para com as coisas de sua vida é entendida a partir do prisma do pertencimento à Igreja, que media sua relação com o sobrenatural, definindo o seu “estar na presença de Deus” ou não.

Nessa totalização religiosa, ser “crente” faz dela um “testemunho vivo” do poder divino, dá-lhe “conforto espiritual”, uma explicação dos problemas que a acometem na vida, trazendo também uma esperança de solução. A idéia de cura está atrelada à fé, pois “Jesus há de curá-la”. “Não aceita a doença” e por isso deve lutar contra ela tendo fé na própria cura, porque “Jesus é o maior psicólogo dos psicólogos e o maior médico dos médicos”. Nesse sentido, para Sarah, a religião tem precedência sobre toda forma de tratamento, incluindo-o sob os desígnios de Deus, diferente do pastor, que traça uma relação de exclusão – tratamento é igual a menos fé.

No entanto, ainda que contrarie o pastor, suas demandas por tratamento médico e psicoterápico atendem às expectativas de sua mãe. É em nome da boa relação com a mãe que Sarah busca atendimento, sempre deixando claro, no entanto, que a Igreja (e não os tratamentos que busca) é responsável por seu bem estar, por sua “mente centrada”.

Sarah tenta hoje se remir de sua “vida errada” tentando ser uma boa filha e uma boa crente. No dia anterior a essa entrevista, Sarah descobrira ser portadora do vírus HIV, e se mostrava estranhamente pacificada: em função do seu diagnóstico, sua mãe ficara extremamente dedicada e carinhosa com ela, já não mais a acusava de seus “delitos”.

3.7.2 Hadassa

Hadassa, 28 anos, branca, casada, desempregada, tem curso superior de contabilidade incompleto. Em seu último emprego trabalhou como assistente administrativo numa grande loja de utilidades domésticas. Seu pai é taxista, sua mãe é do lar. Reside numa casa com o marido no bairro de Tomás Coelho, sua renda familiar é de aproximadamente dois salários

mínimos, composta pelo salário do marido que trabalha como DJ. Evangélica, o nome fictício por ela escolhido fora inspirado num um personagem bíblico²².

Hadassa é filha única e em seus conflitos na vida todos da família – mãe, pai, tia e marido – manifestam alguma posição. Ela também é requisitada a tomar posição em conflitos familiares, como a situação do divórcio dos pais, o adoecimento de um tio que envolvia “segredos de família”, etc. Além da família, a religião evangélica parece ser também um importante norte ético para ela. Assim como para Sarah, a relação de pertencimento à religião evangélica é também bastante definidora de julgamentos e condutas na vida. Muitos aspectos de sua vida são entendidos a partir de um prisma religioso, principalmente as suas relações.

A entrevistada foi uma pessoa que logo se prontificou a participar quando soube da pesquisa, no contexto do grupo de recepção. Resolveu buscar atendimento psicoterápico em função do encaminhamento do seu psiquiatra, com quem se trata desde que saíra de sua primeira e única internação psiquiátrica, há quatorze anos. Fora diagnosticada pelo psiquiatra como portadora de transtorno bipolar. Bastante falante, sua entrevista durou uma hora e meia.

No contexto relacional em que ela se insere, a castidade é bastante prezada como símbolo do capital moral da família, bem como um atributo também rigidamente cobrado pela religião. Dessa forma, Hadassa sempre sonhou em “casar virgem”. Seu namorado “faltou-lhe com respeito” quando “estuprou-a”. Seu pai, quem ela esperava sair em sua defesa como guardião da honra da família, dissuadiu-lhe a prestar queixa na polícia, temendo que a filha e a família acabassem desacreditadas publicamente.

Sua internação psiquiátrica é explicada como conseqüência de sua “revolta” - “guardou muito ódio” dentro de si, começou a “quebrar tudo dentro de casa”, evidenciando o

²² Pesquisando na internet a origem do nome “Hadassa”, encontrei a seguinte história, contada de forma breve pela entrevistada, mas contada da seguinte forma no site: “Hadassa era o nome hebraico de Ester, nome persa como era conhecida. Sua família foi levada para o cativeiro e ela foi criada por um parente próximo. Ester tinha todas as razões para não ser ninguém: órfã, judia, em um lugar estranho em que seu povo era escravo. Mas Deus tinha um grande propósito em sua vida. Mordecai, o seu primo que a criou, sabendo que haveria um concurso de beleza no reino para a escolha da nova rainha, usou seus conhecimentos no palácio para levar Ester para ser preparada para competir. Ester passou por um ritual de beleza com especiarias, óleos e perfumes especiais. Em apenas dez meses ela ficou linda. Quando vestiu sua roupa real para se apresentar perante o rei, ele ficou encantado e fascinado pela sua beleza e a declarou rainha. A Rainha Ester foi usada por Deus para cumprir seus propósitos. Diante da sua sabedoria e perspicácia, conseguiu com que o rei libertasse seu povo de uma forma especial. Sem violência, apenas com jejuns e orações e sabedoria (ela não revelou ao rei que era judia, e que seu primo trabalhava no palácio). Arriscou sua vida ao falar com o rei, afinal, não se podia falar com ele sem sua autorização. Mas Deus era com ela. Por isso, ela recebeu o favor do rei. O rei ficou tão impressionado com Ester que faria qualquer coisa para agradá-la. Disse que daria até metade do seu reino se ela quisesse. Como ela já tinha em mente um plano para libertar o seu povo, ela apresentou um pedido comovente. E o rei a atendeu. Ester mudou a opinião de um rei, recebeu autoridade e recursos para criar uma estratégia a fim de salvar um povo, esperou o momento certo para falar. Ester possuía beleza interior e exterior, foi escolhida para ser rainha pela sua beleza e formosura. Tinha o brilho de Deus em sua vida e isso refletia a todos que a rodeavam. A liderança de Ester foi seguida pelos funcionários do palácio e pelo povo judeu... Foi respeitada pelo seu comportamento e conduta. Usou criatividade em seu esforço e talento para cumprir a sua tarefa, apresentou-se com humildade e obediência. Em seu plano, levou em consideração qual seria o melhor momento. Ela foi corajosa e sacrificou-se a si mesma.”

Retirado do site:

<http://oracaoemensagem.spaces.live.com/blog/cns!2B23C6BEBD7AE3FB!887.entry>.

caráter relacional de sua perturbação. A família de Hadassa considerou seu “quebrar tudo” não como uma reação compreensível a partir da experiência de indignação pela situação do “estupro” sem possibilidades de reivindicação de reparação vivida, mas dada a intensidade de sua reação, como “loucura”, marcada pela “inconsciência”, menos passível de responsabilização. Essa mesma falta de consciência e responsabilidade é a forma como Hadassa descreve seu defloramento, evento de grande valor simbólico para a carreira moral da mulher num contexto no qual o valor-família prepondera sobre as relações, para as quais a honra está relacionada à castidade pré-nupcial. Ser considerada louca pareceu-lhe menos desonroso que deliberadamente não-virgem.

Em tom jocoso, conta que a internação psiquiátrica restituiu-lhe a virgindade perante seu pretendente, ainda que seu pai o tivesse alertado sobre esse “detalhe”. A perda da virgindade seguida da internação psiquiátrica tornou-se “coisa de sua cabeça” e com isso perdeu o grave significado que isso teria em suas relações. O pai sempre aparece como porta-voz mediador de seus conflitos com os namorados, zelando por sua honra e boa imagem.

As formas de compreender a perturbação são divergentes entre Hadassa e o psiquiatra. O psiquiatra se refere a uma hipótese psicodinâmica da perturbação, gerada a partir de eventos vivenciados na infância, hipótese que Hadassa acata, dada a autoridade investida na figura do médico, mas ela discorda, dizendo que sua perturbação é consequência de seus problemas relacionais, que “abalam” a sua pessoa. No seu relato, não há qualquer implicação de sua pessoa naquilo que a acomete, a responsabilidade está toda fora de si, no interjogo relacional do qual ela está implicada. Relaciona sua melhora ou piora diretamente aos eventos de sua vida - inicialmente houve o “estupro” aos quatorze anos, em relação ao qual ficou “guardando ódio”, “revolta”, o que a levou a uma primeira internação psiquiátrica e ao início de um acompanhamento ambulatorial em psiquiatria. O fracasso em provas de concursos militares lhe trouxe “muita pressão psicológica”, gerando muita “choradeira, depressão”, levando-a a tomar “medicação tarja preta”. Problemas no emprego - uma relação conflituosa com a chefia, insatisfações – a deixaram “transtornada”, num momento em que vinha bem, “tomando só passiflorine”. Reaparece em Hadassa a idéia de “acúmulo”, “retenção de problemas”, levando-a a adoecer.

Ainda que Hadassa enfatize bastante a dimensão relacional de seus problemas, e que esses estão diretamente relacionados às suas perturbações, “ter problemas” se diferencia de “estar doente” pela fisicalidade representada pelos remédios receitados pelo psiquiatra. É ele quem define “estar doente”, que diz para ela o que é “estar mal”. Tal definição Hadassa acata, bem como a prescrição medicamentosa que a acompanha. É digno de nota que são os outros –

pai, marido, colegas e com maior autoridade legitimada, o médico - que dizem para Hadassa que ela está doente²³.

Para Hadassa, a medicação cumpre a função de controlar o corpo, que no caso dela, significa fazê-la dormir, já que “falta de sono” é o que indica o “começo do transtorno”, tal como indicou o psiquiatra. O que ela chama de “crise” é algo de que ela não tem controle e que não se resolve com oração – “Eu tento eu mesma ficar normal. Eu sei que isso é mais forte do que eu e eu não fico”.

A finalidade do tratamento para Hadassa está relacionada à alta medicamentosa. A medicação “tarja-preta”, em oposição ao remédio natural é considerada um mal necessário, índice da gravidade da não só da perturbação, mas também da gravidade do evento que a desencadeou. Corroborando a idéia de que problemas na vida fazem com que ela fique “transtornada”, Hadassa relaciona estar bem / estar mal a eventos de sua vida.

3.7.3 Jesus

Jesus, 33 anos, negro, solteiro, “jogador de futebol” (desempregado), ensino médio incompleto, evangélico, tem “Jesus” tatuado no antebraço. “Morador de comunidade”, reside numa casa com os pais, a filha e um sobrinho, e no mesmo quintal, a irmã, o cunhado e os filhos, numa outra casa. Não soube precisar a renda familiar mensal. A mãe é ambulante e o pai motorista de ônibus aposentado. Ele foi o único que chegou ao serviço de psicologia sem ter sido encaminhado por médicos. Quem o levou ao atendimento foi sua mãe, figura tradicionalmente responsável pela reprodução social da família, queixando-se de que o filho “é muito parado” – não consegue arrumar e permanecer num emprego, “não quer nada da vida”, ex-usuário de drogas, recém separado da mulher e atualmente morando com os pais.

Sua mãe reclama de grande sobrecarga de ter que cuidar, além de Jesus, de uma de suas filhas, que dá “muito trabalho”. Essa filha é fruto do relacionamento de Jesus com uma mulher “irresponsável demais para tomar conta da criança”, com envolvimento com drogas, relacionamento esse sempre criticado pelos pais dele. Pela segunda vez, Jesus envolveu-se num outro relacionamento que os pais desaprovavam, viveu com essa pessoa por seis anos e separou-se recentemente. De volta à casa dos pais, Jesus queixa-se que eles ficam querendo controlar a sua vida, criticando-o sempre.

²³ Hadassa tem o diagnóstico de transtorno bipolar com sintomas psicóticos. Ainda que uma certa falta de crítica seja comum aos quadros maníacos, nos quais o paciente frequentemente se sente muito bem, cheio de vigor, na maioria das vezes são os outros que dizem que o paciente está mal. Não quero com essa observação naturalizar esse fenômeno como sendo próprio ao diagnóstico de um estado maníaco, mas frisar o peso que suas relações adquirem na presumida causalidade e definição da perturbação para Hadassa.

Como ressalta Duarte (1986), os meninos das classes populares são “expulsos” da vida doméstica para que num âmbito público se façam homens adultos, seja pela identidade de trabalhador, seja pela identidade de chefe de família, mediante o casamento ou a paternidade, Jesus parece desviar das expectativas nele depositadas, fazendo com que sua mãe chegue inclusive a questionar sua “normalidade”. Como “adulto”, condição adquirida pelo casamento e pelos filhos, circulou por algumas relações amorosas desfeitas e filhos frutos dessas relações, das quais “não cumpriu com suas responsabilidades”, não desempenhando em nenhuma delas a função de “provedor”, chefe de família, trabalhador. Tampouco suas mulheres desempenhavam o papel de zeladoras da casa e da família, distribuindo o cuidado com seus filhos aos parentes, despertando as críticas da família de Jesus. Ainda que a circulação de crianças seja uma prática comum nesse universo holista e relacional, não sendo necessariamente considerada uma prática valorada negativamente, a “má reputação” das mulheres de Jesus é decisiva para a crítica da situação na qual se encontra seus filhos.

No entanto, a trajetória de Jesus se dá em conformidade com a afirmação de sua masculinidade no espaço da rua, ainda que não pela identidade de trabalhador, mas pelas brigas, relações com “más companhias” que, segundo sua mãe, o levaram ao uso de drogas. No passado, envolvera-se em algumas brigas na rua, andou uns tempos fugido na casa de um tio em outra cidade, pois sua mãe temia que o matassem. É conhecido na vizinhança como “poia mentiroso”.

Jesus mostrou-se satisfeito de ter sido entrevistado. A entrevista aconteceu tendo se passado um encontro do grupo de recepção. Durante a entrevista, entretanto, Jesus começou a contar uma história inteiramente nova, como se sua vida tivesse mudado de repente e ótimas oportunidades lhe tivessem batido à porta. Estranhei essa fantástica reviravolta, mas não cheguei a duvidar de início. Jesus manteve essa história ao longo dos encontros do grupo de recepção e a história ia ficando cada vez menos possível de acreditar, assim como os outros participantes do grupo chegaram também a notar.

De um filho desempregado e sem perspectivas, Jesus se apresentava como jogador de futebol cujo passe estava sendo disputado entre o São Paulo e o Flamengo. Seu conflito manifesto era ir para São Paulo e deixar sua família no Rio. Não queria se mudar, mas permanecer junto à família, mas como o salário era muito bom, poderia então ajudá-la e então sua família nunca mais “seria humilhada, passaria necessidade”.

Sua entrevista, ainda que não descreva a sua vida tal como ela é, revela como ele supõe que ela deveria ser: trabalhador de uma profissão de prestígio, que garantisse o sustento de toda a sua família, em cuja história sofrera muitos “abusos” decorrentes das relações com

os padrões. Como provedor de sua família de origem, atualizaria um ethos masculino de homem circulante, o qual é comprometido mais com a família de origem do que com a família formada a partir das relações amorosas, resgatando uma relação de reciprocidade com esta, retribuindo-lhes todas as “lutas” que travaram por ele, especialmente sua mãe, que empenhou muitos esforços para afastá-lo das drogas, na maior parte das vezes recorrendo à religião evangélica. A filiação religiosa é também símbolo de uma trajetória moral de respeito. “Graças a Deus” é a explicação que ele dá para as mudanças positivas em sua vida.

Nos grupos, os demais participantes iam começando a desconfiar de sua história heróica, mas mantiveram velada a desconfiança, respeitando sua necessidade de mentir. A entrevista concedida fora uma mistura de mentiras sinceras e dados biográficos reais.

Para Jesus, freqüentar o serviço de psicologia é satisfazer uma expectativa de sua mãe, que no jogo relacional com sua família, vincula-se a um projeto de regeneração, de mudança de conduta. A sua busca por atendimento é justificada pelo zelo da mãe para com ele, por ser “muito explosivo”, “fica agressivo com facilidade”, atributos dos quais fala com algum regozijo. “Todo mundo na minha família tem pavio curto”. Costuma “tomar as dores da pessoa”, em geral defendendo as pessoas que acredita estar em desvantagem.

Ficar “mais tranquilo” é um dos objetivos de Jesus ao freqüentar o grupo de recepção. Sua “melhora” diz respeito à atualização de uma identidade de pai de família, atendendo às expectativas de reprodução social veiculadas por seus pais, que lhe dão “bons conselhos”. E essa atualização remete-o à casa, ao exercício da paternidade, que o “acalma”, em oposição às “explosões” próprias de uma “vida de rua”, que também fazem parte da atualização de um ethos masculino.

Recuperar o prestígio junto à sua família de origem e junto à vizinhança também parece presente nessa idéia de ser jogador de futebol. Identificando-se como “negro”, “pobre” e “morador de comunidade”, as relações de pertencimento ao lugar onde nasceu e foi criado se fazem emblemas identitários. Permanecer no lugar de origem, onde é reconhecido, o protege das discriminações que diz sofrer nas relações não-locais.²⁴

Nesse sentido, suas “explosões”, seu “nervosismo” são explicados a partir de situações de conflito num âmbito público nos quais ele, na posição de “negro e morador de comunidade” é discriminado por sua condição, “revoltado”, reivindica justiça para si e para os

²⁴ Na entrevista dizia-se amigo do Mano Brown dos Racionais MCs, rapper paulistano, ex-detento, que canta histórias de discriminações por ser negro, criado “na periferia”, em condições de desvantagem e opressão em relação às classes dominantes.

seus. Atribui como causas de sua perturbação as mazelas do mundo, as injustiças, as discriminações que sofre.

Quanto ao atendimento psicoterápico, confessa não saber muito o que esperar, mas com o único encontro no grupo que frequentou, declarou estar muito melhor, uma melhora quase mágica e sua vida começou a se resolver.

3.7.4 Holyfield

Holyfield, 39 anos, negro, “amigado”, mecânico lubrificador, ensino médio completo, filho de um trabalhador da Comlurb e mãe do lar. Dispõe de renda familiar de aproximadamente 4,5 salários mínimos, reside com a mulher, os dois filhos dela e um filho em comum. A entrevista de Holyfield aconteceu em função de um acaso. Diante da falta de um dos pacientes que atendo ambulatorialmente, o entrevistado batera na porta para marcar grupo de recepção e aceitara o convite da entrevista. Seu codinome remete a Evander Holyfield, pugilista norte americano tetracampeão mundial dos pesos pesados, que teve parte da orelha arrancada por Mike Tyson.

O início de tratamento se deu na emergência do hospital geral, onde recorria “passando mal”, sentindo “sufoco”, achando que “ia morrer” a cada vez que se via em ambientes fechados como ônibus lotados e vans. Muitas vezes nem cumpria o trajeto a ser feito, desistia dos compromissos, saltando em frente à emergência para se consultar. Buscou o serviço de psicologia em função do encaminhamento do psiquiatra do ambulatório de Del Castilho.

Holyfield se diz um cara que não “explode” nem “briga”, que fica “acumulando problemas” - “muita coisa na cabeça”. Muitos dos “problemas” de Holyfield dizem respeito à relação com as “mulheres nervosas” – sua ex-mulher e a mulher atual. Holyfield relacionou o início de seu “passar mal” ao fim de um “relacionamento conturbado”, de ter que lidar com a ex-mulher “problemática”, “sistemática” que o “perturbou muito”, mãe de seu outro filho, que, por “ironia do destino” se parece muito com a sua mulher atual, também “nervosa” e “explosiva”. Vive com sua nova mulher e os dois filhos dela de outro casamento, o que o traz dificuldades no âmbito doméstico, no trato com esses: por “não ser o pai”, não se sente autorizado a participar da educação delas.

Apesar de separado, sua ex-mulher “continua perturbando” ele. Como bom “pai de família” e “cumpridor de suas obrigações”, Holyfield paga pensão à ex-mulher e ao filho e se orgulha disso. Zelando por sua identidade como chefe de família, diz que quando se separa, gosta deixar a pessoa “numa situação confortável”, continuando a cumprir sua função de

provedor. No entanto, apesar de fazer “tudo direitinho”, sua ex-mulher o “colocou na justiça”, influenciada pelas vizinhas, que a incentivavam a ganhar mais. “Parar na justiça” teve um peso para Holyfield. Sua função de ex-marido provedor, “cumpridor de suas obrigações” de que ele tanto se orgulha estava sendo publicamente colocada em questão, de forma injusta, ferindo sua honra. É no contexto dessa negociação pela manutenção do respeito como chefe de família que surgem seus “abafamentos”.

Associado à idéia de “irritação” - “o psicológico atinge o sistema nervoso”- Holyfield acredita que “acumular”, “reter”, “guardar” problemas traz prejuízos à saúde, podendo inclusive levar à morte se não “extravasados” com uma atividade física ou uma “explosão”, discussão séria, “soltados”, “divididos” num diálogo, “desabafados” numa conversa. Diferenciando a questão quanto ao gênero, congruente com a perspectiva de que “guardar problemas” traz prejuízos à saúde, Holyfield acredita que as mulheres são mais vulneráveis que os homens à “depressão”, pela forma que são destinadas a levar a vida – restritas ao lar, ocupadas com problemas domésticos, sem as mesmas possibilidades masculinas de “extravasamento”, possibilidades essas que se dão fora de casa, num espaço público, na companhia de pares.

A decisão pela separação com a ex-mulher se deu por quebra de reciprocidade: “Se você vive com uma pessoa, é um casal, você tem que fazer pela pessoa e a pessoa por você”. Com a mulher atual, Holyfield descreve uma relação mais recíproca, apesar do “nervosismo” que caracteriza ambas. Constata que apesar de uma maior possibilidade de diálogo com a mulher atual, resta-lhe “guardar os problemas para si”, dada a vulnerabilidade da mesma na condição de “nervosa”.

A apreensão físico-moral da perturbação fundamenta a psicoterapia e a medicação como recursos terapêuticos, tendo para Holyfield o “psicológico” uma preponderância sobre o físico. Em função disso, ele “foge do remédio”. Apesar de ser um recurso importante para as suas “crises”,²⁵ o remédio é evitado por estar relacionado à idéia de “dependência”, “vício”, considerado uma fraqueza moral. Como terapêutica substituta, os esportes se opõem à idéia de fraqueza, justificando seu adoecimento como a interrupção da prática dos mesmos.

“Assimilar os problemas” decorrentes dessas relações é a finalidade de se buscar psicoterapia, uma vez que “o psicológico atinge o sistema nervoso”. Na ausência do remédio,

²⁵ A medicação comparece como um recurso de controle de um “sistema nervoso descontrolado”, descontrola esse que incide no corpo, ainda que provocado por “problemas na vida”. Parece que o “sistema nervoso descontrolado” está para a configuração do nervoso, em sua ancoragem físico-moral, assim como a “desposseção subjetiva” está para a configuração psicológica, com a idéia de inconsciente, sujeito descentrado. Exemplos do descontrole: Holyfield e Glória.

já que “o problema é psicológico” e o “psicológico atinge o sistema nervoso”, Holyfield tenta se acalmar com “pensamentos positivos”, afastando o medo de passar mal.

Apesar de muitas possibilidades de extravasamento existentes, dentre eles o desabafo, a psicoterapia surgiu como possibilidade a partir de uma recomendação médica, como atribuição de uma causalidade moral para um sofrimento que se expressava fisicamente. Para Holyfield, a psicoterapia tem a função de “ajudar a assimilar os problemas”, mas associada também à idéia de extravasamento, a julgar pelo exemplo da pessoa que morreu por não ter “extravasado”, a psicoterapia seria um lugar de desabafo.

3.7.5 Glória

Glória, 32 anos, branca, casada, dona de casa, reside com o marido desempregado e duas filhas numa casa localizada num quintal onde ficam também as casas de sua mãe, irmão e sobrinhos, num dos morros do Engenho da Rainha. Possui o ensino primário incompleto, filha de pai pedreiro e mãe doméstica e costureira. Unidade doméstica constituída de quatro pessoas, não soube informar a renda familiar média.

Glória é uma pessoa atendida no ambulatório que, quando soube da pesquisa, logo se prontificou a participar. É alguém que estava bastante entusiasmada com os atendimentos, informação confidenciada pela assistente social do posto. Na época fiquei bastante surpresa, já que ela continuava a se queixar das mesmas coisas; não entendi que mudanças a estavam animando. Achei que com a pesquisa talvez pudesse ter acesso ao motivo de tanto entusiasmo.

Ela é outro exemplo de pessoa que buscou atendimento em função das limitações que seus sintomas físicos lhe impunham. Glória chegou ao serviço de psicologia mediante encaminhamento da psiquiatria. Antes de buscar a psiquiatria, também passou pela clínica médica para tratar do seu “problema de nervo” - “toda vez que fica “nervosa, solta o intestino” e por causa disso já não saía mais de casa, com medo que isso lhe acontecesse de novo. A idéia de sair à rua lhe provoca medo de ficar nervosa e com isso ter uma vontade incontrolável de ir ao banheiro. Como teme não conseguir se segurar, tem medo de andar sozinha na rua, trazendo com isso, muitas limitações na sua vida.

Como “problema de nervo”, passou pelo neurologista, que passou para o psiquiatra que passou para a psicóloga, que tentou redefinir seu “problema de nervo”. Novas palavras como “ansiedade”, “distúrbio”, “stress pós-traumático”, “trauma”, “sintoma”, foram acrescentadas a seu repertório para descrever sua queixa, especialmente quando remetida aos profissionais de saúde. Na relação com esses, surge a hipótese de uma causalidade moral para

suas manifestações físicas, nomeada de “trauma”, a qual Glória compartilha, sem, no entanto, mudar suas expectativas quanto à terapêutica - queria um remédio para os “sintomas” produzidos por seu “nervosismo”, algo que “acalmasse os nervos” para que “não solte o intestino”.

O “trauma” foi ocasionado por uma situação ocorrida há doze anos atrás, quando precisava compartilhar um único banheiro com as famílias que moravam no mesmo terreno, em Belford Roxo. O banheiro estava ocupado e ela não conseguiu “se segurar”, fazendo “perna abaixo”.

Glória parece sentir-se refém dos seus “nervos”, não consegue “controlar seu nervosismo”, chegando inclusive a afirmar que tem medo do próprio corpo. Por “nervosismo”, Glória se refere às reações corpóreas que lhe são desencadeadas pelo medo de “fazer perna abaixo”. Dado o caráter não-consciente e alheio à vontade de tal perturbação, o recurso da medicação é acionado com fins de controle de uma dimensão física da mesma.

A fisicalidade de seus sintomas parece preponderar sobre sua pessoa, ainda que “medo do corpo” não seja algo propriamente físico, “controlá-lo”, “acalmá-lo” é uma tentativa na qual não só o recurso da medicação é acionado, mas também a “dieta” no controle dos intestinos. A conversa consigo própria ou com quem estiver por perto também tem um efeito “calmante”.

Glória detém-se mais nos prejuízos que esses “sintomas” acarretam em sua vida, sem se preocupar muito sobre o que pode o ter causado, já que para ela, o sistema nervoso, em sua imbricação físico-moral, engloba toda explicação possível, não restando para ela questões sobre esse assunto.

Na verdade, seu “problema” é as conseqüências que o “trauma” lhe produziu na representação de si e na sua vida, que ela está determinada a tentar reverter, como ela própria diz, “correr atrás do prejuízo”, uma vez que isso coloca em jogo atividades, o desempenho de funções que lhes são caras como “mulher de família”. Precisou de um “baque” – o adoecimento da mãe - para que tomasse a iniciativa de buscar tratamento.

Garantir a reciprocidade na relação com a mãe foi o que a fez buscar atendimento, uma vez que se via numa dependência e numa grande dívida para com ela. Depois do “trauma”, Glória permaneceu restrita à sua casa. Com uma filha pequena para criar, sentia-se “insegura” para cuidar do bebê, de modo que estava sempre pedindo ajuda à mãe, que morava longe, no Engenho da Rainha. Foi quando decidiu mudar-se para o quintal da casa dela, onde construiu uma casa. Nesse quintal, onde “o problema de um, é o problema de todos”, moram também seus irmãos e suas respectivas famílias. Diante da possível ausência da mãe, se via

também obrigada a desempenhar suas funções de “mulher de família”, zelar pela vida doméstica, cuidar das filhas, levá-las à escola, acompanhar familiares enfermos ao médico, funções prejudicadas pelas suas limitações de sair à rua.

Para além do “trauma”, Glória infere que seu “medo de sair de casa” remonte à sua “criação muito presa” pelo padrasto, guardião da honra da família. Uma de suas motivações ao tratamento é ver que suas duas filhas estão crescendo “no mesmo ritmo”, muito “presas” em casa, e isso ela não quer. Quer poder acompanhar as filhas em passeios à rua, até para marcar uma posição de respeito numa comunidade dominada pelo tráfico, estar presente para que as pessoas da comunidade saibam que suas filhas são “meninas sérias, direitas”, em oposição às meninas “largadas”, cujos pais não se preocupam em saber com quem andam.

Em alguns momentos, Glória fala com algum orgulho o fato de “não ser uma mulher de rua”, de não “viver enfiada na casa dos outros”, valorizando sua vida restrita ao lar e sua sociabilidade predominantemente restrita aos parentes do quintal. Sua família tem uma relação muito conflituosa com os vizinhos da frente que, segundo Glória, têm inveja da “união da família” e por isso vivem implicando com eles “por nada”. Esses vizinhos, ao contrário deles, “não tem compromisso com nada”, “só querem saber de bagunça”, “não respeitam ninguém”, ficam “fazendo arruaça” no portão da “casa de família”.

A idéia de “acúmulo de problemas na cabeça”, produzindo “impaciência”, “agitação”, “nervoso” também aparece no relato de Glória. Esses “acúmulos” influem negativamente sobre sua saúde, uma vez que acaba não conseguindo exercer com plenitude suas funções de “mulher de família”, que é resolver os problemas cotidianos referentes à casa e a família num sentido amplo.

Oposto a isso, procura colocar “coisas boas” na cabeça para “acalmar”, resolver os problemas “devagar”, “aos poucos” para evitar o “nervoso”. Como no seu quintal “problema de um, é problema de todos”, não precisa exigir-se tanto em termos de desempenho, já que há quem a ajude a resolver os problemas. Quando sai à rua, sempre puxa conversa com as pessoas na fila do banco, no posto de saúde, na escola, para “enganar o nervoso”, estratégia que ela diz funcionar na maior parte das vezes. Estratégias que incluem outras pessoas são freqüentemente utilizadas por ela, no exercício de “aos pouquinhos”, seguir adiante na vida, no enfrentamento de suas dificuldades. As relações parecem também ter uma função terapêutica em si mesmas, seja como forma de “ajuda”, “incentivo”, ou mesmo uma função “calmante”, por afastar os pensamentos ruins.

3.7.6 Carla

Carla, 48 anos, negra, separada, tem o curso primário completo, já trabalhou como cozinheira, hoje é do lar. Filha de pai marceneiro, mãe do lar. Renda familiar mensal de dois salários mínimos, que sustenta seis pessoas: ela, dois filhos, uma nora e dois netos.

Carla é uma paciente que frequenta o ambulatório de psicologia há alguns anos. Com a saída da psicóloga que a atendia, continuou o atendimento individual com a nova psicóloga que entrara, e há aproximadamente um ano trocara o atendimento individual por um grupo terapêutico semanal composto exclusivamente por mulheres. Desde o dia em que a conhecemos, Carla é assídua nos atendimentos e era precisamente isso que me intrigava. Tinha a impressão que ela freqüentava os atendimentos para reafirmar suas queixas -“falta de ar, medo de andar sozinha, medo de morrer”- mais que se propor a questioná-las, entendê-las, ou a promover mudanças daquilo que não a agradava. Falava de si como alguém cronicamente doente, freqüentando muitos médicos, andando sempre na companhia de uma tia, numa posição bastante vitimizada e dependente.

Mostrava-se pouco disponível a refletir sobre sua condição, enfim, a consideramos um grande fracasso terapêutico, a despeito de todos os nossos esforços de entender e nos reposicionarmos diante disso. Pedir que me concedesse essa entrevista para fins de pesquisa foi uma tentativa de entender o que se passava, numa perspectiva não-clínica.

No contexto da entrevista, Carla confessou um aspecto de seu passado nunca antes revelado a ninguém, salvo a uma antiga psicóloga com quem se consultava – o abuso sexual que sofrera do tio na infância. Filha única, na época morava com os pais e com os tios – o irmão de sua mãe e a esposa, na mesma casa. Sua mãe saía com a cunhada para trabalhar no bar da família e ela, criança, ficava sob os cuidados dele. Com as sucessivas tentativas de abuso, Carla começou a acompanhar a mãe no trabalho, quando não estava na escola.

Sempre teve vergonha do que acontecera, nunca contou para ninguém da sua família porque “não queria arranjar problema no quintal”, já que todos moram juntos. “Hoje ele me trata muito bem, não quero arranjar confusão”. Para além de expor a sua “desonra”, revelar esse segredo ameaça a permanência dos laços familiares, dos quais seus membros dependem para suprir suas necessidades de moradia e sustento. O valor-família se sobrepõe à revelação de um sofrimento individual e a reivindicação de reparação; suas formas de lidar com o fato e impedir que se repetisse, congruente com a lógica relacional, envolvia as pessoas de sua família, como sua mãe e sua tia, ainda que essas jamais tenham suspeitado de nada. Assim que pôde, constituiu uma nova família, atestando sua condição de “adulta”. Casou-se para

“sair daquela casa” – talvez única forma “legítima” de deixar o quintal, onde ninguém jamais soubera o que acontecera.

Sua vida conjugal também não foi das mais fáceis. Arranjou um primeiro marido alcoolista, violento. Teve filhos com ele, se separou. Recasou e o segundo marido também tinha as mesmas características. Atualmente é separada deste marido e vive numa outra casa no quintal da casa dos pais e dos tios, na companhia de um filho, da nora e dois netos. Ainda hoje convive com o tio abusador, e anda na companhia da mulher dele, da sua tia, para todo lugar que vai.

Assim como Holyfield, o início da trajetória de Carla nos serviços de saúde mental se deu com a busca por atendimento médico em função de “falta de ar, coração disparado, tonteiras”. A fisicalidade de seus sintomas a fizeram buscar inicialmente o cardiologista, que a encaminhou ao psiquiatra.

Na relação com esses profissionais, seu sofrer ganhou um nome “bonito”, “esse negócio que gente rica tem” que, no entanto, não parece fazer muito sentido para ela, pois não descreve o mal de que padece. Ainda assim, na medida em que sua “doença” é nomeada, produz efeitos em suas relações familiares e em sua relação com os profissionais de saúde, agregando-lhe legitimidade nas freqüentes visitas aos médicos de variadas especialidades, visitas essas que sempre se dão na companhia de algum familiar, mais frequentemente de sua tia.

3.7.7 Larissa

Larissa, 46 anos, branca, casada, ensino médio completo, do lar. Filha de pai mestre de obras e mãe do lar. Renda familiar mensal de dois salários mínimos, que sustenta além dela, o marido e o filho. Seu codinome se deve ao nome que ela colocaria caso tivesse uma filha. “Deus deu um menino”, mas mantém a esperança de ter uma neta com esse nome um dia.

Larissa foi encaminhada à psicoterapia por vários médicos de diversas especialidades. Ela acredita que um bom médico é aquele que “escuta os problemas” dos pacientes, não aqueles que “só ficam escrevendo e nem olham para a cara do doente”. “Médico bom é aquele que demora”. Sua avaliação dos profissionais estava mais atrelada à relação que travava com eles, que sua competência profissional. Tinha a médica homeopata do posto como “sua psicóloga”, já que para ela contava todas as suas muitas aflições.

Inicialmente Larissa buscou atendimento por “não saber lidar com os problemas da vida”. Problemas com o “marido acomodado” era o que mais lhe inquietava. Incomodava-a o

fato de o marido trabalhar há muitos anos numa empresa ganhando pouco e não ter vínculo empregatício. Apesar de suas reclamações, o marido parecia não se importar. “Tudo para ele é depois”. Nessa dinâmica complementar e recíproca entre marido provedor e mulher mantenedora da casa, Larissa achava que o marido deixava a desejar por não reivindicar seus direitos junto ao patrão. Não que lhe faltasse o que considerava necessário. Mas o vínculo empregatício garantiria à família acesso aos benefícios da Previdência Social. Ela própria também tinha suas fontes de renda, mas não as classificava como “trabalho”: tomava conta da filha de uma vizinha e vendia cosméticos.

A marcação de seu atendimento precisou ser antecipada em relação ao grupo de recepção. Chegou à porta da sala com um encaminhamento em caráter de “urgência” dado o grau de sua consternação. Seu único filho, de quinze anos, declarou gostar de meninos. Ficou “apavorada”, aos prantos, “a ponto de ter um troço”, sentindo muita “tristeza”, “raiva” e principalmente, muita “vergonha”.

Buscou com urgência atendimento para o filho, na expectativa que as psicólogas “curassem essa doença”. Sua expectativa fora frustrada ao primeiro encontro. O problema trazido foi reconfigurado pelas profissionais como uma dificuldade dela de aceitar as escolhas do menino, as quais ela não tem controle, apesar de seu grande investimento de tentar controlá-lo. Partindo da noção de “desposseção subjetiva” própria da psicanálise, questionou-se inclusive o grau de gerência possível sobre o desejo sexual. Diante dessa perspectiva para ela desoladora, teve medo que o filho fosse se consultar e “decidisse de vez” ser homossexual. Apesar de inicialmente frustrada, continuou a freqüentar os atendimentos marcados.

Seus problemas relacionais frequentemente têm como destino de seus “desabafos” os parentes, os vizinhos. Ela diz sentir-se mais “leve”, “aliviada”. Dessa forma, a relação com as pessoas é o que parece diminuir o sofrimento em relação aos seus problemas, que ela acredita poder enlouquecê-la: “Mas é tanta coisa, doutora, tantos problemas que eu já tive, era para eu estar no hospício...”

Inicialmente entendida como “doença”, a homossexualidade do filho é configurada como um “problema espiritual”, fruto da inveja dos parentes e vizinhos de sua família da trajetória de alguém que até então representava um exemplo público de sucesso no que diz respeito à capacidade familiar de reprodução social. Como menino prestativo e estudioso, reiterava a expectativa de um compromisso com a família de origem e com o trabalho, daí ser “certinho demais”, “o filho que todo mundo gostaria de ter”. Larissa contrapunha a dedicação do menino aos estudos ao “acomodamento” do marido. O menino, mediante sua

escolarização, superava os pais em grau de instrução e isso era motivo de muito orgulho, pois lhe possibilitaria maior mobilidade social.

Outra hipótese não menos relacional levantada por Larissa são “as más influências” dos novos colegas da escola técnica, que o teriam levado para um “mau caminho”. É digno de nota que essa escola é freqüentada por jovens oriundos de todo o Rio de Janeiro, em oposição à escola particular do bairro, freqüentada por pessoas conhecidas. A localidade é entendida por Larissa como um “lugar protegido” e um lugar de “iguais”, em contraste com a nova escola representando o “mundão”, o extra-local cheio de perigos e ameaças à trajetória moral que se pretende reproduzir. Dessa forma, Larissa acredita que o filho tivesse “se revoltado” por ela tê-lo “soltado demais”. Isso remonta à constituição diferencial de gênero própria de uma configuração holista-hierárquica, nas quais os meninos são “expulsos” de casa para afirmarem num âmbito público, pelo trabalho e pelas relações amorosas a sua inserção num mundo adulto e masculino, enquanto as meninas vivem sob o controle atento dos pais, de forma que sua sexualidade esteja à serviço da formação de vínculo, do casamento, no qual a virgindade é um atributo importante.

Diferente de uma perspectiva individualista, para a qual a sexualidade é uma fonte de produção de verdade acerca do sujeito, pensar a homossexualidade do filho em termos de “revolta”, contrapartida de “ter sido criado solto demais”, para Larissa, símbolo de “menos amor”, revela a relacionalidade intrínseca à compreensão do fenômeno do ponto de vista da entrevistada. A homossexualidade do filho não diz respeito a ele como sujeito, indivíduo, mas à trajetória moral da família. Daí o intenso sentimento de vergonha da entrevistada num âmbito público, por marcar uma condição desviante e de menos valor nesse contexto em relação à norma heterossexual, com precedência hierárquica do homem sobre a mulher. Acrescenta-se a esse panorama de quebra de reciprocidade a queixa de “marido e pai ausente”, a quem se espera que zele num âmbito público pela honra familiar.

Os preceitos da religião católica são norteadores de suas condutas. Larissa é católica praticante e seus desabafos também têm o padre como ouvinte de suas confissões, seguidas de aconselhamentos. Assim, pode-se dizer que a religião oferece a fonte de sentidos, explicações e soluções para a maior parte de seus problemas relacionais. A desavença com a irmã, confessada ao padre, teve como destino a “corrente do perdão”, que a fez reconciliar-se. No que diz respeito à saúde, acredita que suas orações fervorosas já curaram em muitos momentos seus familiares - o alcoolismo do marido e um grave problema de saúde do filho. A crença religiosa comparece como recurso explicativo e como uma alternativa terapêutica ao que lhe acomete e aos seus.

O filho de Larissa era coroinha da Igreja e disso ela se orgulhava bastante. O pertencimento à Igreja é algo que também é muito valorizado, evocando o valor-família no bojo de suas práticas, símbolo de retidão moral, de “união familiar” provocadora da inveja alheia.

A valoração negativa da homossexualidade encontrava ressonância nos aconselhamentos do padre, que se mostrava empenhado em sugerir recursos terapêuticos para reparar esse “desvio dos desígnios de Deus”. Larissa evocava todas as dádivas conseguidas por suas orações, e as apresentava ao filho dizendo que ele estava sendo “íngrato” com Deus, fazendo essa opção, evocando a necessidade de reciprocidade da dádiva num plano espiritual.

Desde a revelação de seu filho, Larissa sofre de “tristeza” e “falta de ânimo” para se divertir. O médico havia lhe dito que ela “estava caminhando para uma depressão”, receitou-lhe um antidepressivo. Larissa, no entanto, não se reconhece nesse diagnóstico - “coisa de rico” -, dizendo-se não vencida pela tristeza, ressaltando que a despeito desta, ainda responde por suas responsabilidades como dona-de-casa, numa demonstração de força e resistência frente ao problema. Sua tristeza e falta de ânimo se justificam, segundo Larissa, em função de seu isolamento voluntário, responsável por seus “sinais de depressão”.

Não ser a “Larissa de antigamente” é estar mais retraída em suas relações, das quais retira grande satisfação, esquivando-se, resguardando-se para que as pessoas não saibam daquilo que a envergonha, especialmente os parentes e os vizinhos, pessoas com quem antes se relacionava intensamente.

3.7.8 Fábio

Fábio, 24 anos, branco, solteiro, engenheiro técnico em eletrônica, mestrando de uma universidade federal, pai agente administrativo desempregado e mãe do lar. Diz que no momento da entrevista sua família estava sem renda, unidade doméstica composta por ele, o pai, a mãe e dois irmãos. Seu codinome provém do nome que utiliza nas salas de bate papo virtuais para conhecer garotas. Se nome verdadeiro é um tanto original. Eu jamais ouvira seu nome antes.

Fábio buscou atendimento psicológico com uma queixa somática bastante específica: tratar seu problema de ereção e ejaculação precoce. Assim como Carla, Glória e Holyfield, Fábio também teve sua queixa somática ressignificada como “problema psicológico” a partir da ausência de evidências de um problema físico, avaliado pelo urologista. Uma vez feitos todos os devidos exames, descartada a hipótese de uma causalidade orgânica para o fenômeno, o urologista receitou-lhe um antidepressivo, resultando em sucesso terapêutico. A

partir desse sucesso, seu problema de ereção passou a ser entendido como um “problema psicológico”, sendo a busca por atendimento fruto de um encaminhamento médico. Fábio foi o entrevistado que menos contou histórias de sua vida, respondendo as perguntas da entrevista com aspectos de sua trajetória de tratamento e o problema que motivou o atendimento.

No que diz respeito à “dimensão psicológica” do seu problema, Fábio a inferiu a partir de uma sucessão de testes de hipóteses, como bom profissional das áreas de exatas. Primeiro, trocou de parceira e o problema persistiu, o que o fez concluir “o problema é meu mesmo”. Buscou informações na internet, pôs em prática as dicas conseguidas na web, e por fim, resolveu buscar o urologista, que lhe descartou a hipótese de um problema físico.

Restou-lhe “o psicológico” como último reduto do explicável, sendo inferido em parte por eliminação das hipóteses. Uma vez pareado o sucesso do antidepressivo com a dimensão psicológica, Fábio parece acreditar que a medicação faz atenuar os “efeitos físicos” que “o psicológico” produz em seu corpo.

O antidepressivo, “meio comprimido para dar uma relaxada”, teve como alvo o “nervosismo” que permeia o ato sexual, que o fazia “desconcentrar-se”, uma vez que “preocupado”, com a “auto-estima baixa”. O remédio tem lhe ajudado a reduzir os danos acarretados pelo problema de ereção, que se reflete em sua pessoa como um todo, nas suas relações em geral. A sexualidade, expressa no sintoma do problema de ereção, mostra-se como atributo importante na definição de sua identidade como homem²⁶.

Apesar de problema psicológico ser “difícil de resolver”, algo do qual ele também não tem controle, Fábio aponta para alguns aspectos de sua pessoa como tendo um valor explicativo para o seu problema. O “difícil de resolver” está relacionado a uma representação de pessoa na qual a verdade sobre o sintoma está oculta no sujeito, que o desvelamento mediante a confissão lhe traga a cura, mediante o trabalho terapêutico. Sua desposseção subjetiva faz do “psicológico” uma coisa difícil de resolver, comparado à eficácia da medicação para o controle do corpo. Arrisca estabelecer uma relação de similaridade entre o seu problema de ereção e seu jeito de ser, apontando para uma perspectiva psicologizada de entender seu sintoma.

Ao mesmo tempo, Fábio evoca a imbricação físico-moral própria do nervoso, falando de uma fraqueza moral ocasionada por seu problema de ereção. Assim como em Holyfied e em Glória, a pretensão de “controle”, seja do corpo, seja das emoções -“problema de descontrole emocional” atuando sobre um corpo “sem controle”-, reaparece no relato de

²⁶ Essa queixa é bastante freqüente dentre os poucos homens que buscam atendimento psicológico nesse posto de saúde.

Fábio. O corpo é experienciado como sendo “descontrolado”, pouco obediente à vontade consciente – “Como é que eu controlo um negócio que é automático?”, especialmente se estiver “nervoso”? A medicação comparece nesses relatos como uma tentativa de retomar o controle do corpo de forma “rápida”, opondo-se à idéia da terapia como um recurso “lento”, “difícil de resolver”.

Como recurso terapêutico alternativo, já que antidepressivo “é um remédio muito forte”, com muitos efeitos colaterais que Fábio não quer fazer uso por muito tempo, o urologista recomendou além de exercícios físicos e homeopatia, também psicoterapia.

A idéia de “acúmulo de problemas na cabeça”, assim como no discurso físico-moral dos entrevistados acima, também comparece em seu relato acompanhado da idéia de extravasamento, como sendo algo que o leva a “estourar”. No entanto, para além de uma descarga catártica, Fábio fala da expectativa de um auto-exame como forma de lidar com aquilo que o incomoda em si mesmo e lhe traz prejuízos em suas relações.

3.7.9 Ilana

Ilana, 18 anos, parda, solteira, estudante (“bloqueada” no momento), com ensino médio incompleto, filha de pai metalúrgico e mãe manicure, vive com a mãe e um irmão numa casa, cuja renda familiar é de dois salários mínimos.

Ilana inscreveu-se no grupo de recepção acompanhada da prima, que buscava atendimento em função de dificuldades no trabalho. As duas freqüentaram juntas o grupo, não oferecendo qualquer objeção a esse fato, já que elas “falam tudo uma para outra”. O nome fictício por ela escolhido é o mesmo da prima. Assim como Sarah, Ilana procurou o serviço de psicologia encaminhada por médicos não-psiquiatra, em função do “fundo psicológico” de algumas manifestações clínicas. Ilana diz ter começado a engordar depois de dificuldades que passou na escola, e seu “descontrole alimentar” foi ressignificado por sua ginecologista e por sua nutricionista do plano de saúde como “descontrole emocional”. No entanto, segundo ela, para que tivesse acesso à psicoterapia no sistema público, passou pela psiquiatria para conseguir encaminhamento para psicoterapia.²⁷

Ainda que um encaminhamento médico justificasse institucionalmente a sua busca por atendimento, sua queixa é principalmente moral, e o problema de ganho de peso não surgiu como questão para ela nos grupos de recepção nem na entrevista, salvo para relatar a

²⁷ Para que se tenha acesso ao serviço de psicologia nesse presente posto de saúde, não é necessário qualquer encaminhamento. Mas a população sempre pergunta quando da marcação dos grupos de recepção: “Precisa ter encaminhamento?” “Precisa já ter prontuário no posto?”

sua trajetória prévia. A busca por atendimento se deu em função de sua dificuldade de fazer amizades na escola, que inviabilizou um projeto de vida importante - “tive a oportunidade de estudar num colégio bom, mas desperdicei essa chance”.

Ilana aponta que muito de sua dificuldade de estudar se dava em função da dificuldade de relação com os colegas da escola, que viviam em condições sócio-econômicas “superiores” à dela. Enquanto ela precisava trabalhar e estudar, eles só estudavam e tinham tempo de ficar conversando no colégio, cultivando amizades. O trabalho não a agregava valor, mas a destacava dos demais como alguém que “precisava trabalhar”. Acreditava que pelo fato de não poder ter a mesma dedicação dos colegas de poder ficar na escola depois das aulas para fazer trabalhos de grupo e conversar, sentia-se “diferente” e por isso “excluída”. Em função desse sentimento de exclusão faltava às aulas, o que a fez repetir o segundo ano do segundo grau por duas vezes, quando resolveu desistir, sair da escola. Em relação à sua dificuldade de fazer novas amizades, essa sempre fora contornada pela relação com os amigos antigos, que lhe apresentavam pessoas novas. Dessa forma, relaciona-se com os amigos dos amigos, relações nas quais, contrapostas às relações do colégio, ela era tida como uma “igual”.

No grupo de recepção, a causa de seu sofrimento foi atribuída a questões relacionais que lhes são exteriores – à intolerância dos colegas: “eles não entendem”, “falam mal de mim quando eu não estou”. Talvez as intervenções realizadas no próprio grupo de recepção a fizeram se repositonar frente a seus problemas, aos quais passou a descrevê-los numa perspectiva mais centrada em sua pessoa, mais particularizada – “Eu ainda não consigo tirar uma lição boa do que aconteceu”.

Nessa perspectiva mais particularizada, os pensamentos são a representação de uma maior interiorização da questão-problema. Ilana já tentou voltar aos estudos, mas não consegue, pois sofre e se recrimina demais por ter desistido, o que a faz não suportar voltar a estudar e a passar por situações que a lembrem o que aconteceu. “Eu não consigo prestar atenção, só fico lembrando e chorando”. Dizia que “pensar sobre o seu problema só faz mal”. Os pensamentos de fracasso são aquilo que Ilana atribui como causa de sua dificuldade de retomar seus estudos, sua principal queixa. Como forma de superar o problema, tenta “não pensar” fazendo outras coisas, mas qualquer pensamento acaba se voltando para o mesmo ponto.

O valor atribuído aos estudos fez com que sua desistência se transformasse num grande fracasso pessoal, justificado por sua dificuldade de fazer amizades. Não é de falta de amigos que Ilana reclama, mas de ter desistido, não ter conseguido algo que lhe era caro. As

conseqüências disso para a sua pessoa foram severas, ficou com “vontade de não fazer nada”, “medo de enfrentar as coisas e não agüentar, fraquejar”, preocupava-se com que os outros iam pensar a seu respeito, e em função disso se isolava.

Se por um lado seu desejo de mudança está atrelado à consecução de um de projeto pessoal de estudar e trabalhar, por outro, sua trajetória está submetida ao julgamento e apreciação de seus pares, que parece ser importante para ela.

É sobre a apreciação dessas pessoas que teme que sua “trava” seja entendida como preguiça, evidenciando o caráter de menor gerência de sua vontade sobre suas atitudes, evidenciando sua “fraqueza” diante de um imperativo moral de terminar os estudos e trabalhar.

3.7.10 Fabi

Fabi, 29 anos, parda, solteira, pedagoga com pós-graduação, professora de uma escola de educação infantil, vive com os pais numa casa cuja renda familiar é de dez salários mínimos. Filha de pai enfermeiro psiquiátrico e mãe do lar. Dos entrevistados, é a única cujo pai tem nível superior. Junto com Fábio, são os entrevistados de maior nível de escolaridade – pós-graduação.

Fabi buscou o atendimento psicoterápico em função de um encaminhamento de seu psiquiatra. Ela tentou duas vezes o suicídio. A primeira foi por causa do rompimento com o namorado, quando iniciou tratamento psiquiátrico e foi diagnosticada como tendo “depressão grave”. Justifica não ter buscado atendimento psicoterápico porque na época julgava que o problema era “externo”- a perda do namorado. Aos poucos, na relação com o psiquiatra, adquiriu a “consciência” de que ela precisava “aprender a lidar com perdas”.

Um auto-questionamento e um auto-exame foram desencadeados a partir das consultas psiquiátricas, quando a “depressão” tornou-se uma questão interiorizada e intimizada, passando a entender seu sofrimento a partir de “aspectos do eu que incomodam” e “aspectos da vida que gostaria de mudar”, ambos aspectos atrelados diretamente à sua pessoa.

Percebe-se o valor-indivíduo presente na idéia de projeto de vida com a intenção de promover satisfação pessoal. Fabi faz questão de romper com o modelo relacional complementar e hierárquico entre os gêneros, valorizando sua independência financeira, lastro de sua liberdade como pessoa, marcando a diferença em relação à história de vida e o ethos relacional de sua mãe. A valorização do estudo e de sua independência financeira é atrelada à identidade de “profissional”, com suas muitas especializações, bem como um “trabalho intelectual”.

Sua tentativa de suicídio é significada a partir de muitos prismas simultâneos: do ponto de vista contextual, Fabi atribui tal atitude à situação de “pressão no trabalho”, se assemelhando à idéia de “acúmulo” presente nos entrevistados anteriores, que interage com características pessoais produtoras de “stress”. Dessa forma, ancora numa interioridade o sentido de seu suicídio. Ao mesmo tempo, o suicídio também remete a um dado contexto relacional familiar, produzindo efeitos de reconfiguração de suas relações, a partir do ocorrido. A religião também ressignifica o suicídio como uma forma de mediação dessa mesma reconfiguração, fazendo com que a “gravidade” do atentado contra a própria vida seja relativizada, a partir dos efeitos considerados positivos que produziu em sua vida, no caso, uma maior aproximação com a mãe, com quem tinha dificuldade de se relacionar; e o noivo que conheceu na casa espírita que começou a freqüentar depois da tentativa de suicídio.

Suas relações familiares também são englobadas pelo plano religioso. O Kardecismo fornece uma explicação para as suas afinidades e desavenças no interior de sua família. O plano religioso explica, porém não determina, conforme visto em outros relatos. O sujeito nessa perspectiva tem uma maior “responsabilidade” sobre suas atitudes, sob o conceito religioso de “livre arbítrio”, aproximando-se bastante da noção individualizada de pessoa. Diferente de atribuir um significado relacional e transcendente à pessoa para os eventos da vida, próprios de uma ordem maior, de uma relacionalidade da qual o sujeito só faz parte como “influenciado”, como quando a causalidade dos eventos recai sobre uma “influência espiritual”, posição de “menor responsabilidade e consciência”, a religião em Fabi aponta para uma individualização em termos de escolha, ainda que essa “escolha” não se dê “por acaso”, o que a encadeia numa ordem maior de acontecimentos.

Fabi buscou o atendimento psicoterápico como uma alternativa a uma terapêutica exclusivamente medicamentosa, por acreditar na preeminência dos aspectos morais das perturbações sobre o aspecto físico, próprias de uma perspectiva psicologizada. O apoio quando da “depressão” de sua mãe visa além do benefício do desabafo comentado em outros exemplos, visa também promover um questionamento moral acerca do que não vai bem, com vistas a apontar mudanças. Fabi acaba por ser um vetor de individualização na relação com a mãe, valorizando aspectos como “satisfação pessoal” e o “auto-cuidado”, a despeito da indiferença da mãe para com tais aspectos.

3.8 Dados dos entrevistados

	idade	escolaridade	Profissão	Profissão do pai e da mãe	Estado civil	No de pessoas na família	Renda familiar (em salários mínimos)	Raça ou etnia
Hadassa	28	Superior incompleto	Assistente administrativo	Pai taxista, mãe do lar	casada	2	2,5	branca
Jesus	33	Ensino médio incompleto	Jogador de futebol	Pai motorista de ônibus aposentado, mãe trabalha como ambulante.	solteiro	5	Não soube	negro
Holyfield	39	Ensino médio	Mecânico lubrificador	Pai trabalhava na Comlurb, mãe do lar	amigado	5	5	negro
Ilana	18	Ensino médio incompleto	estudante	Pai metalúrgico, mãe manicure	solteira	3	2	parda
Glória	32	Primário incompleto	Do lar	Pai pedreiro, mãe doméstica e costureira	casada	4	Marido desempregado, não soube responder.	branca
Fábio	24	Mestrado incompleto	Engenheiro, técnico em eletrônica, mestrando	Pai agente administrativo (desempregado), mãe do lar	solteiro	5	Sem renda no momento	branco
Sarah	23	Ensino médio	Operadora de caixa	Mãe costureira e do lar, pai policial federal	solteira	3	2,5	negra
Larissa	46	Ensino Médio	Do lar	Pai mestre de obras, mãe do lar	casada	3	1,7	branca
Carla	48	Primário	Cozinheira, do lar	Pai marceneiro aposentado, mãe do lar	separada	6	2	negra
Fabi	29	Pós graduação	pedagoga	Pai enfermeiro psiquiátrico, mãe do lar	solteira	3	10	parda

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesse capítulo, destaco dos relatos dos entrevistados aspectos da construção da demanda de atendimento psicoterápico, construção essa que se dá na trajetória prévia de tratamento da questão-problema. Destaco também a forma como concebem o sofrimento, sob uma perspectiva intrapessoal e relacional, bem como suas concepções sobre as terapêuticas possíveis, nas quais se inclui a psicoterapia.

4.1 Uma concepção psicológica de sofrimento?

No que tange a questão acerca das concepções de sofrimento presentes nas queixas das pessoas que buscaram atendimento psicoterápico, utilizando-me do referencial teórico de Duarte (1986), destaco e diferencio dentre elas duas formas de representação do sofrimento – a configuração do nervoso, ancorada numa forma de conceber a identidade pessoal calcada nas relações familiares e vicinais, e a configuração psicológica, ancorada em formas mais individualistas de ser pessoa.

Apesar de utilizar-me desses “tipos ideais” dicotômicos para empreender a análise das representações acerca da perturbação nos relatos que se seguem, na realidade as pessoas transitam entre um pólo e outro, não podendo ser classificadas de forma tão estanque. Pode-se dizer que todos os entrevistados remetem à configuração do nervoso em suas formas de entender a perturbação: os aspectos físico-morais estão imbricados de forma indissociável; o sistema nervoso aparece como o elemento totalizador, fundamental e centralizador da identidade humana, mediando toda a experiência física e moral do sujeito. A perturbação, em sua dimensão moral, remete ao universo relacional dos entrevistados, relacionalidade essa que lhe confere uma identidade numa organização hierárquica. A construção do que seja perturbação está referida a essa relacionalidade, na medida em que os entrevistados se auto-representam a partir de suas relações familiares e laborativas.

Pensando na escolarização como um vetor de individualização, tal como ressaltado por Duarte (1986), a maior parte dos entrevistados tem uma escolaridade que chega ao ensino médio, sendo dois entrevistados com somente o curso primário completo, e outros dois com nível superior com pós-graduação. Apenas o pai de Fabi possuía nível de escolaridade superior. As famílias de origem dos entrevistados pareciam reproduzir o modelo relacional-hierárquico de relação entre os gêneros, sendo a maior parte das mães entendidas como “do

lar” mesmo quando tinham alguma atividade geradora de renda, enquanto a profissão dos pais era destacada.

Dentre os entrevistados, destaco dois que acredito aproximarem-se mais de uma apreensão individualista de pessoa: Fábio e Fabi. Contrastando com os demais entrevistados, a forma pela qual eles representam a si mesmos não está tão atrelada às suas relações vicinais ou familiares. É comum aos dois uma valorização da escolarização, do aperfeiçoamento profissional.

Fábio, num momento fora da entrevista, contrasta sua oportunidade de maior escolarização à situação do pai, menos escolarizado, desempregado e com dificuldades de voltar ao mercado de trabalho. Diz querer arranjar um emprego para ajudar financeiramente a família, concomitante ao plano de sair de casa, evitando, com isso, os conflitos com a mãe, que insiste em evangelizá-lo e os conflitos com o pai, irritado com a condição de desempregado. Com isso, aponta para uma tentativa de diferenciação em relação à trajetória dos genitores, centrada numa maior escolarização, com fins de conseguir melhores oportunidades na vida.

O trabalho aparece como forma de garantir auto-realização, uma liberdade e autonomia como pessoa, atributos próprios de uma representação individualista. Aparece em seus relatos a idéia de projeto de vida, a intenção de um auto-exame com fins de autoconhecimento. Tanto Fábio quanto Fabi representam um corte quanto à geração de seus pais em relação à escolarização e quanto a “estilos de vida”.

Para que a minha vida não continue do meu jeito que eu identifiquei que eu não estou satisfeita, apesar das conquistas. Não estou satisfeita, eu quero mais. E esse mais é o complemento do que eu já conquistei na minha vida afetiva, que durante quatro anos eu não tive nenhuma, vivendo em função de trabalho e estudo. E os pontos que eu identifiquei no meu eu de estar sabendo aprender a lidar com eles. Porque assim, eu sempre fui muito tímida. Mas por passar por faculdade, ter que apresentar seminário, aí depois veio trabalho, aí eu não pude, ou eu recuava e virava uma dona de casa igual a minha mãe, que eu não me orgulho disso, porque eu prezo muito a minha independência. Quero sim, que a minha vida afetiva evolua, pretendo me casar sim, não de imediato, pretendo ter um filho, mas também não de imediato, daqui uns quatro anos, mas eu não quero ser dona de casa. Não quero ficar em casa lavando cueca, passando pano no chão, dependendo de marido para comprar o shampoo, para dar satisfação que eu preciso de 5 reais porque eu preciso comprar um remédio para dor de cabeça. Não quero isso. Gosto muito de produzir, de trabalhar. O meu foco agora é a minha vida afetiva e aprender a lidar com essas questões que me incomodam que são partes da minha personalidade, mas esses obstáculos que foram aparecendo eu respirava fundo e seguia adiante e cada um que eu conseguia superar, já me ajudava bastante. [Fabi] [grifo meu]

Ainda que na forma de representar o sofrimento se perceba algumas semelhanças, especialmente a imbricação entre os planos físico e moral, a forma de se referir à própria identidade é mais autônoma frente às relações, há uma maior auto-responsabilização em relação à causalidade da perturbação e o sentido dela está referido ao eu.

Eu não sei se isso tem alguma relação com o meu problema de ereção, ou não, mas eu sou um pouco, muito preocupado com prazos de entrega, coisas que tem que fazer, com o meu tempo que está acabando, eu me considerei velho, lá em cima, mas eu não sou velho, eu acho. (risos) Aí quer dizer, coisas desse tipo. [De que forma você acha que tem a ver? Que relação você traça entre uma coisa e outra?] Eu acho que tudo tem que ser rápido. Não, tem que ser rápido o processo de levantar, não o processo final. (Risos) Eu gosto muito de controlar as coisas, eu sou um cara muito organizado. Eu sou um cara preocupado com o que a pessoa vai achar de mim. Eu estou preocupado com o que você está achando sobre mim agora. (risos) [Fábio] [grifo meu]

Nos itens que se seguem será analisado mais detidamente o discurso dos demais entrevistados, sendo Fabi e Fábio evocados tanto para oferecer uma perspectiva de contraponto ao discurso físico-moral, quanto para ressaltar suas aproximações a ele.

4.2 Sobre a chegada ao serviço de psicologia

Ainda que os entrevistados ressaltassem que buscaram psicoterapia de forma “espontânea”, querendo dizer que “buscaram porque quiseram”, quase todos o fizeram em função de um encaminhamento prévio, seja a partir do psiquiatra (Hadassa, Holyfield, Glória, Carla e Fabi) ou do médico de outras especialidades (Sarah, Larissa, Fábio e Ilana). Jesus fora o único entrevistado que buscara o serviço motivado pelas recomendações da mãe, sem qualquer “recomendação médica”, diferindo dos outros entrevistados²⁸.

Isso sugere que no campo dos saberes da saúde, a medicina constitui a primeira escolha para se tratar o sofrimento em suas variadas formas. Em alguns casos a expressão física da perturbação é o que mais prepondera nas queixas dirigidas aos lugares de tratamento. Esses muitas vezes são os casos dos sintomas físicos do que seriam diagnosticados nos serviços de saúde mental como uma “crise de ansiedade”, na qual as pessoas acham que vão morrer, que estão tendo algum problema cardíaco, respiratório, ou mesmo “de nervos”, que em sua fisicalidade justifica o socorro médico. A atribuição de algum sentido “psicológico” ou mesmo “moral” a essa forma de padecimento é feita pela primeira vez nas emergências de clínica geral e no primeiro contato (muitas vezes sentido como inusitado pelo paciente) com a psiquiatria.

Esse foi o caso de Holyfield, Carla e Glória, cujos sintomas físicos constituíram a motivação de buscar atendimento na emergência, onde os profissionais atribuíram um sentido “psicológico” para eles. Esse novo sentido para o seu problema foi incluído por Holyfield sem

²⁸ A busca do serviço pela mãe de Jesus remonta ao encaminhamento de sua filha ao serviço de psicologia pela escola, grande fonte de encaminhamentos de crianças. Nesse sentido, a idéia de buscar o serviço não pode ser de todo creditada à iniciativa pessoal.

muitas resistências, que passou a entender o seu “passar mal” a partir de uma causalidade moral, “psicológica”. Nota-se nesse entrevistado, à semelhança de Fábio e Fabi, uma maior auto-responsabilização por seu padecer, ainda que ele o conceba como resultado de problemas relacionais, como será ressaltado mais à frente.

Porque quando eu fui no médico ele me encaminhou, né, psiquiatria. Eu fui nele e expliquei como é que eu estava me sentindo. Ele falou “não, não é aqui não. Vou te dar um remedinho para aliviar se no caso você passar mal e você vai lá na frente para marcar para a psiquiatria”. E aí a psiquiatria me avaliou e achou que o meu problema não era nem muito de tomar medicamento, essas coisas não, entendeu? O meu problema pode ser de repente mais de psicologia, para tentar procurar ajuda. No caso eu vim para procurar uma ajuda para eu assimilar mais os meus problemas. Porque às vezes o que me leva a passar mal assim é que às vezes eu não consigo assimilar. [Holyfield] [grifo meu]

O “nervoso” de Glória sendo nomeado como “stress pós-traumático” pela psicóloga produziu um alheamento ainda maior de sua pessoa em relação àquilo que a acomete. O “trauma” de “não ter se segurado” no passado explica toda a experiência de sofrimento presente, restando-lhe manejar o inconveniente sintoma no presente.

Já que eu procurava um médico, procurava outro, já passei na mão do psiquiatra, nesse hospital, passei pela psicóloga e ela me indicou psicologia. E me indicou medicina alternativa. É caso disso, não é caso de loucura. É que nem ela falou, eu estava com stress pós-traumático, devido ao problema que eu tive, fiquei com trauma que ficava ocasionando esses sintomas todos. Aí eu pensei, deve ter sido por aquilo mesmo que eu passei, eu fiquei com trauma daquilo. Tanto é que quando eu fico nervosa, solta [o intestino]. Aí eu rodava um hospital, rodava outro para eles passarem remédio para esse sintoma de soltar, eu queria um remédio que prendesse, não ficasse assim, que me acalmasse.[Glória] [grifo meu]

Carla atribui a uma mudança no âmbito de suas relações familiares a razão do seu padecer físico: deixara para trás a família extensa e os filhos para trabalhar como “caseira” com o marido em um sítio afastado. Com isso, atribui como possível disparador de seu “passar mal” o isolamento, a solidão, a saudade dos filhos. Difícil dizer se essa forma de apreender seu problema preexistia ao contato com o serviço de saúde, ou se essa relação causal, esse novo sentido para a experiência – uma causalidade moral para seus sintomas físicos - foi produzida na relação com os profissionais de saúde.

[Porque você buscou a psicologia?] Porque meu médico, cardiologista, mandou eu procurar a psiquiatra, pelos sintomas que eu estava tendo. Aí ela falou que além dela, tinha que procurar ajuda do psicólogo. Aí eu falei, “Então tá”. Eu estava mal, então eu vim. [E qual a história dessa sua queixa, desse seu problema? Como é que começou?] Posso contar desde o começo? Eu tive isso em 93, porque eu estava trabalhando num sítio, estava com o meu companheiro trabalhando no sítio e era só eu e ele. Eu estava sentindo muita falta dos meus filhos. Era só eu e ele naquele sítio e a gente só tinha folga na segunda feira. Aí eu comecei a passar mal, me sentir mal. [...]Aí a psiquiatra de lá falou que eu estava com esse negócio aí, esqueci o nome. [depressão] É porque eu estava sentindo falta das crianças. Eu sentia falta dos meus filhos. Eu me sentia muito só. Era um sítio enorme, ficava só eu e ele, eu ficava fazendo as minhas coisas e ele as coisas dele. Eu nunca fui de ter muito carinho de ninguém, aí eu sempre fui assim sabe, sinto falta de alguém para me fazer um carinho. Fazer o que, né?” [Carla] [grifo meu]

A psicologia parece constituir uma opção terapêutica para a maior parte dos entrevistados depois que suas queixas e sintomas físicos são ressignificados pelos médicos. Diante da queixa de um sofrimento, seja ele expresso sob a forma de sintomas físicos ou não, o médico estabelece, para além de uma possível causalidade física, também uma relação de causalidade moral, tendo “o psicológico” um poder explicativo do mal estar. Essa ressignificação médica está calcada numa perspectiva própria à configuração psicológica de que os sintomas físicos são uma forma de expressão de conflitos inconscientes. Essa ressignificação médica reconfigura a queixa em sua imbricação como plano moral, produzindo uma demanda por atendimento psicológico que antes não estava colocada, antes não era cogitada pelo paciente. Cria-se para o paciente uma nova demanda de tratamento possibilitada pela imbricação físico-moral da forma como concebem o sofrimento, ainda que calcada em uma configuração de valor diferente da configuração na qual se insere a redescricao médica do sintoma.

A receptividade ao encaminhamento médico, portanto, se dá não pelo fato de médico e paciente partilharem de uma mesma concepção de pessoa e sofrimento, mas pelo fato desse novo recurso terapêutico encontrar condições de possibilidade numa lógica físico-moral da perturbação, ancorada num universo relacional e hierárquico que lhe dá sustentação. Ao mesmo tempo, a receptividade ao encaminhamento médico responderá, dentre outras coisas, à autoridade investida na figura do médico, cuja credibilidade depende da relação que trava com o paciente, para além de sua competência profissional em apontar terapêuticas especializadas.

Então, como eu soube que lá dentro a pressão psicológica era muito grande, eu desistia e entrava em depressão por causa disso. De, tipo assim, voltar a tomar remédios mesmo. Nisso aí, eu já devia ter procurado a psicologia. Só que eu lembro que nessa época eu já era atendida pelo Dr João (psiquiatra) e o Dr João nunca tinha me dado o aval de procurar psicologia e aí também não me veio na idéia e aí antes, quando eu fui internada lá no Engenho de Dentro, eram psicólogas que conversavam comigo, mas eu também não sabia o que eram psicólogas. [Hadassa]

Para os entrevistados, a psicoterapia é englobada pela medicina²⁹, a psicologia torna-se uma espécie de “medicina moral”, no qual o psicólogo é investido de uma mesma autoridade de perito sobre o sofrimento. A flexibilidade do modelo físico-moral e da lógica relacional hierárquica permite uma nova significação da psicoterapia como instrumento terapêutico válido nessa configuração, fazendo com que, no entanto, médicos/psicólogos e pacientes refiram-se de forma diferente a um mesmo recurso terapêutico. A busca por

²⁹ A hierarquização entre os saberes e práticas mostra-se evidente também na recorrente pergunta da população que busca a psicologia neste posto de saúde por demanda espontânea, sobre a necessidade de um encaminhamento prévio para que se possa ter acesso ao serviço, pergunta sempre respondida com uma negativa.

acompanhamento psicoterápico é resultado de um encaminhamento de alguém investido de autoridade técnica, o médico, ou mesmo autoridade no jogo relacional no qual a pessoa está inserida – como no caso de Jesus, “encaminhado” pela mãe.

[Como é que você chegou ao serviço de psicologia?] Foi pela minha mãe. [Porque foi pela sua mãe?] Minha mãe me ajuda em tudo. Minha mãe, depois de Deus, é minha rainha. [Mas porque que ela achou que você precisava?] É como eu te falei, eu era muito agressivo, explosivo. Qualquer coisa já estava explodindo. Depois também fiz algumas artes marciais aí... E minha mãe tava com medo, né, porque eu brigava muito na rua, eu era muito brigão. [Jesus]

Acatar o encaminhamento, como percebido nas descrições dos casos, não constitui um ato passivo, mas uma iniciativa fruto não só do jogo relacional no qual se insere o entrevistado, mas também da reelaboração do que seja o sofrimento e o recurso psicoterapêutico. Para além da trajetória de tratamento, um outro exemplo emblemático dessa hierarquização se deu na narrativa de Hadassa, para quem os médicos psiquiatras eram psicólogos com mais tempo de estudos.

“Psique” significa a mente, né, “psique” não é o mental? Então eu pensava que psicólogo quanto mais ele estudasse, virava psiquiatra. Então não tem nada a ver uma coisa com a outra? [Hadassa]

[Então você chegou até nós encaminhada...] Pelo Dr João lá de Del Castilho. Porque, o que aconteceu, eu fiquei fazendo perguntas para o Dr João e ele falou para mim que era melhor eu fazer a psicólogas. Aí eu fiquei com aquilo na cabeça: mas gente, ele não era psicólogo e virou psiquiatra, o que custa ele me responder? Eu fiquei com aquilo na mente, o que custa ele me responder? Ai meu Deus... [Hadassa]

4.3 A dimensão intrapessoal

A maior parte dos relatos corrobora uma representação de sofrimento a partir da configuração do nervoso, na qual há uma imbricação dos planos físico e moral, prevalecendo uma preeminência moral sobre o físico.

Partindo de uma perspectiva intrapessoal, semelhante ao que foi descrito em outros trabalhos (Duarte, 1986; Verztman, 1995; Carvalho, 2001), essa imbricação se expressa pelo englobamento do físico pelo moral na idéia de que o acúmulo (de problemas, pensamentos, lembranças) na cabeça produz danos no corpo físico, corpo esse que exerce sua performatividade na rede relacional, conferindo à pessoa um lugar nessa rede, uma identidade.

A idéia de acúmulo remete aos nódulos da “comunicação”, da “irritação” dos nervos por aspectos tanto físicos como morais, tal como descrito por Duarte, bem como o nódulo da “obstrução”, quando aspectos físicos ou morais deixam de ter alguma “saída”, “escoamento”, seja essa exteriorização algo corpóreo como as atividades físicas, seja o desabafo. Nas

entrevistas realizadas, no entanto, percebem-se apenas aspectos morais como causadores de tais “irritações dos nervos”. Esses aspectos presentificaram-se sob a forma de pensamentos, lembranças e também sob a forma de problemas relacionais “que não saem da cabeça”.

O acúmulo de problemas, para Holyfield, pode inclusive levar à morte, se não “posto para fora”:

Assimilar é tipo assim, ser uma pessoa bem resolvida com tudo. Por exemplo, lá no meu trabalho teve um senhor que teve problema de pressão alta. Mas eu estava comentando aqui o problema da pessoa não jogar para fora. [...] Ele pediu para sair cedo e ficou lá no portão, que lá é empresa de taxi, volta e meia desce, vai para o centro, vai para vários lugares. Então o gerente foi e passou por ele, tinha um carro lá para testar, “como é cara, não te liberei? Em vez de ir logo para casa você fica aí, vai ficar fazendo o que aí?” Entendeu? Então o coroa não soltou, que a pessoa fica com raiva, não soltou. Aí esse senhor foi pra casa, passou um, dois, três dias e no terceiro dia ele morreu em casa, morreu sentado na cadeira. Entendeu, então eu acho que ele tivesse assim, desculpa a expressão “Porra e tal, não sei que”, talvez tivesse sido diferente. Então ele ficou prendendo aquilo ali e então ocasionou. Que ele ficou em casa pensando, né, naquele cara, filha da mãe, e tal. Ficou em casa assim e aquele negócio parece que agitou ele e ele acabou vindo a falecer. Então, é o que eu falo assim, de às vezes a pessoa não assimilar, pode causar esses problemas assim. É que no caso dele, isso aí eu tenho pra mim, eu não cheguei lá e falei que ele morreu por causa disso. Mas eu acho que ele morreu por isso. [Holyfield]

Para Hadassa, o “ódio guardado” de sua honra ultrajada culminou com sua internação psiquiátrica, tamanha a sua “revolta”.

Por isso, ao mesmo tempo, eu não tive como, porque na hora da raiva eu queria ir na polícia e tudo, dizer que ele me estuprou e isso e aquilo. Só que o meu pai falou que eu não ia conseguir porque a gente já namorava, ele ia ter os argumentos dele. E depois eu também fiquei pensando: gente, e se o menino for preso? O que iriam fazer com o menino lá dentro? Porque quando é caso de estupro fazem uma porção de coisas com a pessoa lá dentro. [...] E acontece uma série de coisas como eu estou dizendo, e então eu disse “eu também não quero não” e resumindo, então eu não fui. E aí eu sei que eu não fui, só que eu acho que eu fiquei guardando aquele ódio pra mim. Menina, eu quebrava tudo dentro de casa, ele ia atrás de mim e eu não queria ver ele, olha, foi uma confusão... Resumindo, aí o meu pai teve que, não sei onde foi que ele foi buscar, que ele conseguiu achar o Centro Psiquiátrico Engenho de Dentro. Eu acho que o meu pai deve ter ido no Pinel de Botafogo, e aí pela localidade indicaram a ele o Engenho de Dentro, se eu não me engano, foi um negócio assim. Porque aí eu fiquei internada lá, porque eu quebrava tudo dentro de casa, eu fiquei muito revoltada, porque eu não queria. [Hadassa] [grifo meu]

Para Fabi, o acúmulo também faz mal à sua pessoa, mas diferindo dos outros entrevistados, enfatiza que o sentido e a importância do problema mudam à medida que o tempo passa, perdendo com o tempo o impacto que deveria produzir em suas relações. Com isso, valoriza a resolução dos problemas no aqui/agora, de forma “pacífica”. A linguagem utilizada é de maior intimização, referida ao eu.

Então eu aprendi que não, o que você puder resolver no momento, no hoje, é muito melhor que deixar para amanhã. Então foram dois passos muito importantes que eu dei na minha vida. De identificar o que me incomoda no meu eu, de ter conseguido lidar com a minha timidez e de não ficar acumulando coisas. Se for uma coisa muito grave e eu ficar muito nervosa, eu grito, eu falo alto. Eu me estresso logo, falo alto começo a apontar, até por causa do meu gênio. Então eu aprendi sozinha a lidar com a timidez, sozinha não, através dos obstáculos e de eu dizer na hora o que eu devo dizer, pacificamente, conversando. Até porque

eu identifiquei que ficar guardando e remoendo me fazia muito mal, eu ficava angustiada, magoada um tempão e a pessoa achando o que ela falou não tivesse impacto nenhum. Então identificar na minha personalidade os traços que me incomodam e me prejudicam, esses foram os passos importantes que eu dei. [Fabi] [grifo meu]

Apesar de a idéia de “irritação” dos nervos aproximar-se do significado de uma sensibilidade nervosa, idéia também presente nas apreensões individualistas de sofrimento, difere dessas o fato de não incluírem nessa apreensão uma dimensão de singularidade e privatização da perturbação. Ao contrário de Fabi, os outros entrevistados falam de suas perturbações em termos de problemas relacionais, que lhes são exteriores, fruto de sua condição num dado contexto relacional, não como fruto de suas idiossincrasias.

Jesus se diz nervoso com as mazelas do mundo, mas também com o que lhe compete diretamente: as situações de quebra de reciprocidade nas relações entre ele, negro, pobre, morador de comunidade e a cidade, na qual ele é mais um anônimo desempoderado, a sofrer os abusos dos poderosos, a sofrer perseguição racial.

Eu queria mudar e ficar um pouco mais tranqüilo. Mais calmo ainda, muito mais calmo. [O que tira a sua calma?] As coisas ruins do mundo, né? [Que coisas ruins?] Isso tudo que está acontecendo no mundo, pedofilia, essas guerras aí, comunidade carente, os políticos, etc. [Jesus]

Também estou respondendo um processo de eu ser assaltado, eu imobilizar o assaltante e até hoje eu estou pagando por isso, tem que ir no fórum, no juiz. Complicado. Fui roubado, eu reagi ao assalto, desmaiei um, imobilizei o outro, que quebrou a clavícula, infelizmente não era o que eu queria, consegui quebrar a clavícula de um, e quebrei o braço do outro. Aí o policial me prendeu. [A polícia te prendeu? Mas você não estava se defendendo?] É, doutora, foi uma coisa muito.... [suspiro] [Mas qual foi a acusação?] A acusação é que eu agredi o ladrão, ué. Essa foi a acusação. Horrível, doutora. É que a gente somos muito.... Não sei explicar. É que a gente somos muito... Complicado. A gente é muito perseguido. É muito racismo, doutora. [Racismo?] Claro! Com certeza que foi. Eu sou assaltado, eu consigo imobilizar os dois bandidos, os dois ladrões, e eu ganho voz de prisão?! [Jesus]

Para Holyfield, o trabalho árduo e “estressante” aparece com sendo um fator produtor de problema e, conseqüentemente, de adoecimento, sem que, no entanto, isso fosse muito valorizado pelo informante. Sua identidade como trabalhador não é posta em questão seja pelos problemas seja por seu “passar mal”. Por outro lado, sua vida doméstica lhe parece muitíssimo mais perturbadora, ao ter que lidar com suas mulheres “nervosas”.

Minha ex-mulher é muito nervosa, essa que eu estou é o dobro. Inclusive elas até se pegaram há muito tempo atrás, uns quatro anos, brigaram e eu fui lá, separei a briga delas lá, se rasgaram na rua, entendeu? Então foi muita coisa assim para mim, para a minha cabeça. E o trabalho, que é muito estressante também, eu trabalho em dois trabalhos. Tinha a minha oficina e tinha o trabalho que eu trabalhava lá. Então, quer dizer, muita coisa para resolver, então chegou um belo dia em que eu estava no ônibus e passei mal, era a primeira vez que eu passava mal. [Holyfield]

Para Larissa, a causa de seu “desânimo” é seu “marido acomodado” e o “problema do filho”, que “revelou gostar de meninos”.

[Como você chegou ao atendimento de psicologia?] Primeiro através de vários médicos falando para mim, que é verdade, eu não sei muito lidar com os problemas da vida, eu não tenho paciência para ver se as coisas dão certo, por causa do meu marido ser acomodado e por causa dos problemas do meu filho. Porque ele declarou para mim ser homossexual aos quinze anos de idade e eu não aceito de jeito nenhum. Quer dizer, aí juntou a coisa do meu marido por causa de trabalho, o fato do patrão não dar valor do jeito que ele é, e ele se acomodou por isso, não procura outro trabalho, ganha pouco e não paga o INPS e o meu filho, que é o principal problema agora. Aí o meu marido fala, o padre fala, “tem que esperar”, mas eu quero as coisas para ontem. O meu marido fala “eu vou ver, eu vou ver”, mas eu não sou assim. Aí o estado de nervos vai à flor da pele. [Larissa]

Hadassa atribui um novo sentido à “personalidade bipolar”, sendo o “pólo” em questão, externo e relacional, definindo seu estar bem ou estar mal.

Eu sei que isso [a traição do marido] foi um transtorno na minha mente, porque antes disso eu estava bem. [Então parece que a sua vida flutua de acordo com...] o que vai acontecendo. A minha mãe diz que chamam isso de personalidade bipolar, não sei se você já ouviu falar. Eu acho que é isso mesmo, né? Que é tipo assim, se o pólo estiver bem, eu estou bem, se o pólo estiver mal, eu estou mal. E é por isso que eu vim para a psicologia, para ver se eu consigo manter o meu equilíbrio. [Hadassa] [grifo meu]

Complementar à idéia de “acúmulo”, geralmente associado aos problemas relacionais, comparece a idéia de “extravasamento”, próprio ao “nódulo da obstrução”, do “botar para fora” também bastante freqüente nas narrativas dos entrevistados como recurso de tentar lidar com o acúmulo. Dentre as formas elencadas de se “botar para fora”, destacam-se o desabafo, a conversa sobre o aquilo que perturba, que trará conseqüências para as concepções acerca da terapêutica dos entrevistados, a ser discutido mais à frente. Para além da conversa sobre o problema, a conversa também se presta à distração dos pensamentos, bem como passeios, atividades de lazer, incluindo aí atividades físicas como forma de distração e extravasamento.

Então no caso o homem, ele tem como extravasar. Só que no caso eu acho que ele vem a passar mal, como no meu caso, é que eu parei de fazer certas atividades, como eu parei de jogar vôlei, parei de jogar bola, parei de sair, antigamente eu saía, até com essa companheira que eu estou agora, quando eu conheci ela, antes a gente não morava junto, a gente morava separado. [...] Então o homem ele tem essa vantagem de extravasar, tem várias coisas para ele conseguir extravasar. A mulher já não tem não. [Holyfield]

Para evitar ficar nervosa, Carla inventou uma pessoa dentro dela que tira os pensamentos ruins e coloca os bons pensamentos na cabeça, acalmando-se dessa forma. Saber que tem pessoas para ajudá-la nas tarefas também é um pensamento calmante.

Quando eu vejo que eu estou indo rápido demais, eu falo “não, calma, vai devagar”. Se eu estou para ir a algum lugar que eu estou muito ansiosa para ir, vou devagar, tento resolver. Tento dividir as coisas e fazer de um jeito que não me abale a saúde. Aí nisso eu já estou conseguindo aos pouquinhos, tentando resolver. Se eu não consigo resolver assim rápido, eu procuro ajuda do meu marido, ou da minha filha. Eu tento resolver para eu ficar mais calma, menos agitada. Porque quando eu fico nervosa, eu fico pior. Eu me preocupo com tudo, eu ponho tudo na minha cabeça. Já que eu ponho tudo, se eu olhar para esse lado e ver tudo errado e por tudo errado na minha cabeça, então o que eu faço, eu mesma tento me acalmar de alguma forma. Eu tento fazer o meu bem, agir a meu favor. Se eu ficar nervosa e botar as

coisas na minha cabeça, “ai, vai acontecer isso”. Aí a outra pessoa que eu... Assim, invento dentro de mim, para tentar me acalmar. Se eu botar muitas besteiras na cabeça, eu tenho que arrumar uma pessoa para botar coisas boas também. Para ir aos pouquinhos. Incentivar, né? [Glória] [grifo meu]

Ao mesmo tempo em que o extravasamento é considerado “terapêutico”, em sua dimensão de “botar para fora” o que não faz bem, ele também produz conflito nas relações, quando o extravasamento se dá sob a forma da “explosão”, “briga”, “barraco”, sendo valorado negativamente, apontando para formas mais conciliatórias de se “botar para fora”.

[Existe alguma outra questão na sua vida que você traria para psicologia?] Sim, talvez a minha auto-avaliação como pessoa. Eu me avalio mal. Às vezes algumas coisas que eu falo que as pessoas cagaram e andaram e eu fico martelando aquilo ainda durante um tempo. Eu também não fico perdendo noites de sono por causa disso, mas me incomoda. Eu também avalio as pessoas muito mal, embora eu não transmita isso para as pessoas. E aí eu acabo acumulando coisas. Se uma pessoa fala uma coisa para mim que não me agradou, num primeiro momento eu não vou falar nada, mas eu vou ficar com aquilo na cabeça. E se aquilo continuar, eventualmente eu vou acabar me estourando, entendeu? E às vezes eu falo algumas grosserias, e tal e aí é meio ruim. Embora as pessoas gostem de mim. Porque, porque eu acabo me controlando e na hora eu não falo. Mas quando eu falo também, eu acabo perdendo a linha. Xingo, me exalto mesmo. [Fábio] [grifo meu]

Pode-se representar esquematicamente essa lógica de conceber o sofrimento da seguinte forma: problemas de ordem moral provocam irritação/obstrução/enfraquecimento dos nervos, que, quando obstruídos de uma descarga – desabafo, discussão, distração –, causam adoecimento físico – tremedeiras, tonteiras, pressão alta, taquicardia, estresse, medos –, sintomas que se trazem prejuízo para o exercício das funções cotidianas que lhes garante uma dada identidade num jogo relacional.

Diferente do encontrado em outras descrições, outras partes do corpo, tais como sangue, coração, fígado, não foram mencionadas como causadoras de “irritação nervosa”. No entanto, dada a totalização do sistema nervoso sobre o resto do corpo, em sua comunicação e precedência sobre as demais partes, as alterações no funcionamento do resto do corpo foram consideradas efeitos de causas morais ou mesmo o “nervoso” em si mesmo. Como exemplos, podemos citar Glória e a relação que estabelece entre nervoso e incontinência intestinal, e Sarah da relação estabelecida pela médica entre “sistema nervoso” e o afloramento de feridas de herpes.

Foi essa ansiedade, esse medo de sair na rua, que já estava me provocando já distúrbios... que eu ficava nervosa e me dava logo vontade de ir no banheiro, entendeu? Eu tenho que ficar controlando para conseguir chegar até aqui. [...] Se eu sair, provoca o nervosismo e eu não consigo controlar, é uma coisa que eu não consigo controlar. Mesmo sem vontade de ir ao banheiro, dá aquela vontade na hora. Parece que liga assim a luz, e dá aquela vontade na hora, e isso me deixa mais nervosa ainda. Eu posso estar calma, mas eu fico mais agitada ainda. [Glória]

Com todos esses problemas, eu falei com a minha dermatologista e ela falou “Então você procura um psicólogo, porque se isso aí for sistema nervoso, vai resolver. Mas antes disso, eu vou passar o exame de HIV, para ver se realmente é sistema nervoso”. [Sarah]

É válido ressaltar que nos entrevistados a relação que se estabeleceu entre sintomas corpóreos e a vida moral e psicológica se deu inicialmente pelos médicos, em consultas não só psiquiátricas, como também por médicos de outras especialidades, o que pareceu legitimar a busca por psicoterapia. À semelhança das descrições psiquiátricas para os transtornos de ansiedade, a perturbação também fora descrita com termos como taquicardia, falta de ar, tonteira, inscrevendo no corpo o sofrimento e nomeando-o com termos nosológicos.

[Como é que você chegou à psiquiatria?] Porque eu tenho aqueles negócios de falta de ar, né? O coração dispara, me dá tonteira, eu não ando sozinha. Cada hora eles dizem que é uma coisa. Eles dizem que é... Esqueci. Como é o nome daquele negócio? (fica tentando lembrar) Uns dizem que é síndrome do pânico, uns dizem que é... aquilo que todo mundo tem agora... esqueci o nome... [referia-se à depressão, lembrando-se depois] Como é que as pessoas falam? Essa doença de rico aí... Eu acho que é doença de rico. É que rico que fala “Tô...” Esqueci a palavra... “Eu to...” Não é estressado não, é outro nome. Eu esqueci o nome. [E existe doença de rico e doença de pobre?] Existe. Doença de rico é assim, estresse, ele fala assim, bonito, sabe? “Eu to...” Ai, meu deus, não consigo lembrar. Quando eles procuram assim uma psicóloga, eles falam que estão com aquele negócio, qual é o nome? [...] [E doença de pobre o que é que é?] Doença de pobre é dor de cabeça, dor de garganta, resfriado, negócio assim. [E rico não tem isso não?] Tem, mas eles falam “estou com enxaqueca”, não é dor de cabeça. Não fala que está resfriado, fala que está gripado. É diferente. Caramba, não consigo me lembrar o nome... [Carla]

Os termos da nosologia psiquiátrica são conhecidos e utilizados nas narrativas – estresse, depressão, ansiedade, trauma, transtorno bipolar. No entanto, quando usados pelos entrevistados que se aproximam da configuração do “nervoso”, referem-se a uma “categoria estrangeira”, a forma como o “outro”, na figura do médico concebe o seu padecer. Larissa e Carla negaram estar com depressão, diagnóstico dado pelo médico, pois “depressão era coisa de rico”, alvo de grande sarcasmo de Carla. Com essa frase queriam valorizar algo de sua resistência pessoal diante das adversidades, pois só “os ricos podem se deixar abater”, “só os ricos podem ficar deprimidos”, deixando implícita a questão da resistência necessária à continuidade da realização de suas respectivas “obrigações”, sejam elas com o trabalho, seja com a família.

Ah, sabe que o médico falou na sexta- feira? Passou um antidepressivo. Falou que eu estou caminhando para uma depressão, que eu estou ficando deprimida. Mas depressão para mim é só em rico, né? Eu não acho que eu estou em depressão. Posso até estar caminhando para isso, que não quer fazer nada. No começo, nossa senhora! Sem ânimo, que não tem gosto mais pela vida, eu estava quase assim. Eu limpo a casa porque eu odeio ver casa suja. Não tenho mais aquele ânimo de sair, me divertir. Antes eu dançava para caramba. Eu vou nas festas e fico no cantinho, bebendo e conversando. Eu não sou mais aquela Larissa de antigamente. Será que é porque a idade está chegando? Não sei se é a idade, se é os problemas... [Larissa]

Diferente da descrição de Duarte e Carvalho, os entrevistados não fizeram referência a uma idéia de “fraqueza” num sentido físico, concreto. A idéia de resistência moral frente às adversidades opunha-se à idéia de vulnerabilidade ao nervoso, vulnerabilidade essa inscrita num plano moral relacional.

Dentre as vulnerabilidades citadas, os problemas são a fonte primordial de vulnerabilidade, principalmente se difíceis de resolver. Nessa lógica, as mulheres seriam mais propensas à “depressão” e ao “nervoso” em virtude da maior exposição às amofinações domésticas, associado a menores “chances de extravasamento”, segundo Holyfield.

Porque eu tive vendo esses problemas de depressão, eu vejo mais em mulheres. Até por aí mesmo, a gente pára pra conversar e a pessoa acaba te dizendo o que sente, eu reparei que isso dá em homem, mas dá mais em mulheres. [Mas porque será?] Porque eu acho que tem muitas mulheres que não têm por onde extravasar não. De repente o homem tem a vantagem de ter mais como extravasar. [Como?] O homem, por exemplo, ele tem futebol, o cara às vezes dá uma escapulida, vai para a balada, assim, ali ele distrai a mente. Não é porque ele quer pular a cerca, é que ele está lá com aos amigos, toma uma cerveja, está em outro lugar, entendeu? Joga futebol, pratica uma série de coisas diferentes. Tem muita mulher que se ela for mulher do lar, ela agüenta muita coisa ali e ela às vezes não desabafa, fica só ali presa, entendeu? E às vezes tem uma vizinha que bota mais coisa na cabeça dela, “Oh, seu marido não sei o que”... E a pessoa fica ali presa, só cuidando de filho, isso e aquilo, entendeu? Você vê que tem umas pessoas que dão até um piripaque aí e a pessoa pode até falecer, né, porque não tem como extravasar. [Holyfield]

Essa perspectiva remete à construção diferencial do gênero num universo hierárquico relacional, no qual as mulheres, no cuidado com a casa e a família, estariam mais expostas aos problemas numa vida doméstica, sem tantas oportunidades de distrações, que se dão num espaço público, lugar de homens, conforme salientado por Duarte (ibid).

A idéia de vulnerabilidade esteve presente também no afastamento das práticas religiosas. Mantendo uma conduta diferente da prescrita pela religião, Sarah e Hadassa se diziam mais vulneráveis ao adoecimento. “A religião dá força”. Sarah evidencia a vulnerabilidade que representa não estar “na presença de Deus”, porque desprotegida das más condutas inspiradas pelo diabo.

Quando você tá na Igreja, tem o lado do mal e tem o lado do bem, eu creio nisso. E quando você está na presença de Deus, Satanás é ruim, né? Quando você está na presença de Deus, Satanás não gosta, né? Quando você esta na Igreja, “pisa na cabeça dele, que ele não presta, não vale nada”, então vamos pisar na cabeça de Satanás. Quando você sai, você não tem mais a presença de Deus. Jesus não está mais protegendo, né? Aí ele vem com tudo. É uma coisa espiritual mesmo. É uma coisa do cão. Eu tenho certeza, doutora, que foi numa dessas minhas escapulidas que eu peguei essa doença. Aí eu não estando na presença de Deus, Satanás falou “então eu vou pintar com ela”. E foi nessas escapulidas que “Eu vou botar um homem no caminho dela, um homem doente, e ela pegar essa doença”. Com certeza, doutora, é uma coisa muito estranha. Só quem está vivendo que entende. Aí eu fui dar essa bobeira, que eu peguei e fiquei doente. [Sarah] [grifo meu]

Já Hadassa enfatiza sua maior resistência às adversidades, aos problemas e à doença quando está na igreja. Para muitos de seus problemas Hadassa reza para passar. Desde a oração para chamar o sono, quanto a oração para tirar o marido de um “caminho de perdição”.

Assim, em parte, hoje em dia posso dizer que muita coisa eu superei. E o que mais me ajudou foi a religião. É claro que Deus e Jesus estão acima da religião, na minha concepção, mas o que mais me ajudou foi a religião. [Hadassa]

Só que ele [o marido] veio me contar que não era só isso. Eles ficaram devendo aluguel lá do lugar [onde o marido trabalhava], luz, resumindo, tudo deu errado. Só que tem um problema. Eu orei para tudo dar errado mesmo. Eu orei para tudo dar errado porque lá não tem nada de Deus, é uma confusão do caramba, as meninas ficam dançando lá em cima parecendo uma cambada de prostitutas, ficam dançando funk que fala só de orgia, nada deu certo, eu orei para dar errado mesmo. Até que demorou a fechar, só fechou mês passado. André saiu de lá final de novembro. [...] Meu pai chama de religião, eu chamo de confiança em Deus, em Jesus. Quando eu acho que alguma coisa está errada, eu oro mesmo. [Hadassa]

Os remédios “tarja preta” também foram associados à idéia de fraqueza moral pelo fato de causarem dependência, “vício”, fazendo com que os entrevistados o evitassem e buscassem alternativas fitoterápicas, chás, homeopatia e também psicoterapia, como terapêutica alternativa. Os remédios estão associados à idéia do “corpo descontrolado”, que atrelados à noção de responsabilidade, delinearão os contornos da perturbação, a ser abordado mais à frente.

Hadassa relaciona sua “cura” à alta medicamentosa, e seu uso da medicação está diretamente relacionado aos eventos-problema em sua vida - quanto mais grave o evento, mais “forte” o remédio.

Na verdade, eu não me sinto tratada. Eu só vou me sentir tratada no dia em que eu não mais tomar esses remédios de tarja preta. Eu só me vejo assim. Quando eu tomava passiflorine, eu estava feliz da vida, eu me sentia tratada. Só que com esses remédios de tarja preta eu não me sinto tratada. Porque o próprio Dr João me passou passiflorine e até do passiflorine ele me deu alta. Quando eu descobri esse negócio da tração, foi quando eu comecei a tomar esse negócio forte. [Hadassa] [grifo meu]

Por mais que Holyfield aposte na preeminência do “psicológico” sobre o físico, tentando “pensar positivo”, “assimilar os problemas”, nem sempre ele consegue evitar suas “crises de sistema nervoso”, para o que ele lança mão da medicação, do “sossega leão”, conforme dissera em outros trechos de seu relato.

Olha, de vez em quando, em casa, eu costumo tomar um chá. Eu fujo do remédio. Eu tento fugir porque nos médicos que eu fui, eu fui num clínico geral e expliquei mais ou menos assim, para poder, quando eu tiver uma crise assim, que eu acho que é de sistema nervoso também... Lógico que eu acho que é psicologicamente primeiro, né, em seguida deve atingir o meu sistema nervoso. Sendo que aí, eu pedi uma ajuda para o médico para passar um remédio para acalmar nas horas que eu precisasse. [Holyfield]

Assim como Holyfield, Fábio também se vê às voltas com o descontrole do corpo, para o que ele lança mão também de medicação, considerada “muito forte”, que o deixa como “zumbi”.

E remédio alopático [antidepressivo] é muito forte, e realmente, eu parava de tomar um dia e no dia seguinte eu ficava meio tonto, meio zumbi que eu digo é meio sem vontade. Bem, eu não vou tomar remédio alopático a minha vida inteira porque eventualmente isso iria parar de fazer efeito. Eu ia tomar remédio cada vez mais forte, cada vez mais forte, talvez desnecessariamente. Ou, outras alternativas. Agora eu estou migrando para o remédio homeopático, que é um pouco mais fraco. [...] E agora com acompanhamento psicológico porque um dos urologistas receitou isso. São os efeitos físicos associados com terapia, se eu quiser parar o tratamento. O que eu fiz, eu tentei tratar com homeopatia e agora eu estou procurando acompanhamento psicológico também, bem e o exercício fica um pouquinho mais complicado por causa de grana. [Fábio]

A busca por psicoterapia por Fábio, para além do sentido de “alternativo ao remédio”, encontrou no sucesso da medicação “antidepressiva” as bases para a aposta numa hipótese “emocional - psicológica” para o seu problema de ereção. Ou seja, a “psicologização” do seu problema se deu via medicação “antidepressiva”.

É porque eu tenho um certo problema com ereção, e aí, já me causou problema uma vez, aí eu tomei antidepressivo, melhorou o problema, o que me leva a crer que é um problema psicológico mesmo. [Fábio]

Então eu descartei todos os problemas possíveis. Não é problema de idade [da garota], não é problema de conhecimento, não é problema físico, restou o psicológico. [Fábio]

As representações de Fábio em relação à perturbação se assemelham às representações de Holyfield – o físico que escapa ao controle - em termos de auto-responsabilização em relação ao problema que os acomete. No entanto, Holyfield aproxima-se mais da configuração do nervoso, já que apesar de se saber responsável por sua queixa, recorre a sua condição relacional para explicar a sua perturbação, de homem à mercê de “mulheres nervosas” sem chance de “extravasamento”. Fábio, por sua vez, ao falar de sua perturbação restringe-se, na maior parte das vezes, à sua pessoa e a sua forma particularizada e viver e entender o seu próprio problema, resgatando características pessoais para explicá-lo, propondo-se a um auto-exame com fins de mudança, aproximando-se mais da configuração psicológica.

Diferente de Holyfield e Fábio, Fábio não entende a medicação com o sentido de fraqueza moral, mas concordando como psiquiatra, como uma terapêutica insuficiente para tratar sua “depressão grave”, em função de atribuir também uma causalidade moral ao fenômeno, calcada numa interioridade psicológica.

[Como é que você chegou ao nosso serviço de Psicologia?] Bom, a respeito do que aconteceu comigo em relação a que eu cortei o pulso, e tal, e daí eu fui encaminhada para o psiquiatra,

comecei com ele em maio desse ano, ele no meio do ano resolveu me encaminhar para cá, porque ele achava que, ele não concorda de eu ser tão nova e ficar me entupindo de remédio. Então ele opinou que seria muito mais proveitoso um acompanhamento psicológico para estar me ajudando a lidar com as situações que me deprimem e as situações em relação ao meu eu que me incomodam, do que ficar me entupindo de remédio. Isso foi recentemente, deve ter um mês e meio, porque no início de quando aconteceu eu tinha que tomar medicação mesmo em função da tentativa de suicídio e da depressão que ele diagnosticou como grave. E ele me indicou aqui, pelo encaminhamento. [Fabi]

Conforme apontou Duarte (1986), a vontade é uma questão importante a ser pensada no que diz respeito à perturbação. A partir de inferências sobre o grau de consciência e o grau de gerência da vontade sobre o comportamento diferencia-se uma “cena”, na qual o sujeito tem consciência e responsabilidade por ela, do “nervoso”, em que pressupõe mais ou menos consciência e responsabilidade, esses diferenciando-se da experiência da loucura e da experiência espiritual, nas quais o indivíduo não teria nem consciência ou mesmo responsabilidade. Dessa forma, a recorrente referência à necessidade de controle pelos entrevistados está relacionada à delimitação do que seja a perturbação.

Carla, Glória, Holyfield, Sarah, Fábio e Ilana chegaram ao atendimento psicoterápico em função de sintomas corporais. Sarah e Ilana, no entanto, não valorizaram tanto esses aspectos corporais em suas narrativas sobre seus padecimentos, focando-as em seu aspecto moral, apontado como aquilo que mais as incomodava. Para Carla, Glória, Holyfield e Fábio, a dimensão corporal assumiu relevância importante, buscando o atendimento psicológico motivados pelo prejuízo que seus corpos lhes acarretavam, formulando uma necessidade de controle sobre os mesmos que desobedeciam à vontade consciente, necessidade essa respondida mais frequentemente com medicação, em sua dimensão física, mas também com “pensamentos bons”, “calma”, “conversa”, em sua imbricação com o plano moral.

Holyfield tenta exercer o controle sobre o corpo não só com medicação, mas também com “pensamentos positivos” como tentativa de evitar suas crises, decorrentes de seus problemas na vida.

Eu me senti bem quando... Geralmente a gente se sente bem quando não tem problemas, né, fica um período sem problemas. [...] Então, já fica aquela sensação, será que eu vou passar mal e tal. Tem que pensar... às vezes eu mesmo tento me ajudar. “Eu tenho que pensar que eu não vou passar mal, não vou me sentir mal”. Tenho que pensar positivo, né? Às vezes eu não consigo assimilar [os problemas], aí eu começo a ficar nervoso e tal. A mão começa a ficar gelada, e aí eu começo a arrotar. Aí vem o arrote, tento me segurar. Às vezes eu consigo relaxar e daqui a pouco vai passando. Mas às vezes não consigo. Aí fico, começo a arrotar, mão gelada, suando frio... [Holyfield]

Em Hadassa a questão do alheamento à vontade reaparece, sendo tratada como um problema físico de controle do corpo. Dessa forma, “estar bem” é, do ponto de vista moral, estar sem problemas na vida, e do ponto de vista físico, estar “sob controle”, sem precisar

fazer uso de medicação. A “depressão sem remédio” poderia ser aproximada da tristeza tal como descrita por Verztman (1995), “sob controle”.

Quando eu estava em 91 e estava em depressão, eu não estava tomando remédio e estava em depressão. Ele ficou uma noite inteira me convencendo a sair com ele. Mas não é que eu estava esnobando ele. Eu é que não queria sair com ninguém porque eu estava em depressão. [Como é que era a sua “depressão sem remédio”?] É interessante, porque eu me sentia mal, eu não queria ficar com ninguém, eu orava muito, muito, muito à noite. Eu orava e o meu sono vinha com a oração. Aí eu ia dormir. Era assim, sem o remédio. Só que não vinha esses transtornos de eu falar sozinha, de eu cismar com as pessoas de outros lugares. Não vinha esses transtornos. Minha depressão sem remédio era assim. Era uma coisa controlada, entendeu? Quando chegou ao ponto de eu ter que tomar o remédio, quando o Dr João viu que eu tinha que tomar o remédio, antes de ele vir me consultar, eu já estava lá fora gritando, esperando ele. Eu falava uma porção de coisas. [Hadassa]

Em Glória o alheamento à vontade parece ser ainda mais radical. A explicação dada pela psicóloga de seu “medo das reações do corpo” situou a causa de seu problema numa externalidade fortuita, num “trauma que lhe aconteceu”, sem que ela como pessoa tivesse qualquer implicação ou responsabilidade, como se “trauma” não tivesse nada a ver com o traumatizado. O “eu” não é o reduto dos significados sobre a pessoa, tal como veiculado pelo individualismo. O que está em jogo em sua perturbação não é uma verdade acerca de sua pessoa que seu sintoma possa estar dizendo, mas as conseqüências para a sua própria representação como pessoa, a partir do Valor-família como encompassador de sua identidade. A “vida” ocasionou um “trauma” e isso explica o seu “nervosismo”.

Eu sempre gostei de ser independente. Mas devido a esse problema [refere-se ao “evento desencadeante” de quando não consegui se segurar porque o único banheiro da comunidade estava ocupado], atrasou a minha vida toda. Ao invés de ter uma vida melhor, devido a esse problema, me atrasou, mas não porque eu quis. Foi a própria vida que fez isso, entendeu? Talvez se eu não tivesse morado nessa avenida, desse jeito, que era uma avenida bem pobrezinha, que era uns cômodos assim, um para cada um. [...] Dalí para cá, eu fiquei com aquele pânico, aquele medo. Daí em diante eu comecei a me fechar dentro de casa, quase não saía para lugar nenhum. [...] De lá pra cá veio esses distúrbios. Eu não posso pensar em ir na rua porque fica aquela ansiedade, aquele medo de dar a vontade de ir no banheiro, mas acaba não dando, provocando ansiedade, mal estar no corpo, aquela suadeira, aquele medo de acabar fazendo pelas pernas abaixo no meio da rua. Quer dizer, me causou um trauma. [...] Eu não sentia segurança, ficava aquele medo e era um medo do nada. Um medo de mim mesmo, um medo das reações do corpo. Aqueles calafrios, coração disparando, dava aquela vontade de ir no banheiro... [Glória]

Nos entrevistados que mais se aproximavam da configuração psicológica a questão do controle surgia sob a forma de “descontrole emocional”, numa perspectiva mais moral, que, segundo os entrevistados, gerava um descontrole físico: em Fábio (ejaculação precoce) e um “bloqueio” intransponível; em Ilana em relação à volta aos estudos.

No caso de Fábio, esse descontrole fora atribuído a características pessoais de tudo querer controlar, sem que, no entanto, esse *insight* lhe fosse suficiente para fazer seus

sintomas remitem. Havia algo de oculto há ser desvendado pelo trabalho terapêutico, trabalho esse considerado “lento e incerto”, em oposição à medicação “rápida e eficaz”.

Mas como depois de eu tomar um antidepressivo, eu acreditava que isso não ia dar certo, mas como depois de ter feito os exames, está tudo bom, depois de ter tomado o antidepressivo e ele funcionar assim milagrosamente bem, o que poderia ser? Não sei. Talvez o meu descontrole emocional que eu tenho às vezes tenha relação com o meu descontrole que eu tenho no momento da ereção. O que acontece, como eu sou um cara muito.... como dizer... estourado, na hora eu vou querer que ele seja rápido, vou ficar pensando nele, ah, vou ter que fazer desse jeito ,ou daquele outro, eu acabo perdendo o controle e na hora da camisinha eu já fico pensando Ah, ele vai baixar. Talvez por isso tem alguma relação. Acho que o descontrole tenha alguma relação. [Fábio]

Na verdade, a maioria das pessoas já fala que o problema [de ereção] é emocional na maioria das vezes, porque o paciente tomando placebo ou não ele às vezes consegue um mesmo resultado, quer dizer, já tinha aquela expectativa. Na verdade, eu achava melhor que fosse um problema psicológico do que físico, embora o físico fosse mais rápido de resolver, o psicológico fica na minha cabeça e eu não consigo resolver assim. Eu não consigo resolver rápido e isso gera problema, né. Mas eu preferiria que fosse emocional porque emocional eu teria uma vida útil maior. [risos] Se fosse físico... [Fábio]

Já Ilana transitou entre atribuir uma causa externa e relacional a seu “bloqueio” - a “intolerância dos colegas” – para uma causalidade mais pessoal, situação diante da qual a questão da vontade se mostra paradoxal – para além de todo desejo de mudança, não se sai do lugar.

Eu vim porque as coisas que me aconteceram [a intolerância dos colegas] me fizeram mal, eu sei disso. E eu tenho dificuldade de mudar sozinha. (choro) E eu vim tipo para procurar uma ajuda, que me ajude a voltar a ter a vida que eu tinha antes. Não a vida que eu tinha antes, mas voltar à minha vida. Porque hoje eu já não tenho vontade de fazer nada, e eu não era assim. Eu tenho medo, medo de enfrentar as coisas e não agüentar. Medo de fraquejar de novo. Eu nunca fui assim, eu sempre encarei as coisas, sabe, vamos ver no que vai dar. Hoje eu não tenho mais isso, depois de tudo o que aconteceu lá na escola, eu fiquei muito travada. Eu fiquei com medo do que as pessoas iam achar de mim. Eu fico pensando “será que vai dar certo?” E aí eu fico pensando o que será que as pessoas estão pensando de mim. Eu quero arrumar um emprego, eu quero estudar, mas eu tenho medo. [Ilana]

A necessidade de controle, por sua vez, expressa um esforço por cumprir com as responsabilidades que cabem aos entrevistados em suas redes de pertencimento, responsabilidades prejudicadas pelo nervoso.

4.4 A dimensão relacional

Considerando o universo relacional e hierárquico no qual a maior parte dos entrevistados está inserido, tendo a relacionalidade importante papel na delimitação das identidades, a perturbação tem um sentido de desvio de uma trajetória moral esperada, sendo o tratamento buscado com fins de ajustamento a uma função que lhes são socialmente prescritas. O valor-família, estruturante de uma lógica relacional hierárquica, recíproca e

complementar, delimita os deveres e direitos de seus membros (Sarti, 1995), que por sua vez referem-se a essa totalidade como fonte de sentido para as suas experiências da perturbação.

Conforme demonstraram as etnografias de Duarte e Carvalho, o valor-família engloba a construção identitária e conseqüentemente a delimitação da perturbação, tendo as relações um sentido tanto “etiológico” quanto, fornecendo um “ideal de cura” no que toca ao problema.

Isso parece ser verdadeiro na narrativa de Jesus e sua mãe, diante da dúvida desta quanto à normalidade do filho frente ao desvio da identidade de provedor-trabalhador. Jesus sobrepõe o ideal identitário de provedor-trabalhador com ideal de cura. Jesus opõe ser “explosivo” e “brigão” na rua a ser mais calmo e “presente em casa” como provedor.

Eu apanhava muito na rua, né, doutora, quando eu era pequeno. Aí eu comecei a fazer esporte, faço esporte desde os vinte anos. E aí eu vim aprender que de repente na rua eu podia brigar e machucar uma pessoa, ou então ter uma gravidade maior, né, doutora. Que essas artes marciais matam. Depois que eu passei a jogar futebol também eu dei uma maneirada um pouquinho, pouquinho, pouquinho. Aí depois qualquer coisinha eu explodia também, eu era expulso toda hora. Agora não, agora eu estou mais tranqüilo. Aí veio o meu filho, o meu segundo filho e aí eu fiquei mais tranqüilo, graças a Deus. Me esfriaram um pouco. [...] Agora sou mais tranqüilo, sou mais caseiro, fico com a minha família, o tempo que eu posso eu fico com os meus filhos, levo meus filhos para o parque, levo para o shopping, graças a Deus estou mais tranqüilo.[...] Minha mãe também dá vários conselhos bons, meu pai conversa muito comigo. Antigamente eu não parava em casa e hoje em dia eu já paro dentro de casa já. [Jesus] [grifos meus]

Para Glória, sua motivação para tratar-se surgiu de sentir-se aquém da responsabilidade de cuidar de sua família, tarefa atrapalhada pelo “nervoso”. Sua idéia de melhora é “poder fazer coisas que antes não fazia por medo”. A motivação maior de buscar tratamento fora poder cuidar da mãe e, dessa forma, garantir uma relação recíproca com ela.

Aí devido a ela [a mãe] ficar doente, eu com medo de perder ela, e perder também a vida dela, e eu tinha que ajudar ela e eu tinha que correr atrás para mim. Me ajudar e ajudar ela. Era a minha hora de ajudar, né? Eu me sentia nesse dever, de ajudar ela, né? [...] Eu me sentia impotente, nesse caso, nem tanto por mim, mas por ela, que tentava fazer as coisas por ela e não conseguia. Se eu ficasse naquele estado, aí ia ser pior ainda, porque eu tinha que correr atrás para ajudar ela. É triste você tá com problema, a pessoa que te ajuda também tá com problema e não poder correr contigo, e você sem poder fazer nada. [...] E mesmo com problema eu estava ali, sabe, tentando me manter forte para tentar ajudar a ela, dando conselhos, ajudando no que eu podia, mas isso é pouco, não só por ela mas como por mim. E eu estava sentindo aquele medo de perder ela, meu deus, o que eu ia fazer? Se eu perder ela, quem vai ser por mim? Então eu tenho que me virar, porque eu tenho duas filhas e eu tenho que cuidar delas. Já que eu não posso sair para trabalhar, peço menos dentro de casa para um socorro, eu tenho que ser útil para alguma coisa. [Glória] [grifos meus]

Para Sarah, a busca por tratamento se deu em nome das dificuldades diante das renúncias necessárias para tornar-se crente, pertencer à Igreja e a reabilitar-se numa condição de “boa filha” para sua mãe, depois de deixar a “vida errada” para trás.

[E o que motivou a sua busca pela psicologia?] Ah, os problemas, né? Os problemas do dia a dia, da minha casa, das minhas contas, sabe? Eu fiquei com muita conta, e eu fiquei muito atribulada. Eu fiquei triste... Quando você entra para a religião, no caso a religião evangélica, você tem que se desfazer de muita coisa. Coisas que eu fazia, de uma hora para outra tinha que deixar de fazer, é muito difícil. Eu não saio mais, não tenho mais namorado, e eram coisas que eu não ficava sem. Eu era um tipo de pessoa que era apegada a esse tipo de coisa todinha. Aí foi muito difícil. Aí eu falei “não, não é possível”, mas... Hoje em dia eu estou me acostumando, né? [Sarah]

Larissa buscou atendimento com urgência para tentar “tratar” da homossexualidade do filho, que diante da norma heterossexual esperada, era fonte de vergonha perante os parentes e vizinhos.

E as pessoas que chegam para conversar comigo e tocam nesse assunto, eu já acho que é indireta para mim. Igual a vizinha, que é mulher do síndico, ela faz ginástica comigo. Começou o assunto de viadagem, não sei o que lá, aí eu mudo de assunto. Quer dizer, eu estou me afastando até das pessoas. Com quem eu posso me abrir? É só aqui, ou com o padre. Mas o padre é muito procurado, muito difícil de falar com ele. Ou então meu marido. Agora eu contei para a minha irmã, para eu ter com quem conversar. Eu estou evitando. Tem uma vizinha que é muito legal comigo. Eu estou evitando o contato com ela com medo de que saia alguma coisa que eu não quero. O meu marido mesmo falou que não era para falar para ninguém, que a nossa esperança é mudar ele. Vamos ver que bicho vai dar. E se não mudar? Vou ter que procurar aceitar. E a vergonha? Os parentes, os vizinhos? [Larissa]

Para Holyfield, a perturbação era conseqüência do difícil jogo relacional doméstico, no qual se dividia entre a ex-mulher “nervosa” e os filhos, e a mulher atual “também nervosa” com “filhos que não eram seus”, situação que lhe impunha questões acerca de suas responsabilidades como pai-marido-provedor dessas duas famílias. Se o extravasamento masculino diz respeito a circular num espaço público, seja mediante atividades de lazer ou mesmo numa briga, discussão ou “explosão”, o “extravasamento” feminino no espaço público é mal-visto, sendo entendido como “barraco”, entendido como fruto do “nervoso” manifestado indevidamente num âmbito público, algo que deveria permanecer num âmbito privado. Isso é exemplificado pela situação na qual suas mulheres nervosas “se pegaram” na rua, ele teve que separar a briga, em função do “ciúme doentio” que sentem dele.

[Então, o que te motivou a procurar o serviço foi...] Foi isso [os “abafamentos”]. Eu não sentia isso, eu acho que eu comecei a ter uma vida... Depois que eu me separei... Eu separei, tive... minha ex-mulher era uma pessoa muito problemática, uma pessoa sistemática, e assim, me perturbou muito ao longo do... depois que me separei e tal. Me perturbou muito. Eu sempre fui uma pessoa atenciosa, sempre fui uma pessoa atenciosa com os meus filhos, com a minha filha... [...] É, com a minha ex-mulher, tenho dois filhos só. Com essa, tem dois: uma adolescente e um... Tem dois adolescentes no caso, né? Que é pedreira, é um pouco pedreira também. Mas aí eu tive muito problema com isso, entendeu? As mulheres já saíram no pau, eu já tive ao ponto de separar... [O que aconteceu que o casamento não de certo?] Eu sou um tipo de pessoa que gosta muito de fazer pela pessoa e também, quando eu preciso da pessoa eu gosto de sentir que eu estou tendo um retorno. Não por obrigação, mas eu acho que o ser humano tem que fazer um pelo outro. Se você vive com uma pessoa, é um casal, você tem que fazer pela pessoa e a pessoa por você. Entendeu? Eu digo assim: se tiver egoísmo, se tiver... às vezes tem ciúmes, ciúmes doentio, entendeu? Eu sou uma pessoa que não sou de me explodir, de brigar, entendeu? E normalmente eu sempre dou o azar de estar com pessoas que são nervosas. Entendeu? Minha ex-mulher é muito nervosa, essa que eu estou é o dobro. Inclusive elas até se pegaram Há muito tempo atrás, uns quatro anos, brigaram e eu fui lá, separei a briga delas lá, se rasgaram na rua, entendeu? Então foi muita coisa assim para mim,

para a minha cabeça. E o trabalho, que é muito estressante também, eu trabalho em dois trabalhos. Tinha a minha oficina e tinha o trabalho que eu trabalhava lá. Então, quer dizer, muita coisa para resolver, então chegou um belo dia em que eu estava no ônibus e passei mal, era a primeira vez que eu passava mal. Passei mal pra valer mesmo e eu achei que ali eu pensei que fosse morrer. Pensei que fosse empacotar mesmo. Na minha cabeça veio os meus filhos e pensei que ali já era. Aí eu fui no médico e tomei um sossega leão. [Holyfield]

Para Carla, e também para Hadassa, o nervoso era entendido a partir das dificuldades de suas relações familiares. Para esses entrevistados, a perturbação é referida ao valor-família, às relações, e à conformidade, à norma prescrita num universo hierárquico relacional.

Para os entrevistados cuja forma de lidar com a perturbação se aproxima mais do que chamaríamos de configuração psicológica, os valores segundo os quais a perturbação era delimitada eram diferentes. Fábio, com sua dificuldade de ordem sexual, colocava em questão a assunção de sua masculinidade num contexto em que a sexualidade é produtora de verdades acerca do sujeito, é produtora de uma reflexão interiorizada sobre suas manifestações.

Pô, me sinto um merda. (risos) Porque? Porque eu sou cara que gosta disso {sexo} e eu ficava com um certo medo de... Imagina, você vai, sai com uma garota, não consegue. Depois sai de noite, por exemplo, e eventualmente você tem uma oportunidade e usando camisinha tudo bem, você vai de primeira vez. (risos) Mas aí, pô, você não vai. [Fábio]

Fabi em sua narrativa também traz a idéia de projeto pessoal visando a auto-realização, tendo o “prazer” e “satisfação” como critérios valorizados do bem-viver. Nota-se nesses entrevistados uma maior referência à própria pessoa para falar sobre o que os aflige, numa perspectiva mais individualizada que os demais.

Nos relatos de alguns, pode-se perceber a perturbação produzindo efeitos sobre suas relações, bem como sobre a forma de serem percebidos e de conceberem a si próprios. Dessas histórias, destaco a de Hadassa, que no jogo com a noção perturbação/menor responsabilidade, ser considerada “maluca” representou-lhe um dano moral menor por ocasião de seu defloramento; “maluquice” que no jogo relacional no qual estava inserida restituiu-lhe simbolicamente a virgindade perante o marido.

Porque aí eu fiquei internada lá, porque eu quebrava tudo dentro de casa, eu fiquei muito revoltada, porque eu não queria. O meu sonho era casar na igreja virgem, entendeu, e foi tipo assim, se de repente ele rasgasse os meus sonhos? Foi uma coisa assim. E hoje em dia, o meu pai já contou isso pro meu marido já, sabe? E então ele fala que pelo jeito que eu estava, que então fechou tudo de novo, é como se eu tivesse casado virgem. É muito engraçado. [risos] Porque, o que eu aconteceu, nisso, eu tinha quatorze e quando eu fui com o meu marido, que depois daquilo eu não fui com mais ninguém, porque eu fiquei meio traumatizada, eu já tinha dezoito, entendeu? Aí ele fala isso, que eu estava virgem novamente, é muito engraçado. Diz que nada disso aconteceu, que isso era coisa da minha cabeça. Só porque eu fiquei internada, tive que ficar internada por causa disso, aí ele acha que é coisa da minha cabeça, entendeu, ficou elas por elas. E aí eu deixei essas coisas pra lá. Ele cismou que eu era virgem e ficou assim, só que eu não era mais, entendeu? [Hadassa]

Ilana e seu “bloqueio” colocam em questão a idéia de projeto pessoal, que via na escolarização uma possibilidade de ascensão social – “tive a chance de estudar em um colégio bom e perdi”. Ao mesmo tempo, esse bloqueio inscreve-se numa dimensão relacional, colocando-a em uma posição embaraçosa perante seus pares, pois esses podem não acreditar no caráter de alheamento à vontade intrínseco a ele, podem pensar que o que ela quer é “vida boa”.

E aí eu fico pensando o que será que as pessoas estão pensando de mim. Eu quero arrumar um emprego, eu quero estudar, mas eu tenho medo de... Eu tenho pessoas que sabem disso e tentam me ajudar de alguma forma. “Tem um emprego ali, e porque você não vai?” Eu tenho algo em vista, mas eu não fui ainda porque eu estou com medo, sabe, de dar errado. E quando eu tentei voltar a estudar de novo, eu fui, e aí não deu certo. Ano que vem eu vou voltar a estudar, mas eu estou com medo de não dar certo de novo. Eu já vou achando que as pessoas não vão gostar de mim, assim como não gostavam lá. Assim como não gostavam na minha escola. Eu acho que isso vai acontecer de novo em todos os lugares. É mais ou menos isso. Então eu parei de sair um pouco por isso, com medo dessas coisas acontecerem de novo. [Ilana]

Carla e seu medo de andar sozinha por causa de seu nervoso a faz andar sempre na companhia da tia, mulher do tio abusador. Numa situação na qual ninguém sabe do acontecido, em nome das boas relações familiares e da desonra a ser evitada, andar na companhia dessa pessoa não deixa de ser uma medida protetiva eficaz, diante da co-habitação num mesmo quintal. Em nome de seu “nervoso”, Carla frequenta vários médicos, participa de um grupo terapêutico no qual fez amizades, fazendo do seu nervoso um instrumento de laço social fora do âmbito doméstico. Acrescenta que “só vai melhorar no dia em que arranjar um emprego”, tentativa essa ensaiada algumas vezes, atrapalhada por esse mesmo “nervoso”.

Nem vou contar [sobre o abuso sexual para a família]. Que todo mundo vive lá bem, contar para que, para arrumar confusão? Então deixa isso para lá. Aconteceu e não vai poder reverter mesmo a história... [Você convive com ele até hoje?] É marido da minha tia. [Dessa que está aqui fora te esperando, que acompanha você onde quer que você vá? Nossa!] A gente mora no mesmo quintal. Nunca comentei isso com ninguém, nem com amiga minha, com ninguém, porque eu tenho vergonha. É vergonhoso, apesar da minha idade, eu acho que eu não tive culpa de nada, mas... As pessoas são tão preconceituosas, não sei. [Carla]

Sarah mostrou-se pacificada diante do resultado de HIV positivo, como se alcançasse a redenção de toda a sua “vida errada”, motivo de sua busca por atendimento: em função do diagnóstico, sua mãe ficara mais atenciosa e carinhosa com ela, e em sua filiação religiosa abria-se a possibilidade de um dia ser um “testemunho vivo” do poder de cura de Jesus.

Se não fosse Jesus, e a força da mente, minha mãe já tinha me botado para fora de casa, já ia ficar perdida, eu não sei. Eu estou calma, estou muito tranqüila, eu estou com Jesus. O importante é que eu estou com Jesus. Se eu estivesse sem Ele, eu já tinha feito uma besteira na hora que eu peguei esses exames, eu já tinha me jogado há muito tempo naqueles carros ali da Suburbana. Se eu não tivesse Jesus, mas como eu tenho Jesus, a minha mente fica mais centrada. Que eu leio a Bíblia, escuto a Palavra, porque eu acho que Deus cura, mas só para aquele que crê. Um dia eu vou fazer exame e vou dizer “aqui, estou curada”. Eu creio na

minha cura, eu creio sim. Isso é consequência da vida. Tem gente que tem sorte, que entra para a Igreja, já fez várias coisas, já fumou, já cheirou, já usou drogas injetáveis e não têm nada. Agora eu também busquei isso, né, muitos homens, aí já viu. Mas é isso que acontece. Eu estou calma. [Sarah]

Fabi dá sentido à sua tentativa de suicídio a partir da religião kardecista. O peso do ato suicida é relativizado pela lógica religiosa – “o acaso não existe” – sendo diminuído face aos ganhos relacionais (filiação religiosa, melhora da relação com a mãe e um namorado) e pessoais obtidos a partir da situação configurada por ele.

Como eu estudo o kardecismo e acredito muito nisso, eu não sei se isso [a tentativa de suicídio] aconteceu... porque em função disso, aconteceram duas coisas muito importantes na minha vida, que mudou muito a minha vida. Primeiro: minha mãe passou a ser minha amiga. Quando eu estava em depressão, não saía da cama, não queria tomar banho, não comia e ela estava ali o tempo todo paciente, coisa que ela não é, ela é nervosa. Somos hoje muito mais próximas, ela me deu um apoio que eu pensei que não fosse acontecer porque a gente não tinha esse vínculo. E a segunda foi que a partir disso, eu estava quatro anos sozinha, sem conhecer ninguém. Porque foi assim, meu namorado terminou comigo e ele foi o meu primeiro namorado em relação a tudo, em relação de levar em casa, em relação a conhecer a família dele, em relação a ter perdido, não, mas ter sido o primeiro e quando ele terminou comigo, foi até por traição, ele me traiu com uma amiga minha, eu acredito que isso tudo mexeu muito comigo. Aí, um ano eu fiquei como um zumbi, no segundo ano eu comecei a recuperar a minha vida, e nesses três anos eu foquei a minha vida em trabalho, trabalho, trabalho e estudo. Nem pensava. E esse procedimento que eu cometi errôneo na minha vida também fez conhecer o meu noivo. Ele através disso entrou no meu caminho. [Fabi]

4.5 Sobre os recursos terapêuticos

As concepções dos entrevistados acerca do que seja terapêutico variaram de acordo com suas concepções do sofrimento e representações sobre pessoa. Nesse sentido, a psicoterapia é um dos recursos disponíveis na cultura para lidar com o sofrimento. Conforme visto nas entrevistas, a medicina é o recurso de primeira escolha para se lidar com a perturbação, que, em sua dimensão física, atua sobre aquilo que escapava ao controle. A medicação psiquiátrica comparece como recurso atuante sobre a fisicalidade que, conforme referido pelos entrevistados, “foge ao controle”. Conforme mencionado anteriormente, a medicação psiquiátrica acaba por se tornar símbolo de uma fraqueza moral, atestado de doença, de falência das resistências frente às adversidades, enfraquecedor do corpo físico por associar-se à idéia de vício. Consonante com o discurso físico-moral, três dos entrevistados mencionaram a homeopatia para tratar do “nervoso” – Larissa, Fábio e Hadassa, para quem o remédio homeopático representava uma menor nocividade frente aos remédios “tarja preta” alopáticos. Com essa mesma finalidade, Holyfield lançava mão dos chás para acalmar, “fugindo do remédio”. Para além desse, outros recursos foram acionados ao longo da trajetória dos entrevistados como tentativas de apelar o sofrimento. Dentre eles, a religião foi o recurso mais citado. Metade dos entrevistados mencionou espontaneamente a religião como

uma trajetória de cura para seus sofrimentos. Na verdade, para os entrevistados a religião “não é um dos recursos terapêuticos”, mas uma forma de totalização que engloba todas as possibilidades terapêuticas existentes, na medida em que fornece uma explicação para o sofrimento para aquele que se pensa a partir de uma filiação doutrinária. O discurso religioso marcou as narrativas de Hadassa, Sarah, Jesus (evangélicos), Larissa (católica) e Fabi (espírita kardecista), atribuindo sentido às suas relações, suas histórias de vida, ao sofrimento e às terapêuticas.

Dentre os evangélicos, para além do discurso físico-moral da perturbação, os problemas são algo que o crente “não pode aceitar”, “vai passar”, “porque a pessoa não nasceu com eles”. Este “não poder aceitar” refere-se a buscar meios de cura, dentre os quais a fé na “cura pelo senhor”, mas também nos métodos mundanos, já que “Deus fez os médicos para ajudar”. Dessa forma, para esses entrevistados, qualquer tratamento é englobado pelos desígnios de Deus. As práticas religiosas são apontadas como principal fonte de bem estar por Hadassa e por Sarah. Na Igreja freqüentada por Sarah, no entanto, a “fé na cura pelo Senhor” precisa ser reafirmada pelo abandono dos métodos mundanos. A busca por psicoterapia - “coisa do diabo” - se deu como uma forma de preveni-la da loucura, face à difícil vida de renúncias próprias ao crente e no que toca às dificuldades de filiação, o pastor deixa de ser o interlocutor ideal.

Eu não tinha vindo antes porque eu conversava com o meu pastor, sabe, da minha Igreja. E para eles, psicologia é coisa do diabo, do demônio, não é coisa de Deus. Então, na mente dele, a gente não deve se tratar no psicólogo, porque a gente tem o maior psicólogo dos psicólogos, que é Jesus. [Sarah]

Não, o negócio ficou de um jeito que eu me falei “preciso de ajuda. Preciso de muita ajuda”. Tem uma menina, que é da minha igreja também, uma juvenzinha. Ela está internada até no hospital do Engenho de Dentro. Ela está internada ali. Está doidinha. Está maluquinha porque não buscou os psicólogos. E foi a mesma situação que a minha. Ela fazia tudo, saía e tudo e quando ela entrou para a Igreja, para ela se acostumar com essa vida que a gente tem, não fazer isso, não fazer aquilo, para ela foi difícil. Ela não se acostumou. Ela deve ter ido lá conversar com o pastor, que ela conversava muito com o pastor. O pastor deve ter falado “não, procura o psicólogo não. Não procura porque é coisa de Satanás. Não procura, não procura”. E aí ela pegou e não foi. Aí ela começou a ficar perturbada. Ela chegava na Igreja e perguntava “Sarah, meu cabelo está bonito?” Toda hora, toda hora. E eu dizia “ta, Ju, está bonitinho sim”. Aí ela começou a ficar perturbada. Aí ela começou querendo matar todo mundo em casa, parou mesmo de ir para a Igreja. Dizem que ela está doida, doida de pedra. Tá doidinha a garota novinha, tem vinte e um anos. Tá doidinha e ela não procurou antes. Nem a mãe dela vai visitar ela. Ela levava choque. Então ela demorou, não procurou e aí ela ficou da forma que ela está. Eu não tenho coragem de visitar. Não sei nem se ela ainda lembra de mim. Ela está lá doida e ninguém vai ver. O pastor não vai ver. A mãe nem o irmão vão ver e a menina está lá. [Sarah]

Para Hadassa, as expectativas de tratamento coadunam-se com uma trajetória moral religiosa. A psicoterapia é entendida como uma forma de dotar-se dos “frutos do espírito

santo”, uma vez que seu transtorno, em sua dimensão do descontrole, a priva de “domínio próprio”. A religião, portanto, engloba a medicina e a psicoterapia.

De conseguir administrar a minha insegurança. Que hoje eu sinto que eu sou uma pessoa insegura em tudo que eu faço, e eu não consigo ter o meu domínio próprio. Que uma das coisas que a gente chama na igreja como fruto do espírito santo é o domínio próprio. Que muitas pessoas não têm domínio próprio. Que a gente chama fruto do espírito santo. Jesus quando veio ele pregou as boas novas que é o evangelho. O espírito santo de Deus é como se fosse um anjo de Jesus e ele tem frutos. Frutos são coisas boas. Eu sei que são seis frutos, eu não me lembro agora de todos. E um desses frutos é o domínio próprio. Eu, por exemplo, tenho o espírito santo de Deus, mediante a tudo o que eu passei na minha vida e que eu respeitei a tudo que a minha religião pregou, que Jesus pregou, que na verdade o adultério é uma das coisas ruins que Jesus pregou, e o domínio próprio é a pessoa justamente se auto dominar, por exemplo, não ter esses descontroles que eu tenho, ter essa insegurança que eu tenho e ter o domínio próprio, que é um fruto do espírito santo de Deus. Ou seja, é uma coisa boa. Mas tem vários frutos, só que agora eu não me lembro. Isso já tem tempo, foi em 2003 isso. Porque eu fui obreira da Nova Vida e eu aprendi isso. Eu sei que são seis frutos. Aí tem domínio próprio, tem auto-estima, tem auto-conhecimento, é até meio ligado à psicologia essas coisas dos frutos do espírito santo de Deus. É um pouco ligado. Eu digo isso porque tem a ver com personalidade. Uns dos dons era esse e esse eu sei que eu não tenho. Porque por exemplo, auto-estima eu não vejo que eu não tenha. Mas no entanto, eu sou uma pessoa insegura. [Hadassa]

Jesus, por sua vez, atribui todas as mudanças que acontecem em sua vida a Deus e, com a psicoterapia, como uns dos instrumentos de Deus, não é diferente. Sua “melhora” é mágica – “Deus colocou muitas portas abertas no meu caminho”.

[Quer dizer que você era muito brigão...] Até pouco tempo atrás, né? Depois que eu comecei a vir aqui, eu melhorei. Graças a Deus. E depois que eu passei a vir aqui também, né, doutora, fiquei muito mais calmo, muito mais tranquilo, agora eu sou uma flor. Antes eu era um espinho, agora eu sou uma flor. [O que você imagina que seja um atendimento psicológico?] Eu ainda estou aprendendo um pouco, né, doutora não sei responder essa pergunta. Eu sei que depois que eu passei a vir aqui, está acontecendo uma porção de coisas boas na minha vida. E estou aprendendo a ficar um pouco mais calmo. Sei lá, não sei te explicar. Mas estou tranquilo, graças a Deus. E é bom para mim isso, me sinto bem assim. Então, é uma melhora que está sendo para mim. [Jesus]

Larissa também remete a um plano hiper-relacional – a inveja alheia – o fato de o filho cumprir quase todas as expectativas nele depositadas, exceto a norma heterossexual, fazendo de suas orações uma forma de fazê-lo “voltar ao normal”.

O padre pediu que às terças feiras eu levasse o travesseiro dele para a missa. Até vou procurar o padre no final de semana, para ver se dá para levar num sábado ou domingo, levar uma roupa para ele rezar. Porque ele acha que é como eu falei, ele acha que é um troço ruim que está com ele. É que nem o padre falou, “olho grande existe”. Pelo meu filho ser certinho, eu falei, “é, padre, estava muito bom para ser verdade.” Pelo meu filho ser certinho demais... A gente não tem nada, só tem dívida. Mas pelo fato da gente ter um filho sempre estudioso, foi crescendo prestativo, me ajudava dentro de casa. As pessoas colocam olho. O padre falou que olho grande existe e a inveja existe. Minha esperança é orando, rezando, conseguir mudar ele. [Larissa]

Nesses entrevistados, estando também suas relações englobadas pelo plano religioso, o perdão é prescrito para as situações de desavenças nas quais há arrependimento, encerrando a história de conflito.

Fabi, por sua vez, também descreve seu sofrimento e suas relações à luz de uma doutrina espírita, com a idéia do sofrimento e desavenças como resgates de dívidas passadas, resgates esses centrados na idéia de livre arbítrio e autodeterminação³⁰. A doutrina espírita lhe fornece explicações acerca de suas dificuldades pessoais e relacionais. Concomitante ao discurso religioso, percebe-se aspectos próprios de uma configuração psicológica individualista, que se coadunam com a perspectiva da liberdade individual veiculado pela doutrina religiosa, a qual Fabi a diferencia das formas médico-psicológicas de tratamento como sendo uma forma “concreta” de ajuda, face à abstração doutrinária.

A única opção além foi o kardecismo. Mas o kardecismo eu me identifico muito, mas lá eles dizem e eu também concordo que não é uma religião. Eles chamam de doutrina, de teoria, mas eu acredito muito. Mas é muito pautado em coisas pressupostas. Eles falam “Ah, porque em outra vida..., Ah, porque em todos os lugares pode estar só você e outra pessoa mas tem vários espíritos que você não enxerga mas eles estão lá...” e enfim, é tudo muito abstrato. Me ajuda? Tem me ajudado? Muito. Muito porque eu me identifico, me dá prazer de pesquisar, saber mais. Mas a psicologia, para mim, é aquela ajuda concreta, entendeu? Eu acho que é isso que difere. [Fabi]

4.6 Sobre a psicoterapia

A psicoterapia é entendida como uma “conversa” pela maior parte dos entrevistados. Consoante com a representação do sofrimento como “acúmulo não extravasado”, “problema não resolvido”, “coisa que fica na cabeça”, a conversa mostra-se terapêutica em função de suas diferentes finalidades.

À semelhança da descrição de Verztman (1995), é considerada terapêutica a “conversa para esquecer os problemas”, “pensar em outras coisas”. Carla e Glória evocam esse aspecto referindo-se aos benefícios que extraem da psicoterapia de grupo na qual estão inseridas. Na perspectiva das entrevistadas, não há qualquer preocupação com a dimensão “técnica” da conversa, sendo o terapeuta “mais um” na rede de sociabilidade do entrevistado. Nesse grupo terapêutico, poder entrar em contato com a vida dos demais participantes é uma forma não só de “pensar em outras coisas” que não o próprio problema, mas também “ver que outras pessoas também têm problemas”. Diante do problema relatado, ter uma conversa que “transmite calma, paz”. As relações acabam por ser consideradas terapêuticas em si mesmas, conforme descrito também por Carvalho (2001) e Verztman (ibid).

³⁰ O Kardecismo é uma doutrina filosófica e religiosa surgida no século XIX na França, formulada por Allan Kardec. Influenciado pelo positivismo, cientificismo, empirismo e evolucionismo da época, o Kardecismo reveste-se de uma linguagem próxima da ciência, incorporando idéias do discurso científico vigente. As noções de carma e de evolução espiritual enfatizam as idéias de livre arbítrio e de responsabilidade do homem pelas suas ações passadas e presentes, com conseqüências para sua própria existência presente e futura.

Esse desencontro nas formas de significar a psicoterapia pode ser percebido em Carla, que formula como hipótese “coisas do passado que gostaria de esquecer” como possível causa de suas crises, coisas que “não saem da cabeça”, “que ficaram marcadas na lembrança” e que “batem forte” toda vez que evocadas. Aqui talvez se explique um pouco do desencontro de expectativas quanto aos atendimentos psicoterápicos: enquanto era esperado que ela trouxesse ao atendimento as “histórias difíceis” para que fossem trabalhadas, ela utiliza o atendimento para “esquecê-las” e assim sentir-se melhor.

Às vezes eu fico pensando naquilo, depois que eu comecei a vir conversar com vocês eu até que fui esquecendo aquilo lá do passado, sabe? Fui me sentindo melhor... [Carla]

Nessa lógica das “conversas para esquecer os problemas”, o grupo que Carla frequenta acabava sendo terapêutico para ela por razões que nos escapavam. Ela padece de uma lembrança (abuso sexual) que para ela não é passível de compartilhamento, que na gramática do nervoso, se equipararia ao “desabafo” e na gramática da configuração psicológica, o trabalho subjetivo de ressignificação do ocorrido. Relacionar-se acaba por se tornar terapêutico na medida em que seja congruente com o esforço de “pensar em outras coisas”, que é o que Carla se permite fazer. As relações são apontadas como causa e solução das perturbações e o grupo lhe oferece a perspectiva de partilhamento da condição de “pessoas que têm problemas”, ainda que o problema permaneça não revelado.

[O que você imagina o que seja um atendimento psicológico? Para que serve?] Serve para ajudar a cabeça da gente. Que às vezes a cabeça da gente está tão perturbada, que a gente conversa com vocês, e vocês transmitem uma paz, assim, na minha opinião. Transmite uma paz para a gente. Pessoas que a gente pode conversar, falar tudo. Porque eu nunca falei desses troços [abuso sexual] para ninguém. Para vocês eu falo, eu tenho liberdade para falar com vocês. Mas eu acho maravilhoso, eu adoro vir aqui. [...] [O que você acha que você ganhou nesses grupos que você vem frequentando? O que te atraiu neles?] Eu acho que eu melhorei bastante. É bom que a gente vê que não é só a gente que tem problemas, que tem outras pessoas passando por problemas. A gente vê outras experiências, e vê que às vezes tem gente passando por coisas piores do que a gente. E eu sempre tive essa coisa de medo de doença, medo de morrer. Agora, se eu morrer hoje, eu morro feliz. [Carla]

Ilana também chegara ao grupo de recepção dizendo que buscava não pensar em seu “bloqueio” em relação aos estudos para evitar sofrer, mas ao longo dos grupos de recepção fora enfatizado que não haveria trabalho terapêutico possível se ela não se propusesse a reexaminar a experiência-problema, à luz de outras perspectivas. Para ela, falar sobre o problema está relacionado a lamentar-se junto aos amigos, que lhe oferecem “conselhos”, mas que diante de sua imobilidade frente ao problema, sente vergonha pela possibilidade de pensarem que ela está “bloqueada” porque quer “vida boa”. Por ocasião da entrevista, no

entanto, tendo-se passado três encontros do grupo de recepção, Ilana entende que é preciso falar sobre o problema para que pudéssemos ajudá-la a “mudar a visão” do que acontecera.

Esses dois casos colocam a questão: que consenso mínimo é necessário para que se possa empenhar um trabalho psicoterapêutico? Para além de uma hipótese de causalidade moral do sofrimento, presente na configuração do nervoso, é preciso que a pessoa aceite pensar sua situação-problema a partir de si própria, a partir da auto-responsabilização pelas formas como delinea o problema, como vive a questão. Nesse sentido, o trabalho psicoterapêutico é inescapavelmente “individuante”, para utilizar um termo de Salem (2006), quiçá francamente individualizante, conforme apontou Figueiredo (1997). Ainda que o terapeuta não imponha seus ideais de cura ao paciente, é preciso partir de um certo ponto de partida comum.

Para Glória, não é qualquer pessoa que pode ser psicólogo. O terapeuta é como se fosse um “amigo”. É preciso “ter o dom”, que significa “se interessar pela pessoa”, “ser gente como a gente”, conforme me dissera com o gravador já desligado. Isso, no entanto, não se dá sem hierarquia - o terapeuta continuava sendo o “doutor” em função “dos estudos”. Ser “gente como a gente” implica numa maior “pessoalidade” e menor cerimônia, menor ritualização do atendimento para que ela se sentisse “à vontade” para falar de si. Para Glória, o atendimento lhe serve para “dar incentivo”. Larissa, assim como Carla, sabe que “psicólogo não dá conselho”, mas deixa explícito que espera “apoio”, “uma palavra amiga” de um atendimento psicoterápico.

E também tem o caso da doutora. Não é qualquer doutora que resolve o problema da psicologia. Eu acho porque? Porque tem umas que, assim, tá trabalhando na psicologia, mas é aquilo, tá ali, tá falando, tá agindo, mas parece que não tem o dom para aquilo que ela está fazendo. Estar conversando e nada é a mesma coisa. A pessoa que está indo fazer o tratamento não se sente incentivada. Aí passa a pessoa a não ir mais, largar aquela e arrumar outra. É a mesma coisa quando você não se dá com a pessoa que está te tratando. Você não, a gente chega aqui, você trata do jeitinho seu. Não é aquele tipo de pessoa que você fica bajulando, nada. A gente se sente à vontade nesse ambiente. [Glória]

A relação psicoterapêutica é entendida de forma recíproca e complementar, na qual de um lado o paciente fala de sua vida e seus problemas para o “doutor”, alguém legitimado à escuta pela formação, porém somente habilitado a tal coisa pelo paciente em função do estabelecimento de uma relação mais personalizada, próxima e empática com ele. Trocam-se formas diferentes de “pessoalidade”, dão-se problemas e histórias de vida e espera-se receber “palavra amiga”, “apoio”, “incentivo”, diferente da postura de especialista neutro e distante.

“Conversar sobre os problemas” é outra faceta da conversa como instrumento terapêutico associado à idéia de psicoterapia. Nessa modalidade, surge a idéia do “desabafo”,

do “colocar para fora”, “extravasar” como saída para o acúmulo de problemas na cabeça, sob a forma de lembranças e pensamentos ruins, concepção de sofrimento descrito nos itens acima. Desabafando, Larissa diz sentir-se “aliviada”³¹, razão pela qual o desabafo é terapêutico para ela.

Só me escutar já é uma grande coisa. É uma bênção. [...] Só o fato de eu estar aqui, conversar e vocês me ouvirem, eu já saio daqui mais aliviada. Vocês nem imaginam. Eu saio mais tranqüila, e mesmo que volte tudo de novo, amanhã ou depois, por isso que psicólogo deveria ser todo dia. A gente teria que ter tempo para a pessoa e os psicólogos também. A gente sai mais aliviado só o fato de desabafar, vocês escutarem a gente. [Larissa]

Ilana diz “soltar a mágoa” na conversa. Holyfield, numa perspectiva mais reflexiva, o desabafo se presta não só ao “extravasamento” como também “assimilar os problemas”, no sentido de “ficar bem resolvido” com eles.

Um atendimento psicológico vai direto nas questões que a pessoa tá passando na vida, né, para tentar ajudar e tentar amenizar para a pessoa ir melhorando aos poucos e poder ir tentando lidar com o seu próprio problema, né? Para a pessoa conseguir assimilar os problemas e ficar bem resolvido com os problemas da vida. [Holyfield]

Fabi também menciona o desabafo como “válvula de escape” alternativa ao suicídio, (também entendido como “escape”) ainda que o que exista de terapêutico no desabafo seja o bom ouvinte, em seu caso, função desempenhada pela mãe, não necessariamente uma prerrogativa do psicólogo.

Me arrependo [falando da tentativa de suicídio], foi uma válvula de escape, mas se eu tivesse essa conversa, essa proximidade com a minha mãe de chegar, de conversar, de desabafar tudo o que eu estava passando talvez eu não chegasse nesse ponto. [Fabi]

Associada à “conversa sobre os problemas”, a psicoterapia é apontada como a conversa na qual “se pode falar de tudo”, o que não acontece nas demais relações – relações de trabalho, familiares, vicinais e religiosas. O psicólogo é alguém que se pode confiar “porque ele não vai contar para ninguém”. Então se pode falar à vontade da família, dos vizinhos, do chefe, dos colegas de trabalho, assuntos considerados tabus pela religião, etc. A confidencialidade é o que propicia a liberdade da fala. No entanto, curiosamente, é muito comum os pacientes contarem para familiares e amigos o conteúdo das conversas, obviamente contando o que lhes interessa contar. É justamente por estar fora das redes de pertencimento

³¹ A idéia do desabafo parece homóloga tanto à idéia de catarse freudiana, quanto à idéia do “descarrego” dos centros de umbanda. Nenhum dos entrevistados, entretanto, fez essa relação, pois nenhum deles declarou-se praticante da umbanda, mas a associação se deu em função de falas ouvidas no posto de funcionários e de colegas dizendo da necessidade do psicólogo proteger-se da “carga absorvida” dos atendimentos.

dos pacientes que se pode empenhar uma conversa na qual tudo se pode falar³². Larissa evidencia esse lugar estratégico e “neutro” que o psicólogo assume em sua vida relacional. Do contrário, tomando emprestado a metáfora do “psicólogo que tudo guarda”, vê-lo estressado “a ponto de explodir”, conforme sugere Larissa referindo a si própria como psicóloga, pode ter conseqüências devastadoras, o poder de saber dos segredos de todo mundo é muito grande e pode ser utilizado para fins destrutivos. Essa é a psicoterapia englobada pela perspectiva relacional.

Eu acho que só o fato da pessoa escutar e ser confiável já é um pouco de psicologia. Porque essa vizinha do quinto andar e a outra do quarto, eu sei que lá é uma fofocarada danada. Teve um dia que eu me estresse e falei “O dia que eu resolver falar os segredos de todo mundo aqui, esse prédio vai pegar fogo”. Porque as pessoas iam na minha casa desabafar. E eu não dava conselho não. Por exemplo, uma vizinha falava mal da outra, eu só escutava. Eu não ia falar, “não, é isso e isso.” Eu falava “Não, eu não dou opinião”. Porque aquela de quem ela falava mal também ia na minha casa falar mal dela. E eu ia falar “não, fulano já esteve aqui falando mal de você também”? Não, uma não sabia da outra. Mal sabiam elas que uma ia falar mal da outra para mim. Mas eu guardava comigo. Eu até comentava com o Geraldo “até parece que eu sou psicóloga, porque vem todo mundo desabafar comigo”. Eu não estava com problema de patrão, problema com o meu filho, nem nada. É confiar, eu sou uma pessoa confiável, eu guardava para mim. Só o fato de eu fazer isso... E psicólogo também tem que fazer isso. Se eu fosse novinha, eu estudava para psicólogo. [Larissa]

Para Sarah a psicoterapia surgiu como alternativa à conversa com o pastor, em assuntos que colocariam em perigo sua identidade como crente, que colocariam em evidência fraturas na totalização religiosa diante da não–contenção da loucura de uma fiel, que fora abandonada não só pela família como também pela igreja no hospital psiquiátrico.

[E como você teve a idéia de procurar [atendimento psicológico]? A minha mãe que pediu para mim vir, porque eu não tinha vindo antes, né, quando eu comecei a ficar coisa... Eu não tinha vindo antes porque eu conversava com o meu pastor, sabe, da minha Igreja. E para eles, psicologia é coisa do diabo, do demônio, não é coisa de Deus. Então, na mente dele, a gente não deve se tratar no psicólogo, porque a gente tem o maior psicólogo dos psicólogos, que é Jesus. Eu sei disso,mas eu estava precisando conversar com alguém. Tem coisas que eu não podia chegar perto dele e falar, coisas íntimas minhas, porque eu ia ficar com vergonha. Aí eu resolvi procurar. A minha mãe disse “vai logo, antes que você fique doida aqui dentro.” Aí eu resolvi procurar por causa disso. Mas eu devia ter procurado há muito tempo. [Sarah]

Para Ilana, seus amigos a entendem mais que qualquer psicólogo, porque eles passaram pela experiência adversa junto com ela. No entanto, conversar com o psicólogo poupa seus amigos de seus lamentos, de ser considerada “chata” por eles.

[E porque você decidiu por um atendimento psicológico e não uma outra opção?] A ajuda que eu tenho é a dos meus amigos, converso muito com eles, entendeu? Os conselhos que às vezes eu escuto aqui, eles também me dão, sabe? Mas eu não gosto muito de conversar com

³² O atendimento num ambulatório de Saúde Mental não precisa necessariamente centrar-se em atendimentos individuais no posto de saúde. A gravidade dos pacientes e suas demandas mais amplas de cuidado favorecem uma inclusão maior do psicólogo, assim como outros agentes de cuidado, em sua rede de sociabilidade. Às vezes a situação demanda que façamos visitas domiciliares, atendimentos familiares, que visitemos sua escola, seu trabalho, seus outros lugares de tratamento para discutir condutas. Como o objeto da pesquisa é a psicoterapia, que necessariamente se dá no posto de saúde, posso dizer que nesse contexto o psicólogo se mantém destacado do resto da vida do paciente.

eles porque você se torna uma pessoa chata. Que você só vai conversar para se lamentar. Eu sei que eles são meus amigos, que eles entendem, mas para eles também é chato. Toda vez que você encontra com ela é para ouvir as lamentações dela. [sobre a diferença entre conversa com amigos e com o psicólogo] Eu acho que é diferente porque os amigos estavam ali naquele momento, eles sabem o que aconteceu. Você por mais que eu fale, explique o que aconteceu, sempre tem alguma coisa que eu esqueço, ou então sei lá, talvez vocês possam não entender o que eu estou querendo dizer com aquilo. [Ilana]

Para Carla, seu segredo (abuso sexual na infância) é inconfessável para qualquer um de sua rede. Nem quando em atendimento psicoterápico individual ela conseguiu falar disso. No grupo terapêutico, tampouco. Mas na entrevista, o que a teria motivado a contar diante de um gravador? Penso no “termo de consentimento livre e esclarecido”, onde se firmou o compromisso mediante sua assinatura e a minha (documento em duas vias) de que sua história seria utilizada para fins de pesquisa, mas que sua identidade, principal atributo em jogo no segredo, permaneceria incógnita.

Sarah e Larissa relataram que falar com o psicólogo ajuda mais do que falar com o pastor e o padre, porque com eles elas não se sentem à vontade para falar de “certos assuntos” que produzem “vergonha”, sentimento fruto de desvios da norma num contexto relacional. Sarah refere-se a “coisas íntimas” que colocariam em perigo sua identidade como crente. Larissa também não gosta de conversar com o padre sobre a homossexualidade do filho porque ele está inserido em sua rede de relações. Larissa parece aproximar a psicoterapia da prática religiosa de confissão dos pecados, dado o caráter confessional de ambos.

Esse englobamento da psicologia pela religião empenhada por Larissa nos remete à história da construção da subjetividade entendida como um campo de experiências interiores marcadas pela auto-reflexão. Foucault localiza na confissão religiosa própria ao cristianismo as origens das práticas confessionais modernas, especificamente a psicanálise (Ferreira, 2005). No Cristianismo, o cuidado de si se dava mediante a renúncia a si mesmo em nome dos desígnios divinos, à obediência incondicional às leis de Deus com a finalidade de se alcançar a imortalidade num outro mundo. O pensamento passa a ser a interioridade na qual reside a verdade do sujeito, desvelada mediante a confissão a alguém habilitado, o sacerdote, para quem a verdade do sujeito é revelada. Na modernidade, as práticas de confissão exercidas pelos “saberes psi” se dão não com o objetivo de renúncia ao eu, como na ascese cristã, mas como revelação de um novo eu, através de uma “ascese científica” (idem). As práticas de auto-exame têm como finalidade o desvelamento de si e as formas de ascese modernas visam transformar-nos em sujeitos éticos, como sujeitos se relacionam com os códigos morais vigentes, porém não constitui uma prática de sujeição moral.

Para Larissa, a ausência de julgamentos morais numa consulta psicoterápica liberta a sua fala, além do fato primordial do psicólogo estar fora de sua rede de sociabilidade. No que tange ao filho, no entanto, Larissa nutria a expectativa de que a psicoterapia fosse uma forma de normalização e moralização das condutas. Quando entrou em contato com a perspectiva de que os atendimentos visavam “ajudar a pessoa ser quem se é”, proibiu o filho de ir consultar-se, com medo que ele “decidisse de vez ser homossexual”.

Eu tiro vocês como o padre também, né? O padre é a mesma coisa. Vocês, psicólogas, não pode sair a conversa daqui para ninguém. O padre é a mesma coisa. Porque vizinho, parente, por mais confiável que seja, pode falar. Tem uma briguinha, uma discussãozinha... É igual uma pessoa quando vai se confessar, eu morro de vergonha do padre. De vocês eu já não tenho. É difícil. Não sei se porque todo domingo eu estou vendo ele ali na missa falar, os problemas que eu tenho ele saber... Só que eu sei que ele não vai falar para ninguém. Mas eu já não gosto. E na religião da gente, dizem que você sai até mais aliviada. [Larissa].

Ainda tendo como fio condutor da discussão a “conversa sobre os problemas”, para além do desabafo, esse tipo de conversa traz consigo expectativas distintas: a de aprender a lidar com o sintoma, no qual a psicoterapia ganha a mesma função de controle que o remédio; e a psicoterapia como promotora de novas perspectivas sobre o problema causador da perturbação.

Dentre as expectativas explicitadas pelos entrevistados em relação à psicoterapia, pretende-se “aprender a se acalmar”, “saber mais sobre a doença”, “aprender a dominar o transtorno”. Nessa perspectiva, o psicólogo é entendido como perito em perturbação mental, gerando a expectativa de prover orientações acerca do manejo do transtorno. A psicoterapia ganha um cunho pedagógico, do ensinar a se controlar, como instrumento de normatização de condutas, expectativa muitas vezes reiteradas pela escola, serviços de saúde.

Eu espero conseguir dominar, antes de eu chegar a esses transtornos, o que eu posso fazer. Eu espero isso. Eu espero que com tempo de conversa, com tempo de terapia, com as pessoas até com os problemas das outras pessoas mesmo, que eu identificasse antes que o problema chegasse, o que eu poderia fazer. [Hadassa]

Fábio, assim como Hadassa, refere-se à psicoterapia como uma alternativa ao remédio – considerado nocivo em função dos efeitos colaterais, remetendo às orientações de “como se acalmar”, bem como fonte de parâmetros normatiza dores em relação aos quais se situam. Como destacado em outra parte do texto, Fábio opõe o remédio “rápido e preciso” à psicoterapia “lenta e de difícil solução”. Já para Hadassa a psicoterapia coaduna-se com os frutos do espírito santo, em relação ao “domínio-próprio”, conforme mencionado anteriormente.

Eu espero que vocês indiquem alguns caminhos para eu me acalmar na hora [da relação sexual], já que isso foi indicado que é um problema emocional. Com relação ao problema da ereção, eu espero que vocês me ajudem, junto como remédio homeopático, a estabelecer uma ereção normal, ou que pelo menos me informem sobre o que seria o normal. [Fabio]

Esse é o meu problema, por isso eu aceitei a psicologia. Não consigo identificar o meu limite. Esse é o meu problema. Não consigo, eu não sei ver. Foi isso que deu o transtorno de tomar dois de manhã e três [comprimidos] à noite. Porque eu não consigo identificar o meu limite. Esse é o meu verdadeiro problema. Uma pergunta chave: o meu limite. [Hadassa]

Glória também revela o apelo à medicação com a mesma dimensão de rapidez e eficácia face à “conversa fiada sem remédio”.

Bom, o que eu pensava, antes de fazer [psicoterapia], é que quando você está doente, a primeira coisa que você coloca na cabeça é “eu quero remédio”. Você acha que o remédio é a solução. Para mim a psicologia não ia dar em nada. Que só conversar... Eu achava na minha cabeça que era conversa fiada. Conversa fiada sem remédio. Que quando eu me tratei por um ou dois meses com outra psicóloga, ela só ficava conversando, e era longe. E ficava pensando “eu não quero ficar de conversa fiada não”. Eu botava isso na minha cabeça “eu quero é remédio, eu quero é melhorar logo”. Quando você está com esse problema, você quer tudo rápido. Tudo tem que ser rápido, resolver logo, acabar logo. Você não tem paciência de ficar esperando. Agora eu falo até para outras pessoas, que conversar, eu achava que só conversar não ia dar em nada. E resolve, entendeu? Se não resolvesse eu não estaria aqui. Porque a gente fica com aquela pressa de resolver tudo rápido. Eu não tinha tempo para esperar. [Glória][grifo meu]

A psicoterapia como atividade reflexiva emerge nos relatos nos quais se espera que o psicólogo “ajude o paciente a encontrar a solução dos problemas” mediante a “mudança da visão do problema”, estratégia que tangencia o aconselhamento, a orientação, mas também à prática do auto-exame, com ênfase na “mudança dos pensamentos”.

Eu espero tipo uma ajuda, sabe? Não que eu espere que alguém faça o que eu devo fazer, mas alguém para me aconselhar, alguém para me ouvir, mais ou menos isso. Porque assim, a minha vida não mudou. [choro] Mas a forma de pensar tem mudado um pouco. Apesar de ter pouco tempo [3 encontros do grupo de recepção]... A minha vida está a mesma coisa de quando eu entrei. Mas a forma de pensar, e tudo, está mudando um pouco, sabe, está fazendo diferença. [Ilana]

Para eu tomar uma atitude sem ter essa minha visão que eu tenho do processo. Vim para conseguir orientação, em parte, já que me orientaram, deve ter algum caminho ali. Eu acho que conversando com vocês, vocês me passem uma idéia de que “pô, você não precisa ser perfeito durante o processo”, e que o que eu esteja dando já seja o suficiente, talvez isso, não sei. Exatamente, eu não sei. [Fábio]

Eu imagino que seja o que eu falei, um direcionamento, uma orientação, para você aprender a lidar com as coisas que estão te incomodando e te afetando, não só a própria pessoa, como as pessoas que convivem ao redor. É uma orientação para ajudar a pessoa a ter um outro olhar e a saber lidar com as coisas que acontecem na vida em torno da gente, que cada um é cada um, e com as questões interiores. [Fabi]

Como discutido por Russo (1997), na modernidade o eu torna-se o novo reduto dos significados sobre o humano, diante do processo de desencantamento do mundo. Nesse contexto de uma nova totalização via desvelamento do eu, surgem as demandas que visam um

maior “auto-conhecimento”, a promoção de uma maior “auto-estima”, demandas de aprimoramento pessoal, próprias de um universo individualista.

Em relação ao que me incomoda na minha personalidade, que é a impulsividade, o gênio, ansiedade, enfim, esses que estão me vindo à cabeça agora, falta de tolerância, irritabilidade. Eu consegui identificar quando eu comecei a me tratar na psiquiatria. Porque aí eu fiquei me questionando, me fazendo várias perguntas, porque antes eu não tinha tempo para fazer isso, antes eu não tinha tempo nem para saber que eu existia. [Fabi]

Surgem formas de falar do sofrimento e expressões que remetem a uma interioridade, sem que, no entanto, isso represente um ancoramento no indivíduo da explicação daquilo que os acomete. Afinal, o mundo dos entrevistados não é de todo desencantado, face à frequente filiação religiosa dos mesmos, o valor-família e o valor-trabalho como encompassadores dos significados próprios à representação de si mesmo e da vida cotidiana.

A perturbação em sua dimensão de desvio, no âmbito relacional, produz uma certa individuação de trajetórias, face à trajetória moral esperada. À semelhança do que fora descrito por Salem (2006) acerca da individuação masculina, que é diferente de uma individualização, já que mesmo individuado os homens se mantêm dentro do *script* relacional, a condição de nervoso habilita a pessoa a fugir do esperado. O “nervoso”, assim como a filiação religiosa, acaba servindo como instrumento de negociação de identidade frente às relações, sendo que esta última leva à conformidade moral, enquanto o nervoso conduz à diferença.

Glória, que sempre se definiu como uma mulher de casa, que nunca vai “à toa” na rua, cumpridora de suas obrigações de cuidado para com sua família, tem negociado junto ao marido a continuidade dos estudos em nome do auxílio no sustento da casa futuramente, quando “estiver preparada” para arranjar um emprego. Ou seja, ainda que contrariando o ethos feminino, o valor-família continua sustentando tal atitude. Afinal, “as filhas estão crescendo” e o que ela faria em casa? No entanto, o marido “ciumento” é contra. Nesse sentido, “estar preparada” para Glória não é só ter maior escolaridade, que em seu projeto, parece ser um detalhe. A frequência à escola é negociada junto ao marido como “terapia”³³, na direção de desafiar seu “nervosismo” em andar na rua sem ter um banheiro para o qual ela possa correr em casos de dor de barriga produzida pelo “nervoso”. Nessa trajetória de maior

³³ Pensando sobre como surgiu essa associação inusitada entre estudo e terapia, lembrei que isso pode ter começado com uma paciente cuja queixa era de um sentimento de menos-valia associado a não ter conseguido o cargo de recepcionista na empresa em que ela trabalhava como faxineira, em função de sua baixa escolaridade. Frequentadora desse mesmo grupo terapêutico que Glória e Carla também frequentam, ela fora incentivada a levar a sério essa vontade de lutar pelo cargo que ela almejava, o que desencadeou o seu o retorno aos estudos. A paciente começou a relatar no grupo os benefícios que esse retorno à escola estava produzindo no seu humor, benefícios atribuídos a “conhecer gente nova”, “entrar em contato com outras coisas”, diferentes da rotina doméstica, já que estava desempregada, etc. A partir de então, tanto Glória quanto Carla vem cogitando frequentar aos cursos supletivos noturnos com essa mesma finalidade de “ver coisas diferentes”.

empoderamento de sua pessoa frente ao próprio corpo, vivenciado como “descontrolado”, Glória está se aventurando mais na rua em função da dieta constipante passada pela nutricionista do posto de saúde. Assim, é pela exacerbação do controle sobre o corpo que Glória tem se sentido “preparada” para expandir seus horizontes. Mas a “terapia” de ir à escola não pareceu algo contra o que o marido pudesse objetar, uma vez que isso compete à autoridade do médico/psicólogo, ainda que essa “terapia” não tivesse sido recomendada por ninguém. E ela assim o fez. Dessa forma, Glória traça uma trajetória de maior individuação em nome de sua condição de “nervosa”, “avalizada” pela autoridade investida no tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa propôs-se investigar as demandas por atendimento psicológico direcionadas ao ambulatório de psicologia de um posto de saúde localizado em um subúrbio do Rio de Janeiro, buscando com isso entender o que os pacientes daquele ambulatório iam procurar no atendimento psicológico. Dessa forma, foi possível delinear as concepções de sofrimento e as expectativas em relação à assistência que atravessavam o encontro entre terapeuta e pacientes.

Corroborando o que foi encontrado em outras etnografias que serviram como interlocutoras para essa pesquisa, a queixa endereçada à psicologia, bem como o ideal de cura a ela associada, estão inscritas numa lógica relacional e hierárquica que confere às pessoas uma identidade, prescritiva de uma dada trajetória moral em relação a qual elas se situam. Em outras palavras, são as relações que balizam a apreensão de si, delineando também a construção do que seja perturbação. Dessa forma, os entrevistados entendem o adoecimento atrelado à idéia de prejuízo no exercício das atividades/funções/ “responsabilidades” associadas a suas identidades relacionais. Duas exceções destacaram-se dessa perspectiva, aproximando-se mais de uma forma individualizada de conceber-se a si próprio, não tanto atrelada às relações. No entanto, mesmo esses dois sujeitos oscilaram entre representações psicologizadas do sofrimento e aquelas condizentes com a lógica físico-moral, características das configurações relacionais.

Sucintamente, os entrevistados concebem o sofrimento da seguinte forma: problemas de ordem moral/relacional provocam irritação/obstrução/enfraquecimento dos nervos, que, quando obstruídos de uma descarga – desabafo, discussão, distração –, causam adoecimento físico – tremeadeiras, tonteiras, pressão alta, taquicardia, estresse, medos –, sintomas que se trazem prejuízo para o exercício das funções cotidianas que lhes garante uma dada identidade num jogo relacional.

A imbricação entre os planos físico e moral no que tange a apreensão da perturbação traz à baila uma multiplicidade de alternativas consideradas terapêuticas, diferentes da psicoterapia. Algumas alternativas como a medicação³⁴, os chás, as práticas de relaxamento inscrevem-se no imperativo de controle do corpo, vivido como descontrolado. Em sua contrapartida moral, as formas de distração, os “pensamentos positivos” combatem os maus pensamentos/sentimentos que geram o sofrimento e o descontrolado do corpo, sendo o

³⁴ Como recurso medicamentoso para além dos remédios “tarja preta” figuram os recursos da homeopatia e da dita “medicina alternativa”.

alheamento à vontade uma importante característica da perturbação. Retomar o controle do corpo e dos pensamentos/emoções mostrou-se um ideal de cura para alguns dos entrevistados, associados à retomada do exercício das funções prejudicadas pelo nervoso. As práticas religiosas foram também consideradas “fonte de bem estar” e de cura para alguns, que quando distantes dessas, se dizem mais vulneráveis ao adoecimento. A apreensão religiosa do padecer oferece ao crente uma explicação sobre a perturbação e oferece formas de saná-la. O “botar pra fora” condensa a maior parte das ações consideradas terapêuticas. As formas de “extravasamento” são inúmeras, desde aquelas que incidem sobre o problema relacional que produz sofrimento, como nos caso dos “barracos”, “brigas”, como aqueles extravasamentos com fins de “espairecer” como os esportes, os lazeres, e outras atividades.

A psicoterapia tem seu sentido reinventado pela lógica físico moral que engendra as concepções de perturbação e pela lógica hierárquico relacional que rege a apreensão da própria identidade e a relação com seus pares. Concebendo a perturbação como resultado de um “acúmulo não-extravasado”, a psicoterapia é entendida como uma conversa que visa o desabafo, o extravasamento. Mas “desabafo por desabafo”, é possível desabafar-se com qualquer pessoa que seja “de confiança”, não precisa ser o psicólogo. No entanto, os entrevistados destacaram que não é só em função “dos estudos” que o psicólogo é alguém indicado como ouvinte do desabafo, mas pelo fato dele ser alguém que se situa fora da rede de sociabilidade do paciente. Esta constitui uma posição estratégica que possibilita a pessoa “desabafar à vontade”, sem que o desabafo acarrete danos ou menos prestígio nas relações. A “autoridade legítima” dos saberes psi sobre o sofrimento produz efeitos nas negociações identitárias num âmbito relacional, conforme se pode perceber nos entrevistados.

A psicologia é um saber que teve suas condições de possibilidade calcadas na ideologia individualista, que estabelece a ausência de prescrição de valor, tarefa essa atribuída ao indivíduo, o que faz dele o reduto dos significados acerca de si e do mundo. As teorias psicológicas concebem o sujeito como alguém livre, autônomo³⁵ e igual, dotado de uma intimização dos sentimentos, de uma interioridade psicológica que é radicalmente diferente da forma como a clientela do ambulatório concebe a si própria, como visto na descrição. Formado nessa perspectiva individualista e psicologizante, o terapeuta em sua prática cotidiana defronta-se com uma clientela que pensa a si própria inscrita numa relacionalidade hierárquica organizada pelo valor-família, gerando dessa diferença de apreensões de pessoa, perturbação e terapêutica um certo curto circuito que não se pode ignorar.

³⁵ Porém desposuído de si, no caso da psicanálise.

O esforço para fugir de um etnocentrismo é grande. Ainda que a teoria alerte que não é o ideal de cura do terapeuta que norteia o processo terapêutico, mas o do paciente (já que é o indivíduo que fixa seus valores), seria possível fugir de uma intervenção individualizante, etnocêntrica? Pensando que a posição de neutralidade do terapeuta é um ideal nunca alcançado na prática, uma vez que toda enunciação tem necessariamente uma pré-história sem a qual ela não seria possível, a forma como a teoria se operacionaliza na prática é necessariamente individualizante. Para Figueiredo (1997), a reflexão sobre si implica em alguma individualização.

No entanto, conforme depreendido das histórias de Glória e de Carla³⁶, ainda que as intervenções terapêuticas tendam a uma reflexão individualizante, concretamente, não se pode dizer que tais intervenções produzam a individualização dos pacientes. Essas duas pacientes (assim como outros entrevistados) reintegraram esse fenômeno que chamamos de psicoterapia em seus esquemas interpretativos de origem. No caso específico dessas duas pacientes, mesmo depois de um ano de atendimento, o único sentido comum entre paciente e terapeuta sobre a atividade que compartilham é que nessa relação que se estabeleceu estaríamos empenhadas a conversar sobre o que não está bom. A condição que alguns entrevistados colocam como necessária para que essa relação se dê é que o terapeuta “seja pessoa”, diferente do especialista pretensamente neutro e distante. Se perguntarmos a eles o que significa fazer psicoterapia e compararmos com as repostas do terapeuta, veremos que são coisas inteiramente distintas.

Diferente de uma individualização, sugiro numa “individuação”³⁷ pelo nervoso, na medida em que as pacientes em questão continuam submetidas a uma lógica relacional, tornando-se “desviantes em tratamento” em nome do nervoso. O nervoso como vetor de individuação produz trajetórias diferentes das esperadas, porém ofertando “créditos de negociação” das identidades nas redes de relação, criando um campo de possibilidade para a mudança, produzindo efeitos concretos nas vidas dessas pessoas.

É verdade que isso produz uma certa desorientação no terapeuta, que não se reconhece na imagem que lhe é devolvida pelo paciente. Mas é preciso deixar-se reinventar pela clientela para que algum trabalho seja possível. Afinal, o que é a transferência, se não um grande empréstimo de si para projeções alheias? Qual a importância disso para a clínica? Considero que a importância dessa distinção é colocada no momento de início do trabalho,

³⁶ Refiro-me a elas duas porque elas são acompanhadas em psicoterapia há mais de um ano, começaram com atendimentos individuais, e passaram para atendimentos em grupo. Quanto aos demais entrevistados eu não poderia fazer essa mesma observação, uma vez que não acompanhados por um tempo maior que a duração de um grupo de recepção.

³⁷ Tal como formulado por Salém (2006).

nas triagens e grupos de recepção dos serviços quando nos defrontamos com essas “subjetividades de exceção”, conforme formulou Nicácio (1994), quando se exclui da possibilidade de trabalho psicoterápico aqueles que não têm “demanda de análise”. Essa é uma forma bastante específica de se pensar sobre o sofrer, tão culturalmente circunscrita que não parece um bom critério de exclusão.

Segundo Figueira (1978), toda terapêutica só é eficaz se for capaz de oferecer uma explicação, um sentido para o sofrimento e as vivências da pessoa. O que se pode dizer que paciente e terapeuta compartilham, nessa tensão entre apreensões holistas relacionais-hierárquicas e apreensões individualistas do sofrimento e da terapêutica? A hipótese moral/psicológica como a causa do padecer pode ser um início de conversa, conforme visto nas trajetórias dos entrevistados até chegar à psicoterapia. Mas isso também não quer dizer que terapeuta e paciente falam da mesma coisa.

Pensando também com a lógica relacional, a adesão necessária para que um trabalho terapêutico aconteça se dá em relação ao “saber psicológico” ou à pessoa que opera esse saber? Alguns entrevistados nos deram pistas de que o vínculo se faz com a pessoa, ainda que não seja “qualquer pessoa”, mas legitimada a tal pelos “estudos”. Seria ingenuidade pensar que a partir dessa relação se cria um dado espaço de construção (e desconstrução) de significados que possibilita algum sentido comum viabilizando a conversa entre esses diferentes? Mas isso pressuporia uma relação igualitária, sem a hierarquia que atribua um peso diferencial às palavras do terapeuta. Estamos fadados a falar línguas diferentes, cada lado da relação reinterpretando o outro à luz de seu sistema simbólico e cultural de origem?

A relação possível entre esses diferentes se dá em função das seguintes especificidades de cada uma dessas configurações. Do lado da configuração do nervoso, essa traz uma abertura à incorporação da psicoterapia como recurso terapêutico em função da imbricação com o plano moral, possibilitando que a pessoa discorra sobre aspectos relevantes da sua vida, ainda que o sentido atribuído a esse ato difira para paciente e terapeuta, conforme visto nas entrevistas. Importante ressaltar também que a superposição entre esse plano moral e o “psicológico” foi feito inicialmente pelos médicos, que para a grande maioria dos entrevistados inseriu, mediante o encaminhamento, a psicologia em suas trajetórias de tratamento. Do lado da psicoterapia, a abertura desse sistema à diferença da configuração do nervoso se dá pelo fato desse saber estar calcado sobre o indivíduo como valor, a ele atribuindo o poder de fixar os valores que o orientarão na vida. Aí reside o caráter universalizante desse saber, acolhendo o nervoso em sua diferença, ainda que gerando com isso o risco de etnocentrismo e de homogeneização da mesma. Essa tensão precisa ser

mantida para que a diferença continue sendo entendida como tal, não sendo englobada pelas pretensões universalizantes da psicologia e da psicanálise como saberes.

REFERÊNCIAS

- BERNSTEIN, B. Classe social, sistemas de fala e psicoterapia. In: FIGUEIRA, S. A. (org) **Psicanálise e Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p. 230-245.
- BEZERRA JR, B. **A noção de indivíduo**: reflexão sobre um implícito pouco pensado. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.
- CARETTA, M.I.B., **Os sentidos da aderência**: limites e impasses dos discursos e práticas bio-psico-sociais no campo da AIDS. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- CARVALHO, E. N. **Reforma, as formas e outras formas**: estudos sobre construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor- CNPq, 1986.
- _____. Os nervos e a antropologia médica americana: uma revisão crítica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.3, n. 2, 1993.
- DUMONT, L. **O Individualismo**: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Roxo, 1985.
- FERREIRA, A.A.L. Verdade e Desejo: a hermenêutica confessional como condição de surgimento dos saberes psi. **Memorandum**. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/ferreira02.htm>> Acesso em: 06 fev. de 2009.
- FIGUEIRA, S. A. Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas. In _____. (Org.), **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978, p. 87-148.
- FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos** - A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FONSECA, C. **Família, fofoca e honra**: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2000.
- _____. Mãe é Uma Só?: Reflexões em Torno de Alguns Casos Brasileiros. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v.13, no. 2, 2002, p.49-68.
- FREIRE COSTA, J. Consciência da doença como consciência do sintoma: a “doença dos nervos” e a Identidade psicológica. **Cadernos do IMS**, Rio de Janeiro, 1987, p.4-44.

- _____. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- MALUF, P.P. **A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- NICÁCIO, E.M. **Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma** - a seleção hierarquizada da clientela em um ambulatório de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações sobre o atendimento em Saúde Mental na rede básica**. Novembro de 2005.
- ROPA, D.; DUARTE, L.F.D. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. A.(org.) **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.
- RUSSO, J. Indivíduo e transcendência: algumas reflexões sobre as modernas ‘religiões do eu. **Doxa** – Revista Paulista de Psicologia e Educação, Araraquara, v.3, no. 3, 1997.
- SALEM, T. Tensões entre os gêneros na classe popular: uma discussão com o paradigma holista. **Mana, Rio de Janeiro**, v.12, no.2, 2006, 419-447.
- SARTI, C. O valor da família para os pobres. IN: RIBEIRO, Ivete e RIBEIRO, Ana Clara T.(org.) **Família em processos contemporâneos**: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, 1995, p.131-150.
- TENÓRIO, F. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. **História,Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.7, no. 1, p.117-134.
- _____. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. **Cadernos IPUB**, v. 6, no. 17. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.
- VERZTMAN, J.S. **Tristeza e depressão**: pensando nos problemas da vida. Petrópolis: Vozes, 1995.

ANEXO A – Roteiro de entrevista

Dados do informante _____

Nome:

Sexo: Idade: Escolaridade: Profissão:

Estado civil: No de pessoas na unidade doméstica:

Renda familiar:

Questões sobre a demanda por atendimento psicológico

Como você chegou ao serviço de psicologia? Você veio espontaneamente ou foi encaminhado?

O que (que problema, questão) motivou a sua procura por atendimento em psicologia?

Questões sobre “sofrimento psíquico”

Qual a história desse seu problema? Quando e como começou? Como se desenvolveu? Quais as conseqüências desse problema na sua vida?

O que você já buscou para tentar resolvê-lo? Como foi a tentativa?

Questões sobre concepções e expectativas acerca do atendimento psicológico

O que você imagina que seja um atendimento psicológico? Para que você acha que serve?

Porque você decidiu buscar atendimento psicológico, e não outra opção?

Para que outros tipos de problema você procuraria esse atendimento?

O que você espera do atendimento?

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa:

“A demanda por atendimento de Saúde Mental em um posto de saúde na zona norte do Rio de Janeiro”

Meu nome é Renata França dos Santos Paiva, sou mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ. No âmbito dessa pós-graduação, realizo uma pesquisa sobre as demandas por atendimento que são endereçadas a esse ambulatório de Saúde Mental, pesquisa orientada pela Prof^a. Dra. Jane Russo.

A pesquisa tem como objetivos investigar os motivos que levam as pessoas a procurarem o atendimento em Saúde Mental, especificamente, a psicologia, bem como saber suas expectativas em relação a esse atendimento. Nesse sentido, convido vocês, usuários do serviço de Saúde Mental, a participarem dessa pesquisa concedendo-me uma entrevista que aborda o assunto pesquisado. A entrevista consistirá de livres respostas às perguntas, as quais serão gravadas, tendo o entrevistado a liberdade de negar-se a responder a algumas perguntas ou mesmo interromper a entrevista em qualquer tempo.

Sua participação na pesquisa é voluntária. Os relatos recolhidos das entrevistas serão mantidos em sigilo. Na divulgação dos resultados para fins de trabalhos acadêmicos serão utilizados nomes fictícios para os entrevistados, serão omitidos nomes reais ou quaisquer outras formas de identificação.

Agradeço a sua participação!

Declaro estar ciente e que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “A demanda por atendimento de Saúde Mental em um posto de saúde na zona norte do Rio de Janeiro” e aceito dela participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

assinatura do informante

assinatura do pesquisador

Endereço para contato da pesquisadora:

CMS Ariadne Lopes Menezes- Rua Carlos Gonçalves Penna, s/n, Engenho da Rainha. Rio de Janeiro, RJ. Tels: 2269-77-45 / 2597-59-06