Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia

Mirna Yamazato Koda

DEPRESSÃO EM MULHERES: UM ESTUDO A PARTIR DOS VÍNCULOS FAMILIARES E SOCIAIS

São Paulo

2011

MIRNA YAMAZATO KODA

DEPRESSÃO EM MULHERES: UM ESTUDO A PARTIR DOS VÍNCULOS FAMILIARES E SOCIAIS

(VERSÃO ORIGINAL)

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração:
Psicologia Social e do Trabalho

Orientadora: Professora Titular Maria Inês Assumpção Fernandes

São Paulo

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Koda, Mirna Yamazato.
Depressão em mulheres: um estudo a partir dos vínculos familiares e sociais / Mirna Yamazato Koda; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. -- São Paulo, 2011.
232 f.
Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Depressão 2. Mulheres 3. Psicanálise de grupo 4. Psicologia social I. Título.

RC537

Nome: Mirna Yamazato Koda
Título: Depressão em mulheres: um estudo a partir dos vínculos familiares e sociais.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para
Meu Pai
e
Minha Mãe

Agradecimentos

Apesar dos agradecimentos serem colocados logo no início de um texto acadêmico, eles normalmente são escritos ao final de toda uma longa trajetória de trabalho. Nesse momento de feliz licença poética e profunda gratidão, testemunho o fato de que, sim, somos sempre sujeitos do grupo.

À Maria Inês, que desde minha "meninice" lá na graduação, acompanha com carinho e delicadeza a jornada de minhas infindáveis indagações.

À Ianni, pelas contribuições na qualificação e em toda minha trajetória como psicóloga, pela amizade e companhia.

À Miriam Debieux, pela leitura atenta e cuidadosa do texto de qualificação e pelas sugestões valiosas.

Às mulheres entrevistadas, pela confiança e generosidade em compartilhar comigo suas histórias.

Aos gestores e profissionais de saúde que colaboraram com a realização do campo de pesquisa.

Aos membros do Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social – Lapso – grupo de apoio e referência em minha formação.

À minha família ampliada, que sempre me acolhe e está presente. Fábio, Eliane, Jaqueline, Luis e Magal: é uma felicidade tê-los comigo ao longo da caminhada!

Às minhas irmãs de coração lá da Zona Leste:

Renata, com quem desde sempre venho compartilhando as descobertas do universo feminino.

Simone, "pororoquinha guerreira", pela companhia nas alegrias e nos inevitáveis tropeços da vida. Pelo cuidado e afeto constantes que me ampararam no auge do cansaço.

À Vera, muita coisa não existiria sem o nosso encontro.

À Kátia, companheira de pesquisa com quem divido as inquietudes sobre a feminilidade, pelo incentivo constante.

À Anália, amiga querida, pela compreensão e apoio em todos os momentos.

À Clarice e à Helena, pelos deliciosos momentos de brincar, descanso do mundo adulto.

Ao Evandro, Ana e Dafny, que mesmo longe estão sempre na torcida.

À Dona Verônica, que entre bolas de meia e bolas de gude, será sempre o "sol bem quente lá no meu quintal".

Aos meus colegas da Universidade São Francisco, pelo companheirismo e solidariedade constantes.

Aos meus alunos, com quem cotidianamente aprendo meu ofício como docente.

À Nalva, “anjo da guarda” de professores, mestrandos e doutorandos, pela ajuda sempre eficiente e prestativa.

Resumo

Koda, M.Y. (2011). *Depressão em mulheres: um estudo a partir dos vínculos familiares e sociais.* Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Atualmente, no campo da Saúde Mental, a questão da depressão tem despontado como uma doença de alta prevalência na população mundial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a depressão é a quarta maior causa de adoecimento da população mundial, atingindo 13 a 20% das pessoas, sendo que há uma prevalência maior em mulheres. Consideramos a alta prevalência de tal transtorno como o reflexo de um modo de organização da própria sociedade atual. O contexto sociocultural contemporâneo sustentaria determinados modos de subjetivação, proporcionando também tal cenário de adoecimento. Apesar das discussões no campo da Saúde sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e sobre a importância de medidas comunitárias no sentido da promoção da saúde, a medicalização da depressão tem sido a principal resposta a tal problema. No cotidiano de atendimento dos serviços de saúde públicos, há uma grande demanda de pessoas – em especial mulheres – que demandam cuidados em função de um quadro depressivo. A presente pesquisa teve como objetivo investigar a produção dos sintomas depressivos em mulheres atendidas em serviços de Saúde Pública, a partir da configuração de seus vínculos interpessoais, história de vida e contexto social. Foram realizadas entrevistas individuais e semi estruturadas com seis mulheres com sintomas ou diagnóstico de depressão, usuárias da rede de atenção básica em saúde (Programa de Saúde da Família) de um município do interior de São Paulo. As entrevistas foram analisadas a partir do referencial teórico da psicanálise do sujeito como sujeito do grupo tal como formulada por René Kaës. Observamos na história de vida dessas mulheres a presença de eventos traumáticos e momentos de crise ligados a condições socioeconômicas precárias, violência e separações. Esses eventos abalam os apoios psíquicos do sujeito, lançando-o em uma situação de desamparo. Os sintomas emergem muitas vezes a partir da ruptura dos contratos narcísicos estabelecidos em seus grupos primários, se colocando como uma formação intermediária que responde a lugares pré-estabelecidos no conjunto. Presenciamos um processo de transmissão psíquica intergeracionais, no qual um conjunto de lugares, afetos e representações são passados de pais para filhos. Há uma forte identificação de parte dessas mulheres com a figura materna, bem como a dificuldade de superação da relação de apego a esta. Em grande parte dos casos, o lugar tradicional da mulher é mantido: o ambiente doméstico se constitui como seu principal reduto.

Palavras chave: depressão, mulheres, psicanálise de grupo, psicologia social

Abstract

Koda, M.Y. (2011). *Depression in women: a study based on family and social ties.* Doctoral thesis, Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

In recent years depression has emerged as a major mental health condition with high prevalence worldwide. According to the World Health Organization (WHO), depression is the fourth leading condition in the world population, affecting 13% to 20% with higher prevalence among women. This high prevalence of depression is a reflection of modern society's organization, i.e., the contemporary cultural context would support certain forms of subjectivity and create a scenario for sickness. Although social determinants of health-disease and the importance of community-based actions for health promotion have been a focus of discussion, the main response to this issue has been medicalization of depression. The public health system faces on a daily basis a great demand for care for depression especially among women. The present study aimed to investigate the development of depressive symptoms in women based on their interpersonal relationships, life history and social background. Individual semi-structured interviews were carried out with six women with symptoms and/or diagnosis of depression who were current users of a primary care service (Family Health Program) in a city in the interior of the state of São Paulo, southeastern Brazil. The interviews were analyzed from the psychoanalytical framework of the subject as a subject within a group, as proposed by René Kaës. The life history of these women showed traumatic events and episodes of crisis related to poor socioeconomic condition, violence and separation. These events undermine their psychic structure and they find themselves in a situation of helplessness. Symptoms often emerge from a break of narcissistic contracts established within their primary groups and they constitute an intermediate structure that fills in pre-established spaces in the whole. There takes place a process of intergenerational psychic transmission in which a set of places, feelings and representations are passed on from parents to their children. Some of these women reveal a strong identification with the maternal figure as well as difficulty in overcoming the mother-child attachment. A woman's traditional place is largely maintained: their place of refuge is home.

Keywords: depression, women, group psychoanalysis, social psychology

Sumário

1. Introdução 1
2. A depressão 9
3. Depressão, melancolia e angústia a partir da compreensão psicanalítica 22
4. A mulher e o feminino 33
4.1 A mulher a partir do olhar da psicanálise 45
5. O sujeito como sujeito do grupo: a psicanálise segundo a obra de René Kaës 59
6. Análise 78
Maria 80
Lígia 102
Beatriz 117
Iolanda 144
Irene 164
Gabriela 180
7. Considerações Finais 196
Referências 210
Anexos 217
Anexo 1: Descrição depressão conforme CID10 218
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 222

1. Introdução

A partir da experiência de supervisão de estágio de psicologia desenvolvido em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), observamos um alto índice de procura por atendimento devido a queixas de depressão e ansiedade. A grande maioria dessa população é composta por mulheres.

Na escuta dessas pessoas, observamos questões comuns referentes a uma restrição e fragilidade de seus laços sociais: a queixa com relação ao isolamento e à solidão é recorrente, o lugar social como esposa, mãe ou trabalhadora no grupo ao qual pertence é constantemente ameaçado.

Percebemos, em suas histórias de vida, o relato freqüente de falhas e faltas: as dificuldades financeiras, as brigas com o companheiro e a violência doméstica, a falta de perspectivas, os problemas com os filhos. A maioria delas parou de estudar cedo, não possui uma inserção de trabalho e fica restrita ao ambiente doméstico e conflitos familiares. A vida quase não tem prazeres. Suas falas são carregadas de frustração e queixas, de sonhos ou projetos não realizados. Elas se encontram à margem do circuito de trocas sociais e de reconhecimento.

O casamento e a família, instituição significativamente importante, na qual poderiam encontrar alguma valorização social, é fonte de diversas frustrações e problemas. É aí o lugar onde a ruptura de referências parece ser mais marcante. O apoio que o grupo familiar poderia representar encontra-se fragilizado. A autoridade dos pais perante os filhos é questionada, a relação homem/mulher no casamento não é tão satisfatória quanto elas gostariam, o papel de mãe como cuidadora se encontra limitado perante tantos outros elementos que ameaçam seus filhos: a violência, o contato com as drogas, a sexualidade precoce, as dificuldades na escola, a dificuldade em se conseguir trabalho.

Surge a sensação de incapacidade, de desvalia, a raiva contida e por fim, a ansiedade e a depressão. Fechadas nesse ambiente doméstico, falta passagem para o

fora, faltam intermediários que possam inseri-las novamente na experiência cultural de um circuito de trocas mais satisfatório.

O serviço de saúde é um dos lugares onde elas vão procurar ajuda. Não é incomum observar nas comunidades pobres, tal instituição se caracterizar também como local de socialização das pessoas que não têm acesso a espaços de lazer, trabalho, cultura etc. Essas mulheres chegam à instituição cheias de queixas e de necessidade de atenção. Elas relatam insônia, crises de choro, aperto no peito, palpitações, nó na garganta, falta de ar, dores das mais diversas ordens.

Parte delas foge do padrão queixa/conduta, não "saram" com o remédio dado, demandam inúmeras consultas e exames, dão trabalho à equipe, que muitas vezes, as rotula como pacientes poliqueixosas.

Observamos no cotidiano dos serviços um grande incômodo por parte dos profissionais com relação a pacientes que teimam em não seguir as prescrições, sendo encarados como "pacientes difíceis". Sujeitos "fora da ordem", falam demais, choram demais, se queixam demais, não se adéquam aos padrões científicos. Eles teimam em não se encaixar no protocolo de procedimentos, fazendo o tratamento à revelia e por vezes colocando, para horror do profissional de saúde, sua saúde e sua vida em risco.

Tais sujeitos freqüentemente provocam raiva e impotência na equipe de saúde e, não é difícil adivinhar, muitos deles são encaminhados para tratamento na saúde mental, tomada como último recurso para se tentar a adequação do paciente. A ambivalência do indivíduo com relação aos cuidados de si muitas vezes não cabe na lógica dos serviços de saúde.

Essa problemática se articula à própria discussão sobre a noção de saúde e doença, de normal e patológico na contemporaneidade. Conforme definida pela OMS, a saúde seria o *completo bem estar físico, social e mental*. Ao buscar retirar tal conceito de um registro negativo como ausência de doenças, construiu-se uma definição de saúde idealizada. Desconsidera-se aí que os infortúnios fazem parte da vida e que o mal estar não necessariamente significa um processo patológico (Canguilhem, 1995; Dejours, 1986; Czeresnia, 2003). Essa definição, no entanto, é coerente com uma sociedade que busca incansavelmente a saúde e o corpo perfeitos, que tem horror ao envelhecimento e à morte, buscando o ideal de juventude e beleza a todo custo[1].

[1] Alguns dados divulgados pela mídia podem ilustrar este quadro. Segundo matéria do jornal Correio do Brasil, nosso país ocupa o segundo lugar em número de cirurgias plásticas, ficando atrás apenas dos EUA. No ano de 2009, foram feitas 645,4 mil cirurgias plásticas, sendo que destes 69% foram estéticas. As mulheres constituem 82% do total de pessoas que se submeteram à intervenção cirúrgica

Segundo Spink (2006), nossa sensibilidade com relação ao que é considerado saúde, e em última instância, nossa identidade como seres humanos são afetadas pelo rápido desenvolvimento de novas tecnologias na área: “O horizonte das próteses, das clonagens, das terapias baseadas na manipulação do DNA traz em seu rastro desejos e angústias diretamente relacionadas aos processos contemporâneos de subjetivação.” (p. 76)

A sociedade ocidental moderna é marcada pela racionalidade científica e seu afã classificatório, de modo que nada pode sobreviver fora de categorias. Tudo o que é indeterminado e ambivalente deve ser excluído (Bauman, 1999). A razão moderna instrumentalizou e legitimou o saber médico a legislar sobre o cultivo da espécie humana, levando a uma medicalização da vida.

A medicina realiza seus desígnios e se encaixa no registro da modernidade na medida em que:

> é administrada por agentes capazes (isto é, que possuem conhecimento, habilidade e tecnologia) e soberanos. Os agentes são soberanos na medida em que reivindicam e defendem com sucesso o direito de gerenciar e administrar a existência: o direito de definir a ordem e, por conseguinte, por de lado o caos como refugo que escapa à definição. (Bauman, 1999, p.15)

Nesse contexto, o anormal, o mal estar e o sofrimento são tomados como perigosos e indesejados. Classificados como doença, é ao saber médico que se destina seu cuidado. Espera-se de modo veemente que o saber técnico-científico possa nos livrar do desamparo que a existência nos coloca.

É importante ressaltar que não estamos querendo culpabilizar os profissionais da saúde nem demonizar as técnicas e organização dos serviços, mas sim construir uma reflexão sobre o contexto no qual se inserem as demandas da população e as respostas dadas pelas instituições de assistência.

As observações sobre o modo como se dão as práticas de saúde no Brasil indicam um quadro complexo cuja análise não deve cair em maniqueísmos. Sem ser nosso objetivo aprofundar tal discussão, é importante ressaltar que apesar da proposta do SUS ser bastante avançada no que diz respeito aos cuidados com a saúde da

---

(http://correiodobrasil.com.br/brasil-esta-em-segundo-lugar-no-ranking-mundial-de-cirurgias-plasticas/164770/).
Em dados publicados no jornal britânico Financial Times, o Brasil ocupa o terceiro lugar no mercado de beleza, atrás apenas de Estados Unidos e Japão. Em 2009, o faturamento desse setor chegou a R$ 24,7, tendo um crescimento de quase 15% em relação ao ano anterior (http://www.ft.com/cms/s/0/cb87fcd4-0522-11df-a85e-00144feabdc0.html#axzz1BsE8uMOs).

população, há uma série de contradições em sua implantação bem como na formulação das políticas.

Ela sofre, como todas as áreas sociais, com conflitos de interesses e paradigmas, com a restrição de investimentos, dificuldades de planejamento e gestão que ordenam, em última instância, a precarização da estrutura dos serviços e das condições de trabalho.

Nas duas décadas de existência do SUS, uma série de normatizações tem delineado políticas que preconizam ações intersetoriais, a promoção da saúde, a humanização do Sistema Único de Saúde, a territorialização dos serviços e o vínculo de responsabilidade com a comunidade. No entanto, observamos na prática o conflito entre qualidade e quantidade/produtividade nos atendimentos comprometendo a efetivação das propostas colocadas.

Cotidianamente, as agendas estão cheias, a demanda é grande para o recurso disponível, a equipe é mínima para as propostas colocadas no papel. Muitas vezes, as ações dos serviços se reduzem ao tradicional processo queixa-conduta, sem conseguir contemplar mais amplamente a prevenção de adoecimentos e promoção de saúde. Nesse contexto, aquilo que é da ordem da subjetividade e singularidade de cada paciente não pode ser escutado no cotidiano de atendimento (Koda, 2009).

O setor da saúde é convocado a responder isoladamente a uma série de problemas macroestruturais – referentes a outros setores como: trabalho, educação, lazer, moradia, segurança – que afetam a saúde da população. Diante de tal demanda, os serviços de saúde, pautando-se ainda numa lógica organicista e de remissão de sintomas, medicam a queixa manifesta do paciente como conduta prioritária e muitas vezes única: dores, angústia, hipertensão, índices de glicemia descompensados.

Segundo Minayo & Souza (1989, apud Carvalho & Dimenstein, 2004, p.127):

> No consultório médico, esses grupos sociais transferem para os profissionais de saúde seu grito fundamental: ‘Nossa dor é a dor de nossa vida’. E do outro lado da cadeira, num diálogo de surdos, o clínico lhes pergunta: ‘Onde está localizada, em que órgão de seu corpo posso ler essa mensagem?’ E muitas vezes, os calmantes, psicotrópicos, os analgésicos são as únicas respostas que ele aprendeu a dar às conhecidas ‘doenças inespecíficas’.

Carreteiro (2002) analisa que a doença pode se caracterizar como um modo de afiliação social para uma parcela populacional marginalizada. Há uma “projeção para a esfera da subjetividade da inutilidade, do não reconhecimento da potencialidade do

sujeito para participar da vida coletiva e integrar-se aos valores sociais considerados positivos" (p.92)

O sofrimento social dos sujeitos não encontra um lugar institucional de reconhecimento. Este, quando ocorre produz um deslizamento do âmbito social para o individual. Esta passagem indica que as categorias institucionais ignoram formas de mal estar que não sejam nomeadas como doença (Carreteiro, 2002).

A relação que se estabelece entre Serviço de Saúde e usuário acaba por reproduzir um círculo vicioso que oculta uma dimensão mais ampla das questões envolvidas no sofrimento do sujeito, promovendo respostas que o mantém alienado de uma reflexão sobre suas dificuldades, seus desejos e perspectivas de vida. Desse modo, as instituições de saúde muitas vezes oferecem para os sujeitos "projetos-doença", e estes podem aceita-lo como modo de ter legitimada alguma cidadania e um certo modo de sobrevivência. Tal projeto, no entanto, se por um lado consolida a participação social dessas pessoas, o faz a partir da doença e do seu disfuncionamento.

No tocante ao campo da saúde mental, a nosologia psiquiátrica atual traduz o conjunto de sintomas apresentados cotidianamente pela população, como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de pânico dentre outros. Nega-se, muitas vezes, a integração corpo, mente e condições de vida. No cotidiano de atendimento dos serviços observamos que o significante depressão serve frequentemente como um modo de responder e localizar o sujeito em sua vivência de sofrimento. A categoria "doente" organiza seu lugar nas relações com o profissional de saúde, seus familiares e em outros âmbitos sem colocar em questão as precariedades da vida.

As problemáticas sociais somadas à escassez de recursos de assistência na rede e à lógica medicocêntrica tornam o processo de medicalização uma constante nesses casos: o antidepressivo para dar ânimo, o calmante para amenizar o nervoso. Os medicamentos psicotrópicos transformam-se em uma espécie de amortecedor social, contribuindo para a manutenção do fenômeno no nível de um problema do indivíduo. O sofrimento vivido acaba por se restringir à ordem da doença.

No que diz respeito às mulheres de classes sociais mais desfavorecidas, alguns autores (Carvalho & Dimenstein, 2004; Oliveira, 2000) analisam esse processo de medicalização do sofrimento advindo das precárias condições de vida. O uso de medicamentos psicotrópicos por essas mulheres serve como um modo de minimizar os problemas enfrentados no cotidiano: "ansiolíticos durante o dia, sonífero à noite e psicoestimulantes pela manhã" (Pereira, 2004, p.116).

A fala de algumas integrantes do grupo entrevistado por este autor remete o uso da medicação a uma forma de adição (Pereira, 2004, p.119):

> *"Ele é tudo para mim. Sem ele perco o controle. Sem diazepan não sou ninguém."*
>
> *"Com ele fico no ar. Fica parecendo que tomei cachaça."*
>
> O remédio torna-se um fetiche, solução para os problemas vividos.
>
> *"Não tomo remédio, mas acho que deveria tomar. Bato muito nos meus filhos. Os problemas me fazem ficar mais nervosa."* (Pereira, 2004, p.120).

Nos serviços de saúde, a prescrição de benzodiazepínicos é algo comum. Os médicos da rede se queixam sobre as dificuldades na retirada dessa medicação, cujo uso muitas vezes se prolonga por anos e décadas, transformando-se numa forma de dependência química.

Segundo matéria divulgada na Revista Época em 2009, o Rivotril, largamente utilizado como um ansiolítico, é a segunda medicação mais vendida no Brasil (http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI27270-15257-1,00-RIVOTRIL+POR+QUE+O+MEDICAMENTO+E+O+SEGUNDO+MAIS+VENDIDO+NO+PAIS.html).

Considerando as questões do sujeito, em contrapartida ao sistema de saúde, observamos inúmeros casos nos quais as pessoas solicitam um tratamento exclusivamente psiquiátrico, evitando o enfrentamento de suas questões subjetivas. Essa configuração também é sustentada pela ideologia de uma sociedade científico-mercadológica e pela oferta cada vez mais abundante de medicamentos (Kehl, 2009).

Lefèvre (1983, 1987) vai analisar a função simbólica dos medicamentos. Sustentados pelo discurso da eficácia científica, a medicação é oferecida como símbolo da saúde. Eles reduzem a doença ao orgânico e ocultam seus determinantes sociais e comportamentais. Na busca de uma saúde imediata, o remédio torna-se mercadoria de consumo, que produz alívio dos sintomas.

> A sociedade de consumo, ao mesmo tempo que promove, por todos os seus canais de comunicação a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos. (Lefèvre, 1983, p.502)

Segundo Alain Ehrenberg (2000, apud Kehl, 2009), nas culturas do ‘bem estar’ há uma intolerância com relação ao conflito. A concepção de felicidade e saúde psíquica é reduzida a projetos de segurança, conforto e auto-afirmação. Nesse contexto, a medicação surge como saída ideal para a realização de tais projetos, na medida em que ela contribui com o apagamento do conflito psíquico, agindo no lugar do sujeito.

> Sob o efeito da medicação, o sujeito não se indispõe contra si mesmo nem interroga as razões de seu mal-estar: vai pelo caminho mais curto, que consiste em tornar-se objeto de seu remédio. O sujeito e sua medicação formam uma unidade indivisível: eis aí, afinal, uma promessa de realização do indivíduo – que, entretanto, não esconde a relação de dependência (da medicalização, da droga, do álcool etc.) que a sustenta. (Kehl, 2009, p.219)

Perante todo esse complexo panorama, concordamos com Fernandes (1999a) ao apontar a necessidade de se refletir sobre os problemas ligados à saúde mental, deslocando-os do eixo que busca soluções técnicas imediatas. “Em relação a muitos desafios, acreditamos que as soluções técnicas produzirão apenas resultados paliativos, porque não decodificam, os verdadeiros problemas” (p.92).

A ideia inicial da presente pesquisa se configurou a partir das observações em nossa prática docente da grande demanda por atendimento psicoterapêutico e medicamentoso devido a queixas de depressão, nos serviços públicos de saúde.

Nossa problemática se insere na ampla discussão sobre a questão da depressão na contemporaneidade. Pesquisas epidemiológicas indicam um aumento significativo dessa forma de adoecimento nas últimas décadas, o que traz um forte impacto sobre a saúde pública mundial.

Consideramos a alta prevalência da depressão nos dias atuais não como algo simplesmente inscrito na ordem da natureza, fruto de disfunções da fisiologia do cérebro ou de fatores genéticos, mas como reflexo de um modo de organização da própria sociedade contemporânea. O contexto sociocultural sustenta determinados modos de subjetivação, proporcionando também tal cenário de adoecimento[2].

A presente pesquisa tem como objetivo: investigar o modo de produção dos sintomas depressivos em mulheres, a partir da configuração de seu contexto social, história de vida e vínculos interpessoais. Para tanto, nos utilizamos do referencial teórico da Psicanálise que toma o sujeito como sujeito do grupo, tal como formulada por René Kaës.

---

[2] Abordaremos tal questão mais adiante.

Estamos caminhando aqui na interface entre Psicologia Social e Psicanálise, ao tomarmos como objeto formas de subjetivação e de produção de sofrimento psíquico a partir não só das vicissitudes de uma história individual, mas também de suas condições históricas e sociais (Fernandes, 2005).

Entrevistamos seis mulheres usuárias da rede pública de saúde, que apresentam diagnóstico ou sintomas daquilo que na psiquiatria é denominado como depressão.

Tendo em vista que o discurso médico psiquiátrico se constitui como saber hegemônico na avaliação e determinação do diagnóstico da depressão, nos utilizamos dos critérios do CID-10[3] para a seleção das mulheres entrevistadas. Tal recorte se justifica a partir da tentativa de se avançar na compreensão desses casos tão frequentemente encontrados nos serviços de saúde pública, a partir de uma articulação com seu campo grupal e social. Buscamos assim, analisar aquilo que está para além das denominações psiquiátricas, resgatando questões subjetivas constituídas a partir de uma rede de vínculos.

Na construção deste trabalho, iniciamos nosso percurso abordando a questão de depressão trazendo dados epidemiológicos e as controvérsias dessa categoria diagnóstica. Discutiremos também o trabalho de autores que articulam a questão da depressão ao contexto da sociedade contemporânea.

A seguir, avançando na apresentação do pano de fundo na qual se insere nossa problemática de pesquisa, abordamos tal temática a partir da Psicanálise.

Tendo em vista nosso interesse em investigar a questão da depressão em mulheres, é importante discutir o campo do feminino e da identidade da mulher consolidado ao longo de séculos numa cultura patriarcal. Considerando a abordagem que referencia esta pesquisa, apresentaremos também a discussão sobre a mulher e a feminilidade no campo da Psicanálise.

Passamos à apresentação do marco teórico conceitual da psicanálise do sujeito como sujeito do grupo que norteará nosso método de pesquisa e, por fim, apresentamos a análise das entrevistas e considerações finais.

[3] Para maiores esclarecimentos, incluímos nos anexos o trecho do CID10 referente aos episódios e transtornos depressivos.

2. A depressão

A depressão tem despontado como uma doença de alta prevalência na população mundial, movimentando grandes recursos na indústria farmacêutica, ocupando os espaços terapêuticos, alimentando todo um campo de pesquisas em diferentes áreas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde de 2002, 154 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão. Ela é a quarta maior causa de adoecimento da população mundial, atingindo 13 a 20% das pessoas e é responsável por 13% das incapacitações (WHO, 2006; Lopez & Murray, 1998, apud Andrade, Viana e Silveira, 2006). Estima-se que, em 2020, ela seja a segunda maior causa de morbidade. No Brasil, a depressão atinge aproximadamente 12% da população (Mari, Jorge e Kohn, 2007).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em pesquisa realizada entre os anos de 2003 e 2007, indica que houve um aumento de 42% nas vendas de antidepressivos. Eles ocupam o quarto lugar na lista de categorias de medicamentos mais vendidos no Brasil e movimentam anualmente o montante de 320 milhões de dólares (Guimarães, 2008; Martinez, 2007).

No que diz respeito à distribuição da doença, ela afeta mais as mulheres do que os homens, numa proporção de 2 para 1. Lima (1999) ao analisar quatro pesquisas epidemiológicas de âmbito nacional e internacional aponta que o sexo não é um fator de risco por si só. Outros fatores associados ao ambiente e suporte social aumentariam o risco de um adoecimento. Diversas teorias têm sido exploradas para justificar a diferença de prevalência da depressão entre os sexos: diferenças biológicas (hormonais), influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação relacionado ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, diferenças de gênero no modo de se lidar com os problemas e buscar soluções. Como fatores de risco, pesquisas indicam o histórico familiar, adversidades vividas na infância, exposição a eventos estressantes e isolamento social. Há também as pesquisas genéticas que buscam associar o adoecimento a fatores hereditários (Andrade et al., 2006).

Nos serviços de saúde, a demanda de pessoas com sintomas depressivos é muito grande, em vários casos ela vem associada a queixas somáticas. Em pesquisa realizada por Spink (2006) com psicólogos que atuam na rede de saúde pública no Brasil, a demanda mais mencionada pelos profissionais foi de queixas depressivas, seguida por ansiedade e angústia. Tal questão tem sido pesquisada por diversos autores, abordando diversas faces do fenômeno: estudos epidemiológicos, medicamentosos, sobre fatores de risco e a compreensão da vivência subjetiva da doença (Romeiro, Fraga e Barreiro, 2003; Moreno, Moreno e Soares, 1999; Fleck et al., 2002; Lara, Acevedo e Berenzon, 2004; Szwarcwald, Bastos e Esteves, 2005; Vieira, 2005).

Os dados epidemiológicos são de grande valia para se pensar a questão da saúde mental e orientar o planejamento das ações em saúde. No entanto, deveriam problematizar em sua análise tanto os modelos que definem os sinais identificadores da doença, quanto os indicadores das mudanças das relações sociais num determinado momento histórico (Fernandes, 2005).

Apesar das discussões no campo da Saúde Mental sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e sobre a importância de medidas comunitárias no sentido da promoção da saúde, a saída medicamentosa tem sido a principal resposta ao problema da depressão. Na vertente hegemônica corrente, temos um grande peso do discurso biologicista, com o intenso uso de fármacos e pesados investimentos financeiros no desenvolvimento de novas medicações. Há uma ênfase sobre soluções técnicas: a criação de antidepressivos mais eficientes, a busca pelos determinantes genéticos do transtorno ou pela abordagem psicoterapêutica mais eficaz.

Segue uma explicação sobre a causa da depressão que consta de um site da internet. Inserimos este trecho, na medida em que ilustra certa vertente biologizante da visão sobre a depressão.

> *Causa da Depressão*
>
> A causa exata da depressão permanece desconhecida. A explicação mais provavelmente correta é o desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Esta afirmação baseia-se na comprovada eficácia dos antidepressivos. O fato de ser um desequilíbrio bioquímico não exclui tratamentos não farmacológicos. O uso continuado da palavra pode levar a pessoa a obter uma compensação bioquímica. Apesar disso nunca ter sido provado, o contrário também nunca foi.

> Eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra-se relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. Contudo tais eventos não podem ser responsabilizados pela manutenção da depressão. Na prática a maioria das pessoas que sofre um revés se recupera com o tempo. Se os reveses da vida causassem depressão todas as pessoas a eles submetidos estariam deprimidas e não é isto o que se observa. Os eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis. Exemplos de eventos estressantes são perda de pessoa querida, perda de emprego, mudança de habitação contra vontade, doença grave, pequenas contrariedades não são consideradas como eventos fortes o suficiente para desencadear depressão. O que torna as pessoas vulneráveis ainda é objeto de estudos. A influência genética como em toda medicina é muito estudada. Trabalhos recentes mostram que mais do que a influência genética, o ambiente durante a infância pode predispor mais as pessoas. O fator genético é fundamental uma vez que os gêmeos idênticos ficam mais deprimidos do que os gêmeos não idênticos. (http://www.psicosite.com.br/tra/hum/depressao.htm)

Tal vertente biologizante nos remente à discussão de Roudinesco (2000) sobre a sociedade depressiva, na qual o homem doente é dominado por um sistema biopolítico que regula seus pensamentos como um grande feiticeiro. Desse modo, o sujeito não seria responsável por coisa alguma em sua vida, nem teria o direito de imaginar que sua morte seria um ato decorrente de sua consciência ou de seu inconsciente.

> Recentemente, por exemplo, na ausência da mais ínfima prova e a despeito de vivos protestos de inúmeros psiquiatras, um pesquisador norte-americano teve a pretensão de afirmar que a causa *exclusiva* do suicídio residiria não numa decisão subjetiva, numa passagem ao ato ou no contexto histórico, mas numa produção anormal de serotonina. Com isso se eliminaria, em nome de uma pura lógica químico-biológica o caráter trágico de um ato intrinsecamente humano. (Roudinesco, 2000, p.42)

O que causa certa estranheza no discurso biologizante sobre a depressão é buscar a causa da mesma na fisiologia do cérebro, mais especificamente no desequilíbrio da transmissão de determinados neurotransmissores. Nesse contexto, as dificuldades da vida ficam num segundo plano, gerando uma linha discursiva na qual a ideia de vulnerabilidade (Czersnira & Freitas, 2003) se confunde com a concepção de risco em seu caráter ideológico, ao focar sobre o indivíduo a análise do processo de

adoecimento (Castel, 1987; Ayres, 2002). A partir dessa linha de raciocínio, poderíamos então dizer que 13% a 20% da população mundial teria essa predisposição e vulnerabilidade.

Há uma especificidade na questão do campo da saúde mental. Se fossemos pensar em qualquer tipo de adoecimento físico que tivesse tal prevalência, é muito provável que, no campo da saúde pública, além de fatores biológicos do sujeito já se estaria pensando em termos de condições externas ao mesmo e que levam a tal tipo de adoecimento.

No caso da saúde mental, as pesquisas centram-se mais fortemente sobre o sujeito e seu grupo social primário. Os eventos estressores existem, mas os mais significativos são aqueles que ocorrem na infância. Sem querer menosprezar o peso da família e das vivências da infância do sujeito, o que observamos é que, nesses estudos, não se considera o próprio modo de organização social.

A alta prevalência da depressão na atualidade, dentre outras coisas, coloca a questão dos critérios diagnósticos: até que ponto tal aumento não se dá também pelo alargamento daquilo que se encaixaria sob o nome de depressão?

Segundo Kehl (2009), alguns elementos podem estar a falsear esses números. As novas estratégias dos laboratórios farmacêuticos vão além da divulgação dos remédios e enfatizam *novos critérios diagnósticos* das depressões. Tal método inclui um crescente número de manifestações de irritabilidade, tristeza e luto, bem como outras expressões de conflitos subjetivos que podem caracterizar um quadro de depressão.

> A longa lista de sintomas de depressão divulgada em um folheto do laboratório Wyeth, por exemplo, inclui tristeza, ansiedade, irritabilidade, medo, insegurança, indecisão, falta de prazer, fadiga, redução da auto-estima e da capacidade de concentração, visão pessimista do futuro, sono e apetite perturbados, queixas físicas variadas, diminuição do apetite sexual, além de, evidentemente, desejos suicidas. (...) Outro *folder*, do Libbs, depois de listar mais ou menos a mesma série de sintomas, dedica algumas linhas às 'causas da depressão': hereditariedade, 'vulnerabilidade biológica' e alterações químicas nos neurotransmissores indicam que a depressão situa-se entre as doenças do corpo a serem curadas com medicamentos. Mas 'fatores ambientais' e diversos incidentes tristes da vida também participam da lista. (Kehl, 2009, p.54)

Esses novos critérios diagnósticos não são de conhecimento apenas da categoria médica. Hoje as pessoas podem praticamente se auto-diagnosticar a partir do

reconhecimento de sintomas em artigos em revistas da mídia corrente ou sites da internet.

Caponi (2009), a partir do âmbito epistemológico, vai discutir a questão do diagnóstico da depressão, de como esse conceito se define, valida e se legitima a partir da psiquiatria contemporânea e do desenvolvimento dos antidepressivos.

A autora resgata uma citação de Nietzsche utilizada por Ian Hacking, que afirma que o nome que damos às coisas é mais importante do que aquilo que ela é. Ao se pensar no ser humano, o modo como o qualificamos e classificamos têm efeitos sobre seu processo de subjetivação.

> Sabemos que el nombre que damos a los grupos humanos tiene, a diferencia del nombre que damos a las agrupaciones de cosas, efectos sobre los sujetos clasificados. Cuando clasificamos personas, cuando les atribuimos un diagnóstico, inevitablemente habrá consecuencias para esos sujetos, sean ellas previsibles o imprevisibles. Esto significa que, crear clasificaciones, definir "tipos de gente", implica necesariamente crear una relación interactiva. (Caponi, 2009, p.328)

Segundo esta autora, para que a depressão se tornasse uma epidemia neste século, se fez necessária a criação de uma rede de interação entre sujeitos com sofrimentos e frustrações cotidianas, e um aparato médico e estatístico cada vez mais avançado de classificação de sintomas e de localização cerebral.

Ao discutir os critérios do CID10 para se diagnosticar uma pessoa como deprimida (a manifestação de certos sintomas por um período maior do que duas semanas), Caponi (2009) aponta que os mesmos não consideram as causas da doença – sua etiologia – e se reduzem à descrição e enumeração de sintomas. Por outro lado, as pesquisas referentes à depressão apontam para tantas e inumeráveis situações de vida que coloca boa parte da população em risco de sofrer tal doença.

Ao se ater à descrição de sintomas, o DSM IV e CID10 ignoram o contexto e a história de vida dos sujeitos, patologizando e medicalizando comportamentos que fazem parte da vida.

> Si respondemos a nuestros sufrimientos, sea aislamiento social; desempleo; falta de reconocimiento profesional; asedio moral en el trabajo; transporte público precario o inexistente; abandono; etc., sin alteraciones de humor, sin sentimiento de frustración, sin alteraciones de apetito o sueño entonces ingresaremos al selecto círculo de los "normales". Si por el contrario, demostramos fatiga y desgano, sentimientos de irritación y frustración, alteraciones en el sueño o el apetito (por

un período mayor de dos semanas) en situaciones semejantes, seremos diagnosticados como depresivos. (Caponi, 2009, p.332)

Na depressão, são os comportamentos socialmente desejáveis que definem aquilo que é norma daquilo que é patológico. Se um sujeito não apresenta cinco sobre nove das condutas e sentimentos característicos da doença num período de nove semanas ele pode ser caracterizado dentro da faixa dos normais, estabelecida pela *American Psychiatric Association.* A freqüência de sintomas define aquilo que é normal e aquilo que é patológico, o que é saúde ou doença.

A autora aponta uma fragilidade epistemológica da categoría classificatória de depressão, tendo em vista que há uma variedade praticamente infinita de correlações que podem ser associadas a tal diagnóstico. Isso acaba por constituir uma classificação ambígua de capacidade preditiva ilimitada.

A construção de explicações etiológicas que colocam a disfunção de certos neurotransmissores como a causa da enfermidade reaproxima a psiquiatria das outras áreas da medicina ao encontrar para a depressão uma sede no corpo e a causa num aspecto biológico. O desenvolvimento dos antidepressivos contribuiu muito para essa construção, eles sustentam a ideia de que as patologias mentais em geral podem ser totalmente explicadas por estudos anatomapatológicos, a partir de uma lógica localizacionista.

Coser (2003), também questiona a dita epidemia de depressão. Ele tece críticas ao modo como a depressão vem sendo diagnosticada na atualidade, discutindo as mudanças ocorridas no campo da psiquiatria nas últimas três décadas.

O autor questiona a crescente ênfase em estudos quantitativos em detrimento da análise clínica. As peculiaridades metodológicas introduzidas pelos estudos quantitativos produzem alterações importantes no campo da psiquiatria como, por exemplo, a necessidade de se homogeneizar critérios diagnósticos para se poder comparar populações. Nesse contexto, temos o desenvolvimento de técnicas de screening, o diagnóstico através de entrevistas estruturadas ou escalas diagnósticas e questionário para quantificação de queixas. Tais instrumentos participam da profunda modificação no campo epistêmico da psiquiatria nas últimas décadas.

Nesse contexto há uma inversão, onde é o instrumento de medida e não a observação clínica e formulação de hipóteses que define o que é ou não doença. A partir dessa transformação, os fenômenos clínicos são reduzidos a seu caráter de pura queixa

que serve a um sistema de pontuação numa escala que, por sua vez, deduz a presença e magnitude do estado depressivo no paciente.

Desse modo, a psiquiatria pós-1960 e principalmente pós-1980, no afã de se dar um caráter objetivo e científico a seu campo de conhecimento, acaba por construir uma clínica sem subjetividade. “Se for verdade que a ciência supõe que desta se faça abstração, também é verdade que toda atividade clínica presume existir um ‘sujeito suposto sofrer’, de quem partiria uma demanda de cura” (Coser, 2003, p.22).

Como Caponi, este autor vai apontar a inversão ocorrida ao se tomar a terapêutica (prescrição do antidepressivo) como elemento definidor da patologia. Dentro dessa lógica, o fármaco é tomado como eixo organizador da doença, a causa da depressão seria então um efeito das substâncias que ele visa controlar. A medicação passa a ser um elemento fundamental para a definição do diagnóstico, nesse sentido, a classificação dessa doença pode ser aplicada a tudo o que melhora com o uso de antidepressivos. A redução do sofrimento do sujeito à fisiologia cerebral que pode ser modificada pela prescrição de medicamentos psicotrópicos propicia o apagamento da subjetividade e da psique.

A partir da discussão apresentada anteriormente, observamos que o diagnóstico depressão é cercado de controvérsias, ele dá sentido e respostas a um conjunto de vivências humanas, propiciando também processos de subjetivação. Como apontado anteriormente, as classificações, uma vez integradas à existência do sujeito, afetam o modo como ele e os outros o veem. Nossa sociedade construiu um modo medicalizado de administrar as angústias e fracassos. Através do saber científico o sofrimento e mal estar podem ser administrados (Valerim, 2007, apud Caponi, 2009).

A classificação da depressão contribui com um movimento de patologização dos sofrimentos humanos. Isso tem sido uma tendência no campo da psiquiatria. Observamos esse processo também com as atuais discussões acerca dos transtornos mentais comuns.

Segundo Santos (2002, apud Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes e César, 2006), Transtorno Mental Comum (TMC) se refere a indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV ou CID-10, mas que, no entanto, apresentam sintomas significativos que acarretam em uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros de adoecimento já bem estabelecidos.

Em pesquisa realizada numa população atendida pelo PSF no município de São Paulo, a prevalência de casos suspeitos de TMC na amostra analisada foi de 24,95% (Maragno et al., 2006). Segundo Lima et al. (2008) e Maragno et al. (2006) o TMC mostra-se associado mais frequentemente: ao sexo feminino, aos indivíduos de maior idade, à baixa escolaridade, à menor renda per capita. Ainda segundo Lima et al. (2008), distúrbios não-psicóticos compõem 90% das manifestações psiquiátricas, principalmente depressão e ansiedade, incluindo sintomas como fadiga, irritabilidade, insônia, dificuldade de memória e concentração, e queixas somáticas.

Novamente observamos uma terminologia que corre o risco de patologizar reações normais diante do contexto de vida atual, como sintomas a serem tratado.

O modo como a depressão tem sido abordada acaba por privilegiar um modo de sofrer no qual a palavra e o diálogo, que definem a condição humana, ficam subordinados ao uso de medicamentos. Isso produz sujeitos que devem administrar suas dores de um modo solitário e silencioso.

Segundo Kehl (2009, p.219):

> A expectativa psiquiátrica é de que o apaziguamento do conflito seja a chave para garantir a manutenção da propalada 'auto-estima': um indivíduo apaziguado é um indivíduo de acordo consigo mesmo, supostamente não dividido, mais *inteiro*. Em uma sociedade em que as pessoas circulam como mercadorias em oferta, um indivíduo 'inteiro' não valeria muito mais do que um sujeito dividido e conflituado?

A questão da depressão está intrinsecamente articulada com o contexto da sociedade contemporânea. Atualmente, observamos um momento histórico no qual o espetáculo e o culto ao eu ganham cada vez mais importância na construção dos laços sociais. Nesse sentido, o olhar do outro no campo social e midiático passa a ocupar uma posição estratégica na economia psíquica do sujeito. Joel Birmam (2001a), ao analisar o mal estar na contemporaneidade, vai apontar um aspecto perverso da sociedade atual, que acaba por se inscrever no próprio campo da subjetividade.

> Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Este é o trágico cenário para a implosão e explosão da violência que marcam a atualidade. (Birman, 2001a, p.24)

Em nossa sociedade, há uma crescente valorização da performance, da imagem e da admiração que se provoca perante o outro. A radicalização dessas estratégias leva

ao estabelecimento de relações predatórias entre as pessoas que acabam por reproduzir em pequena escala a competitividade entre as grandes empresas e incorporações.

Nessa situação, a ação do sujeito volta-se para a sedução do outro que se torna objeto de uso e enaltecimento do eu. Valoriza-se assim, os carreiristas e oportunistas que sabem capturar e manipular a atenção, independente de seus valores. O sujeito torna-se máscara, imagem, perdendo em interioridade, densidade e profundidade. O campo simbólico, o registro metafórico e a linguagem se empobrecem. Em última instância, o caráter intermediário do pensamento e da reflexão encontra-se fragilizado.

Numa sociedade marcada fortemente pelo discurso do neoliberalismo e da globalização da economia, a competitividade e o consumo se articulam, tornando-se fontes de novas formas de totalitarismos e exclusões (Santos, 2002). Nesse contexto, no qual tudo pode se tornar objeto de consumo e, portanto descartável após seu uso, as próprias pessoas podem se tornar obsoletas instantaneamente. Desse modo, as bases de apoio psíquico do sujeito encontram-se constantemente ameaçadas, abrindo lugar para o desamparo.

Neves (1997) ao analisar os modos de subjetivação, a partir daquilo que Deleuze (1992) denomina como *sociedade de controle*, aponta que ao mesmo tempo em que o sujeito sofre desterritorializações contínuas, ele também passa por um processo de homogeneização e serialização: ele deve consumir os objetos da moda, ser competente, continuamente capacitado e bem sucedido. O sujeito é jogado a todo o momento no campo da falta e da incerteza, correndo sempre o risco iminente da desqualificação e da segregação.

Segundo Fernandes (1999b, p.44):

> Os efeitos de subjetivação estão aí a se expressar: a ansiedade de não se estar à altura, de enganar-se, de não ser bem sucedido, de não ser suficientemente criativo, de não conhecer o que se faz etc. O mundo dos vencedores torna-se o mundo da exclusão: quem tem emprego teme perde-lo; quem não o tem já está excluído. (...) Assim, espera-se a constituição de indivíduos a um só tempo, conformados, adaptáveis e inovadores. Indivíduos teoricamente autônomos, mas na verdade heterônomos.

Avançando na discussão sobre os processos de subjetivação na contemporaneidade, à medida que as normas, ideais e o campo das identificações se alteram ao longo da história, as próprias exigências do superego e as representações submetidas ao recalque secundário são afetadas. Isso gera mudanças nas soluções de

compromisso e dos sintomas que buscam dar conta tanto da interdição quanto do desejo recalcado. Desse modo, pode-se afirmar que a relação consciente/inconsciente sofre modificações ao longo das transformações socioculturais (Kehl, 1996).

Isso pode ser observado através das mudanças no campo da psicopatologia ocorridas desde a época de Freud até os dias atuais. Birman (2001a) aponta a depressão e a síndrome do pânico, além das toxicomanias e compulsões em geral, como elementos de maior investimento atualmente no campo da psiquiatria e da farmacologia.

Segundo tal autor, numa cultura marcada pela exaltação do eu e pela extrema competitividade, aqueles que se encontram sob o título da depressão e síndrome do pânico, são aqueles que não se adaptam a tal sociedade. O pânico perante a exposição pública, ou a interiorização excessiva do deprimido não têm valor de troca no mercado subjetivo contemporâneo.

Kehl (2009) vai analisar o aumento das depressões na atualidade como um sintoma social[4]. Ela apresenta a hipótese de que tal modo de adoecimento é um sinalizador do mal estar da civilização. Como a histeria no final do século XIX, a expansão da depressão vai de encontro ao conjunto de representações que organiza a vida dos sujeitos, interrogando as condições atuais do laço social.

Para analisar o aumento epidêmico dos casos depressão como um sintoma social, a autora vai abordar alguns aspectos da vida coletiva que estariam na base desse fenômeno: o aumento da velocidade na regulação social do tempo, a fragilidade das referências identificatórias, a valorização dos imperativos do gozo ao invés das interdições tradicionais, a perda do valor da experiência.

Segundo Kehl (2009, p.22):

> A depressão é a expressão de mal-estar que *faz água* e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia *prêt-à-porter*, da saúde, do exibicionismo e, como já se tornou chavão, do consumo generalizado. A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI. Por isso mesmo, os depressivos, além de se sentirem na contramão de seu tempo, vêem sua solidão agravar-se em função do desprestígio social de sua tristeza. Se o tédio, o *spleen*, o luto e outras formas de abatimento são malvistos

[4] Por sintoma social, a autora compreende o sintoma ou estrutura clínica que ao desafinar de uma certa normatividade social acaba por denunciar as próprias contradições do discurso do Mestre.

no mundo atual, os depressivos correm o risco de ser discriminados como doentes contagiosos, portadores da má notícia da qual ninguém quer saber.

Na sociedade contemporânea, a incessante oferta de imagens que caracteriza a indústria do espetáculo vai positivar a face imaginária do Outro. Apesar da imensa variedade de imagens oferecidas à identificação do sujeito, o enunciado que elas veiculam é praticamente idêntico. O que o Outro exige do sujeito contemporâneo é que ele sempre goze mais e muito (Kehl, 2009).

A valorização dos imperativos de gozo em detrimento da renúncia que caracterizava as formações superegóicas da era freudiana, não vai implicar a destituição do *supereu* como representante psíquico da Lei e nem representa o afrouxamento de suas exigências. O sujeito não se encontra livre das obrigações superegóicas. Ao contrário, sendo impossível se cumprir os imperativos do gozo, as condições da culpa neurótica em relação ao superego tornam-se mais impagáveis ainda.

> O sujeito culpado não leva em conta, porque não sabe disso, a impossibilidade de responder ao gozo ao qual é convidado ou, do ponto de vista do *supereu*, lhe é exigido. O sentimento de insuficiência, o medo de perder o amor dessa instância que representa, no psiquismo, a esperança de recuperar a fatia de narcisismo e a porção de gozo perdidas torna os neuróticos candidatos à depressão. (Kehl, 2009, p.94)

Ehrenberg (2000, apud Kehl, 2009) vai considerar o aumento das depressões como decorrência de uma crise identitária desencadeada a partir da segunda metade do século XX no Ocidente. Para tal autor, nesse período ocorreram mudanças significativas nas formas de subjetivação: os sentimentos de insuficiência do sujeito perante os novos mandatos de liberdade e emancipação prevalecem diante culpa com relação às proibições do superego. A depressão se inscreve aí como uma doença do déficit.

> O ‘homem soberano’ contemporâneo não reconhece nenhuma referência acima dele para orientar suas identificações, já que ele se pretende o único ‘proprietário de si mesmo’. Ser idêntico a si mesmo tornou-se um imperativo central na vida contemporânea; as identificações com os ideais paternos recuaram diante das ambições identitárias. A depressão resultaria da derrota dessa empreitada, sinalizaria o cansaço extremo diante dos compromissos de autenticidade, ousadia e originalidade que substituíram, no estágio avançado das sociedades capitalistas, os imperativos da moral do trabalho, da renúncia e da adequação às normas. (Kehl, 2009, p.214)

Tendo em vista todo o cenário apresentado acima, consideramos que o estudo sobre os fatores grupais e sociais implicados no processo de adoecimento psíquico se configura como um campo importante, no sentido da necessidade de um esforço de compreensão que supere uma dimensão estritamente técnica e se insira num âmbito de problematização mais amplo.

Apesar dos antagonismos vigentes nas discussões no campo da saúde mental, gostaríamos de evitar cair num discurso maniqueísta de demonização da medicalização do sofrimento e da indústria farmacêutica. Ainda que as discussões no âmbito da saúde reforcem a ideia da integralidade das ações e importância do trabalho multidisciplinar, observamos nos serviços uma forte recorrência ao profissional médico (e à medicação) tanto por parte da população quanto dos outros colegas de equipe. Assim, consideramos que mais do que atacar tal posicionamento é preciso compreender as bases desse fenômeno.

Os antidepressivos não são a pílula da felicidade e não melhoram o humor de uma pessoa que está já está se sentindo bem. Eles vão minimizar os efeitos de sintomas depressivos (desânimo, irritabilidade, labilidade de humor etc) nas pessoas que os apresentam, bem como agem no controle de sintomas de vários outros tipos de transtornos mentais (transtorno de pânico, TOC, transtornos alimentares etc). Para além da facilidade de acesso à medicação e das problemáticas acerca da precisão diagnóstica do termo depressão, não há como negar um certo modo de sofrimento que se manifesta através desse fenômeno.

O discurso “contra medicalização”, por sua vez, pode correr o risco de deslegitimar e ignorar o sofrimento real que a pessoa vive, bem como a necessidade de analgésicos e todos seus derivados que a vida cotidiana têm exigido cada vez, para que o sujeito continue de algum modo seguindo sua vida de um modo funcional. O antidepressivo e o ansiolítico são efetivamente respostas a algo que sofre.

Além disso, não se pode ignorar a precariedade de condições de trabalho colocadas ao profissional de saúde que de algum modo precisa dar uma resposta à demanda que bate à sua porta. Se alguns autores apresentados criticam a função de apaziguamento das medicações e a fuga do sujeito com relação a seus conflitos, é também certo que os espaços de elaboração representados pela psicoterapia e pela psicanálise estão longe de ser algo acessível para a maioria da população tanto no atendimento público quanto privado.

Na presente pesquisa, não pretendemos e nem temos a mínima condição de fazer análises sociais de porte ou qualquer grande tese sobre a depressão nos dias de hoje. Pretendemos sim, olhar, no relato pelas mulheres entrevistadas, aquela tessitura cotidiana que ao longo dos anos vai produzindo existências e que em determinado momento se expressa através de sintomas ou episódios depressivos.

Para seguirmos na construção do campo teórico no qual se insere a presente pesquisa, passamos agora à apresentação da temática da depressão na Psicanálise.

3. Depressão, melancolia e angústia a partir da compreensão psicanalítica

No presente capítulo, vamos traçar uma apresentação sobre a depressão, a melancolia e a angústia a partir da vertente psicanalítica. Há uma contraposição da Psicanálise com relação à Psiquiatria ao criticar o fato desta tomar como doença aquilo que de fato seria um sintoma (Almeida e Moura, 1997; Delouya, 2001). A psiquiatria "descreve sintomas e os diagnostica como doença, medica sintoma e faz 'acreditar' que está a curar doença. Com outras palavras, o psiquiatra confunde sinal com sintoma, sintoma com signo, signo com significado e significado com significação" (Safouan, 1989, p.16).

Segundo Delouya (2001), no caso da depressão, a psiquiatria perde de vista seu aspecto psíquico que, como dito anteriormente, tem sua importância diminuída para a investigação biológica encarregada de compreender os supostos desvios dos mecanismos bioquímicos cerebrais. Presencia-se atualmente uma espécie de conluio entre a descrição psiquiátrica e a queixa do deprimido. A impossibilidade desta para se abrir aos cenários e fantasmas, e à significação do que se passa no sujeito, acaba por fixá-lo em um queixume contínuo sobre suas disfunções: não posso, não consigo. A demanda torna-se demanda por um remédio que o alivie dessa situação. Ao não se considerar a dimensão psíquica do fenômeno depressivo, cristaliza-se sua ligação com a nosografia e farmacologia psiquiátrica.

Se a depressão se configura como um sintoma que surge em diferentes quadros clínicos, é importante inicialmente compreendermos o significado desta no campo da Psicanálise. Segundo Almeida (1997), todo afeto depressivo representa uma retração da libido. As diferentes formas de retração, desligamento, recalque, separação e luto estão na base da variabilidade dos sintomas clínicos provenientes desse afeto.

Para Freud, os sintomas são atos prejudiciais ou inúteis à vida da pessoa que se queixa deles como coisas indesejadas e causadoras de sofrimento e desprazer. Seu

principal aspecto é o dispêndio mental que geram, bem como o dispêndio associado à luta do sujeito contra os mesmos. Isso pode gerar um significativo empobrecimento da energia mental do indivíduo e na paralisação desta nas tarefas importantes da vida (Freud, 1916-1917/1996).

O sintoma neurótico surge a partir de um conflito, como um modo de satisfazer a libido, marcando um acordo entre forças antagônicas. Segundo Freud, o sintoma seria o sinal e o substituto de uma satisfação pulsional não realizada, sendo uma conseqüência do processo de repressão. Esta se processa a partir do ego, quando por ordem do superego, recusa-se a se associar a um investimento instintual exigido pelo id.

O impulso reprimido pode ter diferentes destinos: ser deslocado para outro objeto, mantendo suas características; ser deslocado transformando-se em seu oposto ou transformando-se em seu oposto sem sofrer o processo de deslocamento (Freud, 1926 [1925] /1996).

Ao não poder ser satisfeita, a libido toma o caminho da regressão voltando a um ponto de fixação na trajetória de desenvolvimento do sujeito. Estamos falando aí da escolha de objeto que envolve os primeiros estádios de desenvolvimento da libido, numa etapa que remete a um modo de organização autoerótico.

Desse modo, a ela busca a satisfação seja através de organizações que já haviam sido deixadas para trás, seja através de objetos anteriormente abandonados. “o escape da libido, em condições de conflito, se torna possível pela presença de fixações. A catexia regressiva dessas fixações consegue contornar a repressão e leva à descarga (ou satisfação) da libido, sujeita às condições de um acordo a serem observadas” (Freud, 1916-1917/1996, p. 421).

No sintoma, a libido é retirada do ego e vai ser investida em outras representações.

> As idéias, às quais agora transfere sua energia em forma de catexia, pertencem ao sistema do inconsciente e estão sujeitas aos processos que ali são possíveis, sobretudo condensação e deslocamento. (...) aquilo que representa a libido no inconsciente tem de contar com a força do ego pré-consciente. A oposição formada contra ela no ego persegue-a como se fora uma ‘anticatexia’ e compele-a a escolher uma forma de expressão da própria oposição. Assim, o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua. (Freud, 1916-1917/1996, p. 420)

Freud aponta que o modo da libido encontrar o caminho de acesso aos pontos de fixação se dá através das fantasias. Os objetos e tendências encontradas no desenvolvimento psíquico do sujeito não foram inteiramente abandonados pela libido. Eles, ou seus derivados, são mantidos com alguma intensidade através das fantasias. Desse modo, no processo de regressão, a libido se retira para as fantasias, encontrando o caminho para as fixações reprimidas. As fantasias, inicialmente pré-conscientes ou inconscientes, ficam sujeitas à repressão por parte do ego e à atração por parte do inconsciente. A libido, partindo do que agora são fantasias inconscientes, movimenta-se até a origem dessas fantasias e a seus próprios pontos de fixação (Freud, 1916-1917/1996).

O sintoma, ao ser o substituto e derivativo do impulso reprimido, mantém a exigência de satisfação e obriga o ego a dar o sinal de desprazer e colocar-se em posição de defesa.

O ego se adapta ao sintoma, assim como normalmente o faz com relação às exigências do mundo externo. Ele se configura como um objeto estranho ao ego, uma formação diferenciada deste. Em sua dinâmica, o sintoma passa a ser representante de interesses importantes: ele é útil à afirmação da posição do eu (self) e se associa cada vez mais estreitamente ao ego, de modo a tornar-se indispensável a ele (Freud, 1926 [1925] /1996).

Freud, em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926 [1925] /1996), traça uma relação entre sintomas e ansiedade. Nesse caso os sintomas se formariam como um modo de evitar a ansiedade, eles reúnem a energia psíquica que, em outras circunstâncias, seria descarregada como ansiedade. Desse modo, o sintoma se forma como modo do ego se livrar da situação de perigo que remete ao desamparo.

A ansiedade coloca em movimento a geração de sintomas, sendo um requisito prévio desta. Através da ansiedade e do sintoma, é possível encerrar a situação de perigo vivida a partir das exigências de satisfação vindas do id.

Nas queixas clínicas, muitas vezes a ansiedade e a depressão vêm associadas. É importante aqui diferenciá-las.

Segundo Freud, a ansiedade é um estado afetivo que resulta de um perigo ou da ameaça de uma situação de perigo.

> Ela é remediada pelo ego que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Pode-se dizer que se criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade. Mas isto não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdadeiro

> dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade. (Freud, 1926 [1925]/1996, p.128)

A ansiedade envolve: um caráter específico de desprazer; atos de descarga e a percepção desses atos. Desse modo, ela se diferencia de outros estados de desprazer como a dor e o luto (Freud, 1926 [1925] /1996).

Ao longo de sua obra, Freud irá desenvolver duas teorias distintas sobre a angústia. Inicialmente, ele irá pensar a angústia como algo que decorre do processo de recalque. A angústia seria então a transformação da libido submetida à repressão, ela se deriva da libido não utilizada: "na repressão o representante instintual é distorcido, deslocado, e assim por diante, enquanto a libido que pertence ao impulso sexual é transformada em ansiedade. (Freud, 1926 [1925] /1996, p.111).

Nesse caso, a ansiedade pode substituir qualquer impulso cujo conteúdo ideativo vinculado a ele estiver sujeito à repressão. Desse modo, no curso normal dos acontecimentos, o afeto ligado à ideia reprimida é transformado em ansiedade.

O processo de repressão pode desembocar em: geração de angústia pura e simples; angústia associada à formação de um sintoma ou formação de sintoma sem existência de ansiedade (Freud, 1917 [1916-17] /1996). O recalque estaria então na base do processo de produção de angústia, funcionando como uma tentativa de fuga com relação ao conflito. Através do recalque, a excitação acumulada (ou libido) seria transformada diretamente em ansiedade.

Posteriormente, Freud irá desenvolver uma segunda teoria sobre a angústia. Em *Inibições, sintomas e angústia*, ela será tomada como um sinal de evitação de uma situação de perigo, no caso um perigo interno (instintual) que se caracteriza como uma situação de desamparo.

> Estamos muito inclinados a pensar no ego como impotente contra o id; mas, quando se opõe a um processo instintual no id, ele tem apenas de dar um 'sinal de desprazer' a fim de alcançar seu objetivo com a ajuda daquela instituição quase onipotente, o princípio de prazer. (Freud, 1926 [1925] /1996, p.96)

No caso da segunda teoria sobre a angústia, o autor deixa de lado uma visão eminentemente econômica ao afirmar que a ansiedade não decorre da libido desligada. O fator primário é a ansiedade do ego. É ela que põe em movimento a repressão.

Ao analisar o caso do pequeno Hans e do homem dos lobos, Freud (1909/1996; 1918[1914] /1996) aponta o medo da castração como força motriz do processo de recalque. Isso pode ser observado na neurose obsessiva, na histeria e na fobia.

O autor dá ênfase à angústia de castração, mas também discorre sobre outras modalidades que remetem àquela: a angústia de separação (no caso do bebê e sua mãe) e a angústia social/moral. Esta se dá a partir da despersonalização do agente parental, através da qual a ansiedade de castração se torna ansiedade moral. O desenvolvimento do superego a partir da instância parental introjetada e dos protótipos sociais, torna-se medo de separação e expulsão da horda (Freud, 1926 [1925] /1996).

Em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud irá ainda diferenciar as situações onde a perda remete à ansiedade, ao luto ou à dor.

> o primeiro determinante da ansiedade, que o próprio ego introduz, é perda de percepção do objeto (que é equacionada com a perda do próprio objeto). Ainda não se trata de perda de amor. Posteriormente, a experiência ensina à criança que o objeto pode estar presente mas aborrecido com ela; e então a perda de amor a partir do objeto se torna um novo perigo e muito mais duradouro e determinante de ansiedade. (...) A dor é assim a reação real à perda de objeto, enquanto a ansiedade é a reação ao perigo que essa perda acarreta e, por um deslocamento ulterior, uma reação ao perigo da perda do próprio objeto. (...) Quando há dor física, ocorre um alto grau do que pode ser denominado de catexia narcísica do ponto doloroso. Essa catexia continua a aumentar e tende, por assim dizer, a esvaziar o ego. (...) Conhecemos ainda outra reação emocional à perda de um objeto, que é o luto. Mas não temos mais qualquer dificuldade em explicá-la. O luto ocorre sob a influência do teste de realidade, pois a segunda função exige categoricamente da pessoa desolada que ela própria deva separar-se do objeto, visto que ele não mais existe. Ao luto é confiada a tarefa de efetuar essa retirada do objeto em todas aquelas situações nas quais ele foi o recipiente de elevado grau de catexia (Freud, 1926 [1925] /1996, p.165).

No que diz respeito à angústia e à depressão, elas são encontradas em diferentes quadros clínicos e estão associadas a aspectos muito primitivos do aparelho psíquico, se constituindo como grandes sistemas da matriz defensiva.

Abraham é o primeiro a dar subsídios para a associação entre angústia, depressão e desamparo infantil, associado com o traumatismo. Este autor estabeleceu uma analogia do medo com a angústia, por um lado, e do luto com a depressão, por outro: "*teme-se*, diz ele, a *vinda* de uma desgraça; faz-se *luto* por uma desgraça *já ocorrida*" (Abraham,1924, apud Delouya, 2001, p.39).

Desse modo, podemos dizer que tanto a depressão como a angústia correspondem a uma desgraça, só que a primeira para um perigo futuro e a segunda para algo já ocorrido. “a perda é para a depressão o que o perigo é para a angústia. A depressão é associada ao estado de prostração, ao evento traumático, à calamidade do nascimento, enquanto a angústia vincula-se à reação (defensiva) a este evento” (Delouya, 2001, p.40).

A depressão, diferentemente da angústia, não é a reação ativa à situação de perigo. Ela é a conseqüência, a prostração após o trauma da separação. O desamparo se constitui como seu estado característico. “A dor da depressão é a dor constitutiva da castração, que, em vez de aparecer como angústia, deixa triste o sujeito com a nostalgia do Ideal, saudade do Um que encobria a falta” (Almeida e Moura, 1997, p.13).

Com relação à depressão, este não é um conceito sobre o qual Freud se debruçou mais detidamente, como no caso da angústia. No entanto, o afeto depressivo está presente, tanto quanto a angústia, em todas as formas de neurose e psicose.

Ao longo de sua obra, Freud deteve-se mais sobre a melancolia, caracterizada como uma forma de patologia narcísica. A partir do referencial psicanalítico, não é possível fazer uma sobreposição direta entre depressão e melancolia.

Segundo Delouya (2001), após 1895, Freud irá contemplar a depressão, quase que exclusivamente, em relação ao quadro da melancolia. Esta, por sua vez, após os estudos sobre o narcisismo e a transição entre as duas tópicas, será definida como neurose narcísica. A melancolia, depois da histeria, ocupa um lugar de grande repercussão no contexto da psicanálise pós-freudiana.

Freud, no *Rascunho G* (1892-1899/1996) vai caracterizar a melancolia como uma *inibição psíquica, com empobrecimento pulsional e o respectivo sofrimento*. Em *Luto e Melancolia*, esta vai ser caracterizada como “um estado de ânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição geral das capacidades de realizar tarefas e pela depreciação do sentimento-de-Si” (Freud, 1917 [1915] /1996, p.104).

O afeto correspondente à melancolia é o luto, isto é, o desejo de recuperar algo que foi perdido, nele o mundo torna-se pobre e vazio. No caso da melancolia, a perda diz respeito a uma perda na vida pulsional, nela, diferentemente do luto, é o próprio Eu que se empobrece (Freud, 1892-1899/1996). Se no luto há uma perda do objeto amoroso, na melancolia esse objeto é inconsciente, havendo aí um intenso movimento de depreciação de si.

No *Manuscrito G*, Freud irá analisar a inibição[5] da libido, caracterizando as diferentes formas de melancolia: há o caso onde a produção de excitação sexual somática é suspensa ou diminui – o que caracterizaria a melancolia grave comum, a melancolia cíclica e a melancolia neurastênica; e o caso onde observamos o desvio da tensão sexual do grupo sexual psíquico. Neste caso, a excitação sexual somática, embora não esteja diminuída, é usada em outra parte (na fronteira entre o somático e o psíquico). Esta situação configura a melancolia de angústia, uma forma mista que associa a neurose de angústia e a melancolia (Freud, 1892-1899/1996).

Na melancolia, na medida em que o grupo sexual psíquico enfrenta uma grande perda na quantidade de excitação, ocorre uma retração para dentro na esfera psíquica. Há uma espécie de hemorragia interna, uma ferida aberta que absorve toda a energia de investimento para Si. O eu é esvaziado até seu total empobrecimento.

O melancólico é sempre impedido de se assegurar da presença do objeto e de suas identificações primárias. O fracasso dos investimentos objetais leva à fixação do sujeito no regime narcísico. O luto e a separação, necessários à transposição dessa fase, não puderam ser plenamente alcançados. Como uma forma de neurose narcísica, Freud irá situar a melancolia próxima à esquizofrenia, em oposição às neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva, neurose de angústia).

Nesse encadeamento, o processamento e a elaboração da ambivalência afetiva originária não são alcançados, o que compromete a formação das representações-coisas. Assim, o ódio acaba predominando e é transposto para o eu, tornando-se uma arma no massacre deste pelo supereu (Delouya, 2001).

A melancolia é caracterizada pela angústia de castração. “Quando o sujeito perde aquele que vem cumprir a função do Outro que cuida e ama, ele se vê diante da castração” (Almeida e Moura, 1997, p.137). O que é primário na melancolia é a perda do objeto de amor situado no ideal do eu, desembocando em uma ferida narcísica.

Ao se localizar no campo das afecções narcísicas, observamos uma regressão do investimento libidinal à fase oral, caracterizada pelo predomínio da identificação, e um movimento no qual o Eu quer incorporar o objeto devorando-o.

---

[5] “No tocante às inibições, podemos então dizer, em conclusão, que são restrições das funções do ego que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia; e podemos ver sem dificuldade em que sentido uma inibição difere de um sintoma, porquanto um sintoma não pode mais ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego ou que atua sobre ele” (Freud, 1926 [1925] /1996, p.94).

> Na melancolia freudiana a falta de objeto não se inscreve ao longo do atravessamento do complexo de Édipo, e sim muito antes, na etapa primordial da constituição do sujeito dominada pela oralidade, pela ambivalência e pela indiferenciação entre o *infans* e a mãe. Assim sendo, o objeto perdido praticamente se confunde com o *eu* (sua 'sombra recobre o *eu'*, escreve Freud), contra o qual o sujeito dirige seus insultos e sobre o qual o *supereu*, representante das moções de gozo anteriores ao atravessamento do complexo de Édipo, dirige seu sadismo. (Kehl, 2009, p.196)

Segundo Abraham, a predominância das tendências pulsionais agressivas (oral canibal e anal expulsiva) sobre as moções pulsionais retentivas/possessivas (oral, anal e fálica) é a responsável pela irresolução da ambivalência e a permanência das relações destrutivas na depressão e na melancolia (Delouya, 2001).

> a perda do objeto de amor mostra-se como uma ocasião muito excepcional para que a ambivalência que havia nas relações amorosas agora se manifeste e passe a vigorar (...) Uma vez tendo de abdicar do objeto, mas não podendo renunciar ao amor pelo objeto, esse amor refugia-se na identificação narcísica, de modo que agora atua como ódio sobre esse objeto substituto, insultando-o, rebaixando-o, fazendo-o sofrer e obtendo desse sofrimento alguma satisfação sádica (Freud, 1917 [1915]/1996, p.110).

Na melancolia, a perda ou decepção com relação ao objeto de ligação não segue o caminho normal de retirada e deslocamento da libido para outro objeto. A libido liberada é, ao contrário, recolhida para o próprio Eu, produzindo um processo de identificação do Eu com o objeto perdido. *"A sombra do objeto cai sobre o eu"* e o Eu torna-se o objeto.

Lacan compreende a tristeza do melancólico como *dor de existir* (Almeida e Moura, 1997, p.12).

> Em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud articula a dor à entrada de uma grande soma de excitação, mas deixando entender que é a perda que promove a chegada de uma intensa excitação dolorosa e que a cada momento da vida há algo que o sujeito pode perder provocando a dor.

Na depressão e na melancolia, o processo de inibição é marcado pela autopunição. As auto-recriminações, características da melancolia, são recriminações dirigidas ao objeto amado que, ao serem retiradas daquele, se voltam contra o Eu.

> o investimento erótico no objeto do melancólico tem um duplo destino: em parte ele regrediu à identificação, em parte, porém, foi remetido – sob a influência do conflito de ambivalência – ao sadismo, que é o estágio de desenvolvimento mais próximo do conflito de ambivalência. (Freud, 1917 [1915] /1996, p.110)

No que diz respeito mais especificamente à depressão, a psicanálise moderna localiza tal estado nos momentos constitutivos da configuração do objeto, ocorrendo de modo concomitante à configuração do eu. A depressão surge com a consciência da separação de si com relação à mãe.

Tal momento, fundamental no desenvolvimento psíquico do sujeito figura nos conceitos de *posição depressiva* de Melanie Klein, do *estádio de espelho* de Lacan, do *estado de preocupação* de Winnicott e da fase de *separação/individuação* de Mahler. Ela se constitui a partir da percepção de *objeto total* que se dá simultaneamente ao *nascimento do eu* e à *preocupação* de ter destruído a mãe que se teme progressivamente perdida (Delouya, 2001). O afeto depressivo situa-se nesse ponto central, constitutivo do psiquismo, onde a abdicação narcísica, da onipotência e da fusão, é necessária.

Segundo Delouya (2001), a depressão se diferencia da melancolia. Apesar de apresentar algumas características comuns à melancolia como a baixa auto-estima, a auto-depreciação e auto-recriminação, a depressão não apresenta o cunho delirante tal como na melancolia.

O estado depressivo se apresenta como uma queixa que manifesta uma *impotência* tanto no plano da ação como no do sonhar e do pensar. "A depressão implica aqui um caráter econômico que *suprime* e *comprime – ou talvez que subtrai e suga* – algo do sentido do viver, do *representável.*" (Delouya, 2001, p.19). A vivência depressiva reduz a vida psíquica ao desaparecimento de si, a uma economia de morte.

A depressão difere da melancolia na medida em que aquela se refere

> *não* a uma perda do objeto, como totalidade perceptivelmente configurada, mas à perda de um *espaço de gozo*. Tal 'reivindicação', pela restituição de uma união mítica de origem com o corpo materno, coloca as noções de narcisismo e, em especial, de narcisismo primário em direta associação com o estado depressivo. (Delouya, 2001, p.41).

Segundo Kehl (2009, p.21), apesar das várias semelhanças sintomáticas, há uma grande diferença entre a depressão e a melancolia:

> A desesperança no melancólico, por exemplo, tem a ver com o fato de o Outro, em sua primeira versão imaginária (materna), não ter conferido ao recém-nascido

um lugar em seu desejo. O melancólico ficou preso em um tempo morto, um tempo em que o Outro deveria ter comparecido, mas não compareceu. Já o tempo morto do depressivo funciona como refúgio contra a urgência das demandas de gozo do Outro. Em seu refúgio, o depressivo tenta se poupar do imperativo de satisfazer o Outro; no entanto, quanto mais ele se esconde, mais fica à mercê Dele.

Lacan irá compreender a questão da depressão como covardia moral. O estado depressivo está associado à culpa pelo desejo de realização do interdito, portanto à falta moral.

Ele caracteriza os depressivos como aqueles que não querem renunciar ao ideal do Tudo, e ao ficarem se comparando com a perfeição e onipotência, sentem-se profundamente diminuídos. A castração para eles é uma ferida aberta, uma dor narcísica que os envergonha. O sujeito se recrimina intensamente por qualquer falha, como se fosse possível não errar (Almeida e Moura, 1997). Segundo Lacan, a onipotência refere-se à onipotência do Outro. Nesse sentido, na depressão, o sujeito deseja ocupar o lugar ideal perante o Outro, imaginando que esta é uma solicitação deste. O sujeito, com sua sensação de incapacidade, sustenta o Outro num lugar ideal sem falta (Almeida e Moura, 1997, p.203).

A depressão surge então como o não atingir o Ideal, o gozo prometido, a completude. No caso do depressivo ele se sente triste e culpado, pois o que era falta vinculada ao desejo, torna-se falta moral. Eros se retrai e Tânatos ganha território. O superego que vigia, critica e pune o indivíduo gera o intenso sentimento de culpa e consequentemente a auto-acusação e auto-depreciação. O sujeito se culpa por sua própria impotência, sobrepondo esta àquilo que é da ordem do impossível.

No discurso do deprimido, o não dar conta é uma constante e na realidade revela um prestar contas. Ele sempre está aquém das expectativas do Ideal de ego e o superego constitui-se como credor eterno. A saída da depressão é dada pela passagem da impotência (ou da falência do desejo) para o impossível. É a mudança da posição do sujeito do “eu não dou conta” para “o que não tem remédio, remediado está” característico da castração (Almeida e Moura, 1997).

Kehl (2009) vai diferenciar a depressão como posição singular do sujeito dos episódios depressivos que podem acometer a vida de qualquer indivíduo e também dos casos de luto prolongados ou intermináveis. Aqueles considerados como depressivos crônicos, também não se confundem com os casos de melancolia, nem com as ocorrências depressivas na histeria e na neurose obsessiva.

> A posição do depressivo decorre de uma escolha, no sentido freudiano de 'escolha das neuroses', que se dá no momento em que o pai imaginário se apresenta como rival da criança, no segundo tempo do atravessamento do complexo de Édipo. A escolha precoce do futuro depressivo seria a de se retirar do campo da rivalidade fálica: em vez de disputar o falo com o pai (e perder para ele...), o depressivo teria preferido recuar, permanecendo sob o abrigo da proteção materna. Em conseqüência desse recuo, ao contrário do que ocorre no percurso normal do neurótico, o depressivo defende-se mal da castração (...). Ocorre que o futuro depressivo se detém a meio caminho do percurso em que os histéricos e obsessivos definem sua posição fantasmática: ao invés de enfrentar a rivalidade fálica, na tentativa de reverter os efeitos da perda que *já ocorreu*, os depressivos 'escolhem' permanecer na condição de castrados. (Kehl, 2009, p.15)

A autora vai analisar a questão da depressão do ponto de vista constitucional da relação com o Outro. Segundo ela, no caso da melancolia, o Outro materno, pouco disponível e interessado, apresenta-se sempre com atraso aos apelos da criança. Na depressão ocorre o contrário, o Outro materno manifesta-se como um adulto hipersolícito e ansioso, antecipando-se às necessidades do bebê e impedindo a expressão de qualquer insatisfação. Se a tensão da necessidade funda a primeira exigência de trabalho psíquico para a criança, a suspensão do tempo de espera com relação à satisfação afeta a vida psíquica do futuro depressivo: ele precisa fazer quase nada para que a mãe compareça.

Desse modo, na depressão, o Outro efetua um atropelamento do tempo do sujeito, não permitindo ao *infans* a experiência fundamental de sua própria temporalidade psíquica. A depressão ocorreria então por um excesso de presença do Outro na constituição do sujeito de modo a ocasionar uma *insuficiência de ausência*.

No que diz respeito a nossa pesquisa, estaremos analisando, como mencionado e justificado anteriormente, casos de depressão e sintomas tal qual verificados pela nomenclatura psiquiátrica. Dentre as mulheres entrevistadas não observamos casos de depressão crônica.

Tendo apresentado o campo de problemáticas e a conceituação teórica sobre a depressão e dando prosseguimento à composição do contexto no qual a pesquisa se insere, passamos a uma breve discussão do lugar da mulher na sociedade ocidental e suas mutações, bem como sobre a compreensão psicanalítica sobre o feminino.

4. A mulher e o feminino

Por mais óbvio e natural que nos pareça, a noção de uma diferença de sexos nem sempre existiu ao longo da história. Durante toda a Antiguidade, chegando até o século XVII, prevaleceu a tese do sexo único, sendo o homem superior à mulher. Galeno foi o responsável pela versão final deste paradigma e coube a Aristóteles estabelecer os alicerces fundamentais dessa concepção (Birman, 2001b).

A partir da teoria das quatro causas – material, formal, eficiente e final –, Aristóteles vai afirmar que a geração é distribuída diferentemente entre o homem e a mulher. Ela seria a sede e vetor da causa material da geração e ele teria o poder da causa formal. Esta última é concebida como sendo superior àquela, de modo que a superioridade masculina está inscrita já no ato da própria geração dos seres: sem a forma de nada vale a matriz feminina em sua materialidade bruta.

Nesta ontologia, o homem ao possuir a qualidade da forma, é essência, ato, princípio motor e gerador. Ele é *atividade* e o único ser que pode engendrar um outro. Desse modo, ele é portador do princípio divino e portanto responsável pela transmissão da humanidade propriamente dita.

Por sua vez, a mulher é matéria, é *passividade* que espera para ser engendrada: **"**o macho seria o artesão, que com a forma engendra o ser, enquanto a fêmea ofereceria apenas a matéria sobre a qual o macho trabalharia a sua artesania divina" (Birman, 2001b, p.37).

Galeno, por sua vez, introduziu a teoria dos humores sobre as concepções de Aristóteles. O sexo do ser humano seria determinado pela presença ou ausência do humor quente. Para Galeno, a presença e a dominância do humor quente no ato da geração produziriam o sexo masculino e sua *ausência*, o feminino. Na concepção do sexo único, há uma equivalência e homologia entre os aparelhos genitais de homens e mulheres.

> a morfologia assumida pela genitália masculina, assim como sua **projeção** no **espaço exterior**, seria devida às virtudes do humor quente. Em contrapartida, as

> formas anatômicas da genitália feminina e sua inclusão no **espaço interior** do corpo seriam decorrentes da ausência ou da subalternidade do humor quente no corpo das mulheres. Com isso, enfim, a **invaginação** dos diversos elementos da genitália feminina seria a conseqüência direta da ausência relativa do humor quente na circulação humoral no corpo das mulheres. (Birman, 2001b, p.38)

Dessa concepção advém que masculino e feminino se oporiam em diversos pares que vão se associando: ação e recepção, atividade e passividade, exterioridade e interioridade, luminosidade e obscuridade, verdade e não verdade.

Toda essa construção marca claramente uma hierarquia na relação entre homens e mulheres, na qual o homem é a referência e o paradigma. O polo masculino continua a ser tomado como modelo da perfeição e o polo feminino seria representante da imperfeição, dada a ausência do humor quente.

Já que a diferença entre os sexos era determinada pela presença do humor quente, seria possível uma mulher se transformar num homem, desde que o humor quente se tornasse predominante em seu corpo. Desse modo, a invaginação dos órgãos sexuais da mulher seria projetada para fora, tornando a fêmea, um macho. Como conseqüência disso, todos os outros pares de opostos também se inverteriam.

Por outro lado, nunca poderia ocorrer a transformação inversa de um homem em uma mulher. Isso porque, na ordem universal, o único movimento possível é o da imperfeição à perfeição e nunca o contrário.

O paradigma do sexo único perdurou no imaginário ocidental por muitos séculos. Apesar das descobertas sobre o corpo humano a partir da prática de dissecação, até o início do século XVII, ainda era possível ver desenhos de anatomia humana nos livros de medicina que se baseavam no corpo masculino tomado como modelo de perfeição anatômica e morfológica.

É apenas no final do século XVIII e início do XIX, que a teoria da diferença sexual teria se constituído de modo mais sistemático (Birman, 1999, 2001b). A noção de diferença sexual ganha consistência a partir das contradições sociais produzidas pelo ideal igualitário colocado pela Revolução Francesa.

> foi a igualdade dos direitos dos cidadãos, propagada e sustentada ao longo do século XVIII, que subverteu definitivamente o modelo hierárquico do sexo único imperante no Ocidente desde a Antiguidade. Seria, portanto, a impossibilidade de sustentar a hierarquia entre o homem e a mulher pelo paradigma do sexo único, em função do discurso da igualdade dos cidadãos diante da lei, que teria solapado

tal paradigma, construído no mundo Greco-romano, e criado as condições concretas de possibilidade para a construção de outro modelo sexual. (Birman, 2001b, p.36)

A despeito do discurso da igualdade de direitos dos cidadãos, as marcas da cultura patriarcal se mantêm inalteradas, sendo agora sustentada por um novo campo discursivo. Ao longo das décadas pós-revolução francesa e industrial, a burguesia consolidada em seu poder econômico, vai lutar para construir uma cultura que correspondesse a essa nova ordem social (Kehl, 1998). A essa cultura corresponde a formação da família nuclear burguesa e criação de um padrão de feminilidade que chega até os dias de hoje. Esse padrão mantém a submissão da mulher ao homem, produzindo um casamento entre a mulher, o lar e suas funções biológicas reprodutivas.

A democracia construída a partir da Revolução Francesa passa a fundar a diferença de inserções sociais entre homens e mulheres sobre um discurso biológico e em última instância sobre o saber científico. A anatomia e a fisiologia do ser humano marcam a diferença radical entre homens e mulheres, e por sua vez definem o universo de possibilidades e finalidades sociais específicas para cada sexo (Birman, 2001b).

Constitui-se aí todo um universo discursivo relativo ao feminino que vai atravessar o sujeito a partir das mais diversas vias. As expectativas parentais, o senso comum, a educação formal, a produção científica e filosófica vão instituir como cada mulher deve ser para *ser verdadeiramente uma mulher* (Kehl, 1998).

Nas relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres, o lugar de domínio e superioridade outorgado àqueles, só pode ser sustentado pela produção da passividade feminina. Isso se dá no bojo das profundas transformações que ocorrem no modo de vida da burguesia emergente e abalam a posição dos homens definida no Antigo Regime. As novas configurações sociais na Europa pós-Revolução Francesa não deslocaram apenas as mulheres de suas posições, o lugar dos homens e da masculinidade também está sendo redesenhado na consolidação da sociedade burguesa.

Nesse período de transição, houve uma divisão muito clara dos distintos espaços sociais que cada um dos sexos ocuparia. A cisão entre esfera pública e privada cria espaços próprios de domínio e exercício de poder. Nesse contexto, os sexos foram diferenciados entre as necessidades da reprodução (lugar privado) e da produção (lugar público).

A reclusão das mulheres ao ambiente doméstico também pode ser vista como uma reação à desordem social desencadeada pela Revolução Francesa. Esta, segundo

Sledziewski (apud Kehl, 1998), deu às mulheres uma personalidade civil que não era reconhecida no Antigo Regime: elas se tornaram seres humanos que tinham direitos e deveres. Por sua vez, os próprios revolucionários não estavam preparados para essa espécie de 'retorno do recalcado' que se manifestava na fúria, rebeldia e sede de participação com que as mulheres saíam às ruas no início da Revolução. "Incendiárias, indisciplinadas, 'buchas de canhão' nas mais violentas insurreições populares, as mulheres estiveram na linha de frente das manifestações públicas no final do século XVIII" (Kehl, 1998, p. 62).

Apesar de algumas exceções, os revolucionários não sustentaram as aspirações de emancipação feminina. Poucos foram os que concordaram com o movimento das mulheres que colocava em ameaça seus lares, vida conjugal e filhos, na medida em que aquelas saíam de casa reivindicando também seus direitos. Muitos revolucionários jacobinos inclusive apelaram para que as mulheres revolucionárias não abandonassem seus lares.

Exemplos desta posição estão em vários pensadores dessa época. Uma referência forte que perdurou ao longo dos tempos, foi *Émile* de Rosseau. Nessa obra, Sofia, que virá a ser a esposa de Emílio, representa o paradigma do ideal de feminilidade fundado na doçura, submissão e dedicação. Segundo o autor, a função da mulher através dos tempos será sempre educar os homens quando jovens, cuidar, aconselhar e consolar aqueles quando adultos.

Se por um lado a educação de Emílio tem por objetivo o desenvolvimento de atributos masculinos como caráter, intelecto, conhecimento, força e talentos, por outro, a educação de Sofia deve lhe apresentar apenas o mínimo necessário para que cumpra sua função como mulher. Ela deve aprender o essencial do mundo da cultura e nunca desenvolver sua personalidade ao ponto de prejudicar a principal virtude de uma mulher: a modéstia.

Segundo Rousseau, a educação das moças deve enfatizar a doçura, a inocência, a fragilidade, a passividade, o pudor sexual, a submissão ao homem e o espírito maternal. A partir desse aprendizado, elas formarão os homens de que precisam para constituir família, criar os filhos e assim garantir a continuidade da espécie.

> As mulheres devem se tornar, portanto, recatadas e resistentes (ao sexo) para sustentar com seu negaceio a virilidade do parceiro; frágeis e desprotegidas para mobilizar nele força, potência, desejo de proteção; submissas e modestas para melhor governar a casa e a família. (Kehl, 1998, p.75)

Desse modo, Rousseau afirma que as mulheres precisam ser domesticadas e educadas para melhor administrar o uso da potência masculina. Elas devem estar cientes de seu papel como procriadoras e assim, utilizar da astúcia para agradar o homem e melhor governá-lo. A feminilidade, portanto, é um conjunto de atributos que a mulher utiliza para sustentar a virilidade do homem sem jamais ameaçá-la.

Em *Émile*, Rosseau descreve os fundamentos do modelo de feminilidade que acaba por dominar a Europa durante o século seguinte, principalmente nos países católicos. O modelo de educação proposto por ele (e também o modelo de educação da mulher ideal) é tão bem articulado e tem um peso tão grande na formulação do pensamento Iluminista que escutamos ressonâncias dele até os dias de hoje. Esse discurso predominou ao longo do século XIX. Período no qual houve intensa produção de conhecimento tanto da medicina como da pedagogia, que constroem todo o arcabouço de saberes sobre as mulheres (Kehl, 1998).

Formada para a tutela e para a obediência, a mulher não tem capacidade física, emocional ou intelectual para cuidar sozinha da própria existência. O argumento de sua fragilidade física serve para impedir seu acesso ao trabalho. A mulher que trabalha para seu sustento é tomada como um ser desamparado que precisa da proteção de um homem para sair dessa situação.

Na divisão entre território público e privado, a família se configura como o espaço feminino por excelência, no qual a mulher exerce sua governabilidade. O espaço público, espaço social para além da família, seria o lugar do homem e de seu domínio. Com isso, acreditava-se que o poder social da mulher não estaria diminuído perante o homem, pois sua função seria de grande importância também. A questão seria apenas uma justa divisão das funções sociais, tendo em vista as inegáveis diferenças sexuais.

> nessa repartição social da legitimidade sexual, aos homens foi atribuído o registro dos **direitos**, enquanto às mulheres o dos **costumes**. Entre as ordens do direito e do costume se condensariam todas as oposições antes destacadas – público/privado, espaço social/família, razão/sentimento, produção/reprodução -, de forma que, para a governabilidade feminina, foi atribuído algo de grande importância no imaginário coletivo. Com efeito, pelos cuidados concedidos às crianças, não apenas do ponto de vista físico, mas também moral, as mulheres tinham lançada sobre si a gigantesca tarefa de reprodução do social. (Birman, 2001b, p.56)

Nessa construção de lugares sociais determinados por componentes biológicos, a maternidade ganha lugar central na vida da mulher. A partir da teoria da diferença sexual, o ser da mulher fica restrito à figura da mãe e sua função de reprodução da espécie. A maternidade é concebida como algo da ordem do instinto, do organismo da fêmea, sendo um imperativo inelutável para as mulheres (Birman, 2001b).

Efetivamente, estas enquanto mães colaboram de modo crucial para a realização do projeto de modernização do social, tendo em vista que elas atuam sobre a educação moral e cuidados somáticos dos filhos, a partir de seu território de governabilidade que é a família.

No entanto, se esse tipo de configuração dá à mulher a vantagem de dominar a vida familiar, por outro a faz escrava de seu próprio reinado. Tal desígnio construído pela modernidade tem seus efeitos mórbidos pela repressão sexual que acarretou e pela inacessibilidade ao espaço público.

É nesse contexto de domesticação das mulheres, que o mito do mistério feminino se funda. Ao longo dos séculos XVII e XIX, há uma proliferação de discursos sobre o poder das mulheres, esse movimento revela o medo do homem com relação à alteridade da mulher que, diante de uma divisão tão rígida de papéis e espaços de circulação, torna-se a absolutamente outra. Se o homem é portador da força, da razão e da inteligência, ela ameaça domesticá-lo com suas astúcias exercidas no aconchego do lar e traduzidas em emoção, delicadeza e sensibilidade (Perrot, 1995, apud Kehl, 1998).

Segundo Kehl (1998, p.85), de algum modo: “os homens pressentem a magnitude das forças que a educação recalcou nas mulheres em nome da redução da complexidade dos papéis que uma esposa/mãe tem de representar”.

É importante apontar que a consolidação do lugar da mulher na sociedade moderna também ganha suas condições de possibilidade a partir da construção dos modos de biopoder que se dão ao longo do século XIX.

Segundo Foucault (1997), o Biopoder, constituído a partir da sociedade disciplinar, se caracteriza como a gestão do corpo e da vida. Ele se dá a partir de um conjunto de dispositivos que gerenciam e controlam de modo racional os processos vitais (demografia, estatística, medicina, a ciência política, a economia, a psicanálise e psicologia). Mais do que decidir sobre a morte (modelo vigente nas sociedades soberanas) importa na sociedade moderna gerir a vida (sociedade disciplinar). O desenvolvimento da medicina moderna (individual e coletiva, clínica e social) foi a maior conseqüência da consolidação das estratégias de biopoder na sociedade.

> Ao se postular as boas qualidades da reprodução como a fonte maior de acumulação de capital, para a produção da riqueza das nações, a biopolítica instrumentava-se então diretamente nas práticas e nos saberes médicos. Com isso, a higiene social e a polícia médica articulavam-se, numa rede complexa, às recentes práticas da ginecologia, da obstetrícia e da pediatria, com a finalidade de promover sempre as melhores condições sanitárias para a produção ativa da qualidade da população. (Birman, 2001b, p.74)

A medicalização do social, que se constituiu no Ocidente e que ganha níveis progressivos de complexidade e capilarização, foi instituída, de fato e de direito, no campo do Estado moderno, como decorrência dessa nova estratégia de poder. A existência humana tanto individual quanto coletiva foi atravessada e disciplinada pelas modernas estratégias de medicalização. Na medida em que a família é responsável pela reprodução social, ela se transforma num espaço fundamental para o processo de medicalização e exercício do biopoder.

Segundo Foucault (1997), a *histerização do corpo da mulher* se constitui como uma das estratégias forjadas nesse contexto. Ela é um

> tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a 'mulher nervosa', constitui a forma mais visível desta histerização. (p.99)

Se a população é uma das principais riquezas de uma nação, a maternidade ganha foco na busca de se gerar crianças mais saudáveis. A medicina e a higiene social, no intuito de regular as anomalias e fragilidades biológicas, passam a normatizar o corpo da mulher. Assim, a maternidade ganha lugar como marca insofismável do ser feminino e única identidade aceitável para as mulheres.

O intenso processo de medicalização do corpo da mulher e o controle sobre sua sexualidade visam o cuidado com a reprodução da espécie e reprodução social. O prazer e o desejo ameaçam a ordem, a sexualidade deve então ser controlada e reduzida à sua finalidade reprodutora. Nesse sentido, o discurso moral se articula ao científico.

A partir do desenvolvimento da biologia no século XIX, os dois sexos passam a ser configurados como portando caracteres sexuais primários e secundários diferentes e inconfundíveis. Com os conhecimentos da genética, no século XX, essas diferenças são marcadas por diferenças cromossômicas, além dos aspectos morfológico e fisiológicos (hormonais) já conhecidos.

> Ser homem ou mulher, então, seria a conseqüência inevitável e insofismável de traços inscritos na estrutura do organismo. Esses traços seriam indeléveis, na medida em que seriam produzidos pela natureza biológica. Conseqüentemente, passou a existir um abismo intransponível entre os sexos, já que uma essência particular e perene os diferenciava. (Birman, 2001b, p.43)

É importante ressaltar que, a partir do paradigma da diferença sexual, as faculdades morais e psíquicas dos sexos passaram a ser determinadas a partir dos efeitos diretos das marcas biológicas: a forma de ser do homem e da mulher seria um epifenômeno de diferentes essências biológicas. Assim, a hierarquia entre os sexos pode ser legitimada pelo discurso científico.

Na mulher haveria uma predominância dos afetos sobre a razão. Essa característica tem como base sua biologia, tendo em vista a necessidade própria à maternidade de acolhimento e cuidado com relação ao outro.

O homem, por sua vez, vem destituído dessas características já que ele é marcado biologicamente pelo **logos** e pela **razão.** Nessa divisão, a mulher se aproxima do polo da natureza e o homem ocupa o polo da civilização. Esse conjunto de características vai definir horizontes de inserção social e possibilidade de existência completamente diversos para os sexos (Birman, 2001b).

Através do pensamento evolucionista, no século XIX, se estabelece “a identidade entre as figuras da criança, da mulher e do primitivo, pois todos seriam, assim, representantes do pólo da natureza. (...) Existiriam, assim, seres mais e menos desenvolvidos, nas escalas dos organismos, dos indivíduos e das coletividades.” (Birman, 2001b, p.108)

O conceito de natureza, central no ideário iluminista, se por um lado tem um valor libertador ao eliminar determinismos metafísicos divinos sobre o ser humano, por outro, com relação à mulher, torna-se um poderoso argumento para prendê-la às vicissitudes de seu corpo. Se o macho é macho em alguns momentos, a fêmea é fêmea por toda sua vida.

A mulher é fundamentalmente marcada por essa condição e pode ser reduzida à força de seu sexo. Em função disso, ela deve ser francamente domesticada, pois seus desejos ilimitados podem ser ameaçadores para a ordem social e familiar. O recato, o pudor, e a vergonha não são atributos inatos à mulher. Eles devem ser incutidos em seu ser para que sirvam como barreira a seus impulsos e seus excessos sexuais (Kehl, 1998).

Ao longo de séculos, o feminino pode ser considerado como o outro historicamente negado e recalcado. Isso se dá não apenas a partir de uma dominação masculina, mas também como uma forma de sociabilidade que se funda na dominação da natureza, seja ela externa, seja ela a natureza 'dentro de si'. Assim, pode-se dizer que a civilização ocidental se constitui a partir da exclusão da singularidade e das mulheres (Arán, 2006).

A mulher, por sua própria condição, possui uma moral mais frágil e é potencialmente mais periculosa. O erotismo feminino é uma constante ameaça de desordem. Nesse contexto,

> o prazer e o desejo seriam finalidades outras da sexualidade que poderiam desvia-la do reto caminho reprodutivo. Por isso mesmo, o erotismo tornou-se um pólo contraditório no ser da mulher, que poderia perturbar a vocação reprodutiva do seu corpo. Isso porque, entre o desejo sensual e a maternidade, o corpo feminino seria polarizado. (Birman, 2001b, p.63)

A oposição erotismo-maternidade tem seu fundamento na tradição cristã, com sua visão de pecado original, sua oposição entre a figura de Eva e Maria. O pensamento cristão promoveu a cisão entre reprodução e prazer, sendo este último associado ao mal e ao pecado. Aí, o desejo feminino é demonizado. A dimensão do gozo feminino deve ser duramente reprimido e silenciado, pois ele desvia a mulher de uma existência virtuosa e casta. Na ética cristã, a relação sexual só é permitida em seus fins reprodutivos.

Assim, com a consolidação do ideal da *maternidade* como parâmetro de regulação social da mulher, a sedução feminina é ser negativizada e ortopedicamente disciplinada. As práticas educativas ao longo do século XIX seguiam no sentido de restringir os excessos de sexualidade femininos, promovendo o casamento entre a figura da mãe e da esposa casta e fiel.

O mesmo movimento não se sucedia com os homens. Estes podiam transitar livremente entre espaço público e privado, social e familiar. A eles era permitido o duplo exercício da sexualidade: reprodutivo e erótico.

> se a mulher enquanto mãe teria de ser destituída de seu erotismo, já que uma das possibilidades rivalizava agonisticamente com a outra e cada uma delas poderia conduzir a mulher a um destino subjetivo e social oposto, o mesmo não se daria, contudo, com o erotismo masculino. Com efeito, para o homem era perfeitamente reconhecida sua potencialidade desejante ao lado de sua efetividade reprodutiva. (Birman, 2001b, p.71)

Com efeito, observa-se uma grande expansão da prostituição ao longo do século XIX. Ela se constitui como a possibilidade de contraponto real ao erotismo masculino e cumpre uma função social enquanto reserva de gozo no mercado sexual. A prostituta é aquela que poderia oferecer ao homem a parcela de erotismo que não podia existir no universo doméstico (Birman, 1999).

A prostituição, por sua vez, também passa a ser alvo da vigilância do Estado seja pela força policial, seja pela medicina social, a fim de que seu potencial perigoso possa ser controlado de modo a não ameaçar a ordem familiar.

No que diz respeito à sexualidade, a mulher que se deixasse possuir pelo desejo é identificada como uma obra do Mal. Aquelas que não seguiam o reto caminho da maternidade e se recusavam a abrir mão de sua posição desejante eram moralmente recriminadas e culpabilizadas, chegando a ser inclusive criminalizadas. Essas mulheres deveriam ser corrigidas e cuidadas em nome da higiene social, de modo a impedir a degeneração da espécie (Birman, 2001b).

Elas passaram a se encaixar dentro de um conjunto de mulheres perigosas delineado pelo saber médico como desvios morais da feminilidade. Nesse conjunto temos: a prostituição, o infanticídio, a ninfomania e a histeria. As revistas especializadas, livros de psiquiatria e medicina legal do século XIX desenvolveram diversos estudos sobre essas formas desviantes do comportamento feminino.

Com exceção da figura da histeria, o que está em jogo é a escolha de um outro destino moral por parte dessas mulheres. Elas recusam o caminho sagrado da maternidade e o erotismo é efetivamente assumido como dimensão própria da existência feminina.

> Com efeito, a prostituição seria caracterizada pela assunção positiva do erotismo como forma de vida e a recusa da existência familiar e maternal. Da mesma maneira, a ninfomania seria marcada pelo erotismo excessivo, que transbordaria numa espécie de desejo insaciável presente nessas mulheres. A infanticida seria aquela, enfim, que mataria de bom grado os filhos recém-nascidos, para se livrar

> assim do peso da maternidade e manter-se sempre livre para suas aventuras eróticas. (Birman, 2001b, p.77)

Na retórica dos estudos do campo da medicina e psiquiatria sobre essas figuras do feminino há um forte cunho e determinação moral na patologização das mesmas. Foi a característica de desvio moral dessas mulheres que criou possibilidade para sua medicalização, psiquiatrização e criminalização (Birman,2001b).

Nesse processo de forte restrição do universo das mulheres, presenciamos o surgimento de uma série de sintomas físicos: anemias, prisões de ventre, fobias. Eles emergem no esforço de controlar os próprios impulsos para a manutenção da ordem familiar.

O modo de vida burguês produziu uma configuração sociocultural que acaba por lançar as mulheres num conflito cuja expressão é marcada pela histeria (Kehl, 1998). As rígidas exigências sobre as mulheres para que cumpram seu papel definido socialmente, a restrição da vida sexual à procriação, a exigência da virgindade até o casamento e da fidelidade ao marido, constituem o caminho de construção das futuras queixas histéricas das mulheres.

> depois de muitas gerações de mulheres educadas para a contenção dos chamados ‘instintos’, conseguiu-se que a frigidez fosse um estado mais ou menos normal entre as senhoras casadas. William Acton, médico cuja obra se tornou popular nos países anglo-saxônicos, afirmava que ‘a sexualidade feminina é satisfeita com o parto e a vida doméstica’. (...) As intensidades do parto e os prazeres do aleitamento seriam o coroamento da vida sexual das mulheres – e de sua auto-estima também. (Kehl, 1998, p.78)

Num contexto no qual a vida cultural e social das mulheres é tão rigidamente limitada, a fantasia acaba por desempenhar um papel de compensação à falta de perspectivas.

> Desde o final do século anterior e durante todo o XIX, as moças de família das grandes cidades européias eram alvo de solicitações e expectativas bastante contraditórias. Se, por um lado ainda vinham sendo educadas para o papel de esposas e mães, para uma vida sexual e doméstica em moldes muito parecidos aos da ‘Sophie’, de Rousseau, por outro lado, o chamado ‘mundo masculino’, o mundo das informações, da política, da ciência e dos negócios, já não era mais uma referência tão distante quanto se possa pensar hoje, e estendia suas solicitações até o reduto aparentemente isolado das donas de casa e das moças

solteiras – as quais, no entanto, continuavam dependentes judicialmente dos pais e maridos. (Kehl, 1998, p.273)

A histeria acaba por se configurar como um modo das mulheres criarem uma solução de compromisso entre as posições admitidas para elas na sociedade e os anseios advindos das ofertas de outras posições subjetivas no universo oitocentista, mas a elas vetadas[6].

No processo de ocupar a posição de guardiãs da ordem e da harmonia do lar, dando retaguarda às batalhas empreendidas pelos homens na vida social, as mulheres ficaram presas a duas formas de alienação: no sentido político e no sentido subjetivo. As mulheres ao longo da história deixaram de participar daquilo que Freud chamou de *grandes tarefas da cultura*, mantendo-se socialmente invisíveis: "ao aceitar a posição do 'outro do discurso' as mulheres renunciaram ao falo da fala" (Kehl, 1998, p.82).

Se por um lado, a maternidade e a organização da vida doméstica têm a sua importância na cultura e outorgam à mulher certas estratégias de exercício de poder, por outro, estes papéis sociais a exilam numa posição subjetiva que não produz discurso, mantendo-a presa à expectativa de corresponder ao que já lhe está designado pelo discurso do Outro.

> se a mulher só produz filhos, só se produz como mãe – o que indica, no mínimo, um repertório muito estreito de opções, além de produzir um impasse no plano das identificações (...) a mulher que não é mãe praticamente não existe como entidade civil, principalmente na primeira metade do século XIX. A afirmação lacaniana – 'a mulher não existe' – ganha assim uma outra leitura, segundo a qual a mulher não existe para o inconsciente porque não inscreve sua experiência, sua fala, no campo simbólico. (Kehl, 1998, p.82)

O que é específico às mulheres e a sua posição subjetiva é a dificuldade de deixar de ser *objeto* de uma produção discursiva extremamente consistente que estabelece a verdade sobre a sua natureza.

No entanto, não se deve cair numa visão absolutamente vitimizadora das mulheres, como se o papel de mãe e esposa fosse uma imposição passiva e docilmente aceita por aquelas. Numa sociedade na qual os valores patriarcais continuam a

---

[6] A frequência de patologia histérica nesse período leva os cientistas a supor que haveria uma predisposição natural da mulher a esse adoecimento. Briquet afirmou que esta, por ter um cérebro menor e mais imaturo do que o homem, estava predisposta a uma debilidade primária do sistema nervoso central (Birman, 2001b). Por seu cérebro ser menos desenvolvido, as mulheres teriam faculdades mentais menos desenvolvidas e uma menor capacidade de coordenação nervosa. Não podendo regular de modo satisfatório as excitações periféricas do corpo somático, elas ficariam mais sujeitas a ataques histéricos.

prevalecer, as conquistas e aspirações burguesas de ascensão social pelo esforço individual de cada um e não mais pelos desígnios do nascimento e das castas são unicamente reservadas aos homens. Para a mulher, o casamento surge como a única possibilidade de ascensão social.

> o casamento fundado nos ideais do amor romântico, a posição de rainha do lar *responsável pela felicidade* de um grande grupo familiar, a posse quase inquestionada dos filhos, tudo isto representou para a maioria das mulheres do século XIX um destino intensamente desejado, e para muitas um caminho de verdadeira realização pessoal. (Kehl, 1998, p.93)

Com a existência da mulher reduzida a tal âmbito não é de se admirar que sua expectativa com relação à realização amorosa é muito maior do que no que diz respeito ao homem.

> O resultado desta enorme quantidade de renúncias empreendidas sem ao menos as vantagens secundárias do reconhecimento público de seu valor – uma mulher virtuosa não faz mais do que sua obrigação – é a sobrecarga de expectativas de gratificação que pairam sobre o amor conjugal. São tantas as compensações que um casamento vitoriano deveria oferecer às renúncias feitas pelas mulheres, que ele acaba desembocando na infelicidade neurótica – ou no adultério. (Kehl, 1998, p.102)

É importante ressaltar que Freud constrói suas considerações teóricas sobre a mulher no interior desse contexto histórico. Desse modo, é esse conjunto de valores e representações que dão as condições de possibilidades de se pensar o feminino no desenvolvimento da Psicanálise. Condições de possibilidade que se alteram ao longo do século XX e demandam novas formas de se olhar essas questões.

4.1 A mulher a partir do olhar da psicanálise

O trabalho de Freud constrói grandes avanços para se pensar o campo das afecções mentais. Ele rompe com a vertente da hereditariedade-degeneração bem como com a teoria nervosa da histeria e outras perturbações do espírito. A sexualidade passa a ser o motor da etiologia dessas doenças e considera-se a origem humana tendo uma base perverso-polimorfa.

Por outro lado, no discurso freudiano, há uma continuidade com relação à hierarquia entre os sexos. Ao estruturar seu corpo teórico tomando o homem como referência universal, se reproduz a representação deste como modelo da perfeição e da mulher como imperfeição. No complexo de Édipo, constructo central da psicanálise, a sexualidade masculina é seu paradigma e sua referência.

Inicialmente, Freud pensou ser possível descrever o desenvolvimento psíquico da menina a partir da figura do homem e do Édipo masculino. No entanto, ele se viu perante a necessidade de desenvolver uma análise própria do percurso da menina através do complexo de Édipo e também sobre a sexualidade feminina.

Para compreender tal discussão, vamos a seguir discorrer sobre o desenvolvimento da criança e mais particularmente da menina, segundo a compreensão psicanalítica.

Para Freud (1905), inicialmente o ser humano nasce com uma tendência à bissexualidade. As disposições perversas são originárias da própria pulsão sexual humana. Na primeira infância "a pulsão sexual *não está centrada* e é, a princípio, desprovida de objeto, ou seja, *auto-erótica*." (Freud, 1905/1996, p.220). É a partir dessa tendência à perversão, somada ao processo de recalcamento (produzido parcialmente pela educação) que se desenvolveria o comportamento sexual normal.

Inicialmente, as forças libidinais em meninos e meninas têm o mesmo curso e têm o mesmo desfecho. Posteriormente, na menina, fatores biológicos desviam tais forças de seus objetivos originais, levando as tendências ativas (masculinas) a canais femininos.

Durante o período de latência na infância "erigem-se as forças anímicas que, mais tarde, surgirão como entraves no caminho da pulsão sexual e estreitarão seu curso à maneira de diques (o asco, o sentimento de vergonha, as exigências dos ideais estéticos e morais)" (Freud, 1905, p. 167).

Freud irá diferenciar o desenvolvimento sexual da menina e do menino. No que diz respeito à atividade auto-erótica e às zonas eróticas, elas inicialmente são idêntica para ambos os sexos.

> Com respeito às manifestações auto-eróticas e masturbatórias da sexualidade, poder-se-ia formular a tese de que a sexualidade das meninas tem um caráter inteiramente masculino. A rigor, se soubéssemos dar aos conceitos de 'masculino' e 'feminino' um conteúdo mais preciso, seria possível defender a alegação de que a libido é, regular e normativamente, de natureza masculina, quer ocorra no

homem ou na mulher, e abstraindo seu objeto, seja este homem ou mulher. (Freud, 1905/1996, p.207).

Ele afirma que apesar da bissexualidade ser uma disposição constitutiva dos seres humanos, ela é muito mais marcante nas mulheres. Isso ocorre pois o homem possui apenas uma única zona erógena principal, o pênis, enquanto que a mulher possui duas, a vagina – órgão genital propriamente dito – e o clitóris, que seria análogo ao órgão masculino (Freud, 1931/1996).

Nas meninas, as primeiras ocorrências genitais se dão através do clitóris. Sua vida sexual é normalmente dividida em duas fases subsequentes: a primeira de caráter masculino (prazer clitoriano) e a segunda de caráter feminino. Para atingir o desenvolvimento sexual normal da feminilidade, a menina deverá abandonar a sua zona erógena original, passando para a vagina.

No que diz respeito à escolha de objeto, inicialmente, para ambos os sexos, o primeiro objeto de amor é a mãe ou figura equivalente, isso se dá pelo fato desta ser aquela de supre o bebê dos cuidados necessários. No entanto, os caminhos que o desenvolvimento irá seguir em um e em outro são bastante diferentes.

No caso do homem, a mãe permanece como objeto de amor até ser substituída por alguém que lhe seja semelhante ou dela se derive. O pai surge como rival e figura de intensa hostilização. Após rivalizar com a figura paterna, à força do medo da castração e como resolução do complexo de Édipo o menino abre mão de seus desejos incestuosos, passando a se identificar com o pai.

O menino testemunha a ameaça de castração ao ver a ausência do pênis no corpo da mulher. Isso o leva, pelo amor narcísico a seus próprios órgãos genitais, a internalizar a autoridade da figura paterna originando assim o superego. Esse movimento dá a ele um lugar na comunidade cultural. Uma das marcas do complexo de Édipo remanescentes nos homens é um certo desprezo com relação às mulheres, tidas como seres castrados.

Na menina, o processo da passagem pelo complexo de Édipo se dá de modo diferente. Se inicialmente seu objeto de amor foi a mãe, ela passa por um processo de desligamento desta e se volta para o pai (o homem) como objeto de investimento amoroso.

Freud (1931/1996) afirma que o desenvolvimento da sexualidade feminina é algo complicado por ter de operar duas mudanças: abandonar aquilo que originalmente se constituiu como sua principal zona genital — o clitóris — em favor de outra, a

vagina, e trocar seu objeto original — a mãe — pelo pai. Os desdobramentos do complexo de castração e do complexo de Édipo são diferentes para o menino e para a menina. Tal diferença vai determinar toda a vida social e cultural da mulher.

No caso das mulheres, a fase pré-edipiana de intensa ligação com a mãe tem uma importância muito maior do que para os homens. Freud afirma que

> a mulher só atinge a normal situação edipiana positiva depois de ter superado um período anterior que é governado pelo complexo negativo. De fato, durante essa fase, o pai de uma menina não é para ela muito mais do que um rival causador de problemas, embora sua hostilidade para com ele jamais alcance a intensidade característica dos meninos. (Freud, 1931/1996, p.260)

Em sua observação com relação às mulheres, Freud (1931/1996) afirma que a ligação destas com a mãe pode se dar de modo tão forte e prolongado que uma certa parcela das mulheres permanece detida em sua ligação original à mãe, nunca alcançando uma verdadeira passagem em direção aos homens.

Na menina, o amor exclusivamente voltado à mãe, com o passar do tempo, transforma-se em hostilidade, abrindo espaço para a posterior ligação à figura paterna. Esse processo de afastamento da figura materna se dá por uma diversidade de fatores, como por exemplo, o ciúme de outras pessoas que dividem a atenção da mãe como o pai ou irmãos que se configuram como rivais; as proibições colocadas pela própria mãe com relação à masturbação da menina (esse fator também leva a uma hostilidade com relação ao menino). No entanto, o fator determinante do afastamento com relação à mãe surge a partir dos efeitos do complexo de castração sobre a menina ao descobrir que aquela não possui um pênis. Tais efeitos seguem na mulher um caminho totalmente diferente dos homens.

Inicialmente na criança há uma suposição de que os sexos possuem uma genitália idêntica (masculina), esse se constitui como uma das primeiras teorias sexuais infantis.

> Para o menino, é natural presumir uma genitália igual à sua em todas as pessoas que ele conhece, sendo-lhe impossível conjugar a falta dela com sua representação dessas outras pessoas. Essa convicção é energicamente sustentada pelos meninos, obstinadamente defendida contra a tradição que logo resulta da observação, e somente abandonada após sérias lutas internas (o complexo de castração). (Freud, 1905/1996, p.183)

Já no caso da menina, ela logo reconhece a diferença de seus genitais com relação ao menino, sendo tomada por aquilo que Freud irá chamar de inveja do pênis, culminando com o desejo de também ser um menino (Freud, 1905/1996).

Para as meninas, o primeiro passo na fase fálica se dá com uma importante descoberta:

> Elas notam o pênis de um irmão ou companheiro de brinquedo, notavelmente visível e de grandes proporções, e imediatamente o identificam com o correspondente superior de seu próprio órgão pequeno e imperceptível; dessa ocasião em diante caem vítimas da inveja do pênis. (Freud, 1925/1996, p.313)

Observa-se uma significativa diferença de comportamento entre meninos e meninas. No caso do menino, quando ele vê os genitais de uma menina, ou ele rejeita o que viu ou pensa que um dia ela irá desenvolver um pênis. Somente num período posterior, quando sob a ameaça da castração, a observação do menino irá ganhar outra significação: de fato há seres que foram castrados. Desse modo, essa constatação pode conduzir a dois caminhos do menino em relação ao sexo oposto: ou ele terá horror a essa criatura mutilada ou um desprezo triunfante por ela.

No caso da menina, a situação se dá de modo diverso. Ela percebe que não nasceu provida de um pênis e deseja tê-lo. Aquilo que Freud denominou como *complexo de masculinidade das mulheres* pode ter diferentes destinos. Ele pode colocar impedimentos no percurso de seu desenvolvimento normal no sentido da feminilidade, caso não seja superado suficientemente cedo.

Os efeitos do complexo de castração podem conduzir o desenvolvimento da menina a três caminhos diferentes:

- a interrupção de toda a vida sexual;
- a supervalorização de sua masculinidade;
- o desenvolvimento no sentido de uma feminilidade definitiva.

A esperança de algum dia ter um pênis e se tornar semelhante a um homem pode persistir até a fase adulta. A menina pode recusar terminantemente o fato de ser castrada e fixar-se na convicção de que realmente possui um pênis. Isso a leva a comportar-se como se fosse um homem.

Há ainda a possibilidade de se estabelecer um processo de rejeição, que pode caracterizar um quadro de psicose no adulto.

Segundo Freud (1925/1996, p.315)

> Uma mulher, após ter-se dado conta da ferida ao seu narcisismo, desenvolve como cicatriz um sentimento de inferioridade. Quando ultrapassou sua primeira tentativa de explicar sua falta de pênis como uma punição pessoal para si mesma, e compreendeu que esse caráter sexual é universal, ela começa a partilhar do desprezo sentido pelos homens por um sexo que é inferior em tão importante aspecto, e, pelo menos no sustentar dessa opinião, insiste em ser como um homem.

Nesse ínterim, sua mãe, antes objeto de desejo, sofre uma grande depreciação em sua estima. A menina se afasta dela ao se decepcionar com o fato de sua mãe não ter lhe dado um pênis e tê-la feito uma mulher. Tal afastamento é um passo extremamente importante no curso do desenvolvimento de uma menina. Sua importância está além da mudança de objeto: há na menina uma diminuição significativa dos impulsos sexuais ativos e uma ascensão dos passivos[7]. As tendências ativas sofrem o efeito do processo de frustração e decepção com o próprio corpo. Sendo o desejo de ter um pênis algo da ordem do irrealizável, as tendências ativas são mais prontamente abandonadas pela libido.

Nesse sentido, o afastamento com relação à mãe, leva normalmente ao abandono da masturbação clitoriana. Com bastante freqüência, ao reprimir sua masculinidade inicial, uma parte das tendências sexuais na menina também fica permanentemente danificada.

Nesse processo, o caminho para o desenvolvimento da feminilidade está aberto para a menina. Segundo Freud (1931/1996), a mudança do afeto para a figura paterna se dá com o auxílio das tendências passivas. Em seu desenvolvimento, a partir dos percalços de sua condição de castrada e da inveja do pênis, a menina opera uma passagem do objeto pênis para o objeto bebê. Aí, o pai passa a ser seu objeto de amor, podendo imaginariamente lhe oferecer a oportunidade de ter um bebê.

> a libido da menina desliza para uma nova posição ao longo da linha — não há outra maneira de exprimi-lo — da equação ‘pênis-criança’. Ela abandona seu desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho; *com esse fim em vista*, toma o pai como objeto de amor. A mãe se torna o objeto de seu ciúme. A menina transformou-se em uma pequena mulher. (Freud, 1925/1996, p.318)

---

[7] A teoria freudiana reproduz a ideia do masculino ligado ao polo ativo e do feminino ligado ao passivo.

Freud valoriza a tal ponto a questão da maternidade como desenvolvimento sexual ideal para a mulher que suas outras possibilidades como a inibição sexual, a histeria e a virilização caem no campo da anomalia. Ser mãe é, na visão freudiana, o coroamento de um percurso que poderá levar a mulher a finalmente harmonizar-se consigo mesma, encontrando seu lugar no mundo e no próprio corpo.

O complexo edípico na menina tem início no momento em que o do menino termina. Se para este a ameaça de castração o faz abrir mão de seu investimento sobre a mãe, no caso da menina, é a realidade da castração que a lança a uma busca do órgão faltante. Nesse sentido, a mulher estaria sempre buscando aquilo que lhe falta, passando pela figura do pai e chegando à eleição amorosa até alcançar o substituto do pênis na figura do bebê e da maternidade. A saída para o conflito feminino e a realidade da castração seria sempre a restauração da plenitude fálica através de algum objeto (Birman, 2001b).

O complexo de Édipo nas mulheres é o resultado final de um desenvolvimento demorado. Ao invés de ser destruído, ele é criado pela influência da castração real. Desse modo, diferentemente dos homens, o complexo de Édipo nunca é superado pela mulher.

> Por essa razão, também, nela as conseqüências culturais de sua dissolução são menores e menos importantes. Provavelmente não estaríamos errados em dizer que é essa diferença na relação recíproca entre o complexo de Édipo e o de castração que dá seu cunho especial ao caráter das mulheres como seres sociais. (Freud, 1931/1996, p.264)

Enquanto que, nos meninos, o complexo de Édipo é superado por meio do complexo de castração; na menina, o complexo de Édipo é uma formação secundária calcada sobre o complexo de castração.

O modo como o sujeito atravessa o complexo de Édipo marca e deixa seus efeitos ao longo da história do mesmo. No caso dos meninos, tal complexo não é simplesmente reprimido, ele é despedaçado pela ameaça da castração. Suas catexias libidinais são abandonadas e em parte sublimadas. Seus objetos passam a ser incorporados pelo ego formando o núcleo do superego e lhe fornecendo suas qualidades características. Segundo Freud (1925/1996, p.319), “Em casos normais, ou melhor em casos ideais, o complexo de Édipo não existe mais, nem mesmo no inconsciente; o superego se tornou seu herdeiro.”

No que diz respeito às meninas, o destino do complexo de Édipo é muito diferente dos meninos. Para ela não há um motivo forte o suficiente para a demolição do complexo, já que ela já veio ao mundo castrada. Ele pode ser abandonado, reprimido ou então persistir fortemente na vida mental das mulheres. Segundo Freud, o superego e conseqüentemente a ética, a razão e a moral são diferentes na mulher:

> Seu superego nunca é tão inexorável, tão impessoal, tão independente de suas origens emocionais como exigimos que o seja nos homens.
>
> Os traços de caráter que críticos de todas as épocas erigiram contra as mulheres — que demonstram menor senso de justiça que os homens, que estão menos aptas a submeter-se às grandes exigências da vida, que são mais amiúde influenciadas em seus julgamentos por sentimentos de afeição ou hostilidade — todos eles seriam amplamente explicados pela modificação na formação de seu superego. (Freud, 1925/1996, p.320)

Segundo a leitura freudiana, o psiquismo feminino é marcado pela impossibilidade de sublimação e por restrições na ordem do pensamento. Novamente a mulher se avizinha da criança, do primitivo e do louco. Ela ocupa um lugar paradoxal de ser ao mesmo tempo agente civilizatório e também força anticivilizatória. Para Freud, “a demanda sexual desmesurada e o imperativo do amor” colocariam a mulher numa posição anti-social, seu erotismo se constitui como um obstáculo instransponível ao processo civilizatório humano. Ao se encontrar polarizada entre a maternidade e o erotismo, a mulher é ao mesmo tempo catalizadora da ordem e operadora da desordem (Birman, 2001b).

Todo esse cenário vai também influenciar o campo das perturbações mentais. Enquanto o homem é marcado pelas perturbações do pensamento e da vontade (sendo a neurose obsessiva seu principal exemplo), a mulher seria marcada por perturbações da ordem do corpo e do afeto, como a histeria.

> Existiriam aqui, portanto, duas figurações imaginárias pregnantes do ser do homem e da mulher, pelas quais o masculino se caracterizaria pelas faculdades **superiores** do pensamento e da vontade, enquanto o feminino se fundaria nas faculdades **inferiores** do afeto e em sua dimensão corpórea. Por isso mesmo, o cenário fantasmático da mulher se fundaria no masoquismo, enquanto o do homem seria o sadismo. (Birman, 2001b, p.191)

O paradigma da diferença sexual dá base ao pensamento de Freud sobre a diferença entre os sexos. Sua relação com este solo histórico foi muito marcada pelo **paradoxo** e pela **contradição (**Birman, 2001).

Para Freud o homem assume uma posição indiscutivelmente superior. Ao se colocar o pênis/falo como referência central no desenvolvimento da sexualidade humana a lógica patriarcal é reproduzida e mantida. Ter ou não ter o falo determina o estar no mundo de homens e mulheres. É a partir desse paradigma que a inveja do pênis torna-se motor do funcionamento psíquico das mulheres.

> as figuras do masculino e do feminino na psicanálise têm no falo o seu operador teórico fundamental. Vale dizer, as figuras do homem e da mulher foram meticulosamente construídas de acordo com a lógica fálica. Com efeito, seja pela presença imaginária do falo no pênis, no corpo masculino, seja pela oposição crucial entre a sua presença e a sua ausência. O que implica dizer que quem tem o falo acredita na sua superioridade, enquanto que quem não o possui se acredita inferiorizado no seu ser. Estabelece-se, assim, numa espécie de hierarquia ontológica entre os sexos, com uma série de conseqüências psíquicas, sociais e culturais. (Birman, 1999, p.51)

Se a mulher é fundada pela inveja do pênis, ocupando uma posição de inferioridade genital, por outro lado, ela acaba por inscrever o falo na totalidade de seu corpo através da sedução e beleza que escravizariam o homem a seu fascínio. “A falácia feminina estaria justamente na pretensão das mulheres de quererem fazer crer que teriam o falo incrustado no seu corpo” (Birman, 2001b, p.21).

Kehl (1998) vai questionar as relações que se estabelecem entre a mulher, a posição feminina e a feminilidade na psicanálise, apontando que esta acaba por fixar uma faixa muito estreita para a construção de uma narrativa pessoal.

> O que está barrado para a mulher freudiana não é uma outra possibilidade de evolução nos destinos da libido, a partir das dificuldades que ela tem de enfrentar o Édipo; o que a cultura ocidental dos séculos XVIII, XIX e começo do século XX interditou às mulheres foram outras possibilidades identificatórias; a única identificação permitida para a menina, de acordo com os ideais de seu gênero e que lhe promete alguma perspectiva de gratificação libidinal é a identificação à mãe, não enquanto mulher no sentido amplo (esta mulher ainda não existia), mas só enquanto mãe. (p.262)

A mulher ao mesmo tempo em que é denunciada como aquela que permanece sempre incestuosa é constantemente submetida a uma repressão sexual que lhe deixa apenas os filhos como consolo. Se por um lado, ela possui um superego tíbio, por outro observamos que a lei contra a sexualidade que a restringe a um papel materno-passivo-infantil, faz da mulher muitas vezes uma defensora feroz das piores restrições do superego, por falta de possibilidade de prazer (Kehl, 1996).

Na realidade, o que está em questão não seria a baixa capacidade sublimatória das mulheres, mas sim a falta de possibilidades sublimatórias. Isso acaba por agravar a produção de sintomas neuróticos nas mulheres.

Perante tal situação de 'mais-alienação', o processo de recalcamento não dá conta de responder aos impasses que a mulher vive entre os ideais da feminilidade e o leque de perspectivas que se abrem ao sujeito na sociedade burguesa. Daí, conforme apontado anteriormente, a histeria surge como um sintoma característico desse conflito: "esta confusa demanda dirigida ao homem para que se faça mestre do desejo da mulher. Uma demanda que nenhum homem pode atender, a não ser perguntando, perplexo (como Freud): 'Mas afinal, o que quer uma mulher?'" (Kehl, 1998, p.136).

Fernandez (2000, apud Sigal, 2002) vai questionar a primazia e universalidade do falo e a consequente inveja do pênis da mulher. Aquilo que tem sido tomado como uma estrutura inconsciente universal é de fato uma construção sócio-histórica, um modo de produção subjetiva de homens e mulheres na modernidade. Nesse sentido, a designação da mulher como continente negro e como enigma seria uma produção discursiva própria de um discurso e um saber dominados pelo masculino.

Kehl (1998, p.308), analisando o texto *O fetichismo* de Freud, faz uma analogia entre o fetichista e o próprio pensamento freudiano sobre a mulher, reproduzindo em suas concepções o mito do mistério feminino.

> O mistério, sabemos por Freud em 'O Fetichismo', está do lado em que se opera a denegação, e não do lado do objeto (o sexo da mulher, o desejo feminino) revelado e recusado. O mistério se produz a partir do que um homem não quer saber... Sobre o quê? Sobre a mulher? Não; sobre a sua própria castração.

Segundo esta autora, a insistência da teoria psicanalítica sobre os mistérios e o indizível da feminilidade manifesta mais o sintoma de algo que é recalcado do que um impasse teórico.

> O mistério da mulher, em Freud, não reside em sua alteridade absoluta, mas sim na sua extrema proximidade com o homem. É porque uma mulher é para um

> homem o seu semelhante, seu igual, seu irmão, que se constitui, em nome do 'narcisismo das pequenas diferenças', uma espécie de cegueira a seu respeito. A única diferença fundamental entre um homem eu uma mulher é que esta *também* é mulher. (Kehl, 1998, p.325)

Anzieu (1992) vai afirmar que a mulher a partir do ponto de vista psicanalítico, é encarada como um ser destituído de qualidade própria, exceto aquilo que lhe é atribuído a partir do masculino. A mulher ao ser um ser castrado, se caracteriza como negativo. Apesar da importância de seu lugar como mãe, ela continua a ser representante da falta, da ausência e da castração.

No último século, as transformações do lugar social da mulher demandam o reconhecimento de sua positividade como sujeito também no campo teórico da produção de conhecimento. Isso significa um deslocamento da posição de *ser-menos-alguma-coisa* ou de *ser desejo do desejo de um outro*, não ocupando nenhuma outra posição em sua existência. Tal processo faz rever todo um campo discursivo construído acerca do feminino.

Segundo Birman (2001b), a colocação do falo como centro da organização do psiquismo e como organizador do imaginário narcísico do sujeito, seria uma forma sistemática de negação do sujeito em relação a sua finitude e imperfeição. A figura do falo acaba por responder ao anseio humano de perfeição e completude que está na base da tradição patriarcal.

Freud concebeu a passagem do sujeito de um narcisismo primário para um narcisismo secundário, a transformação do eu ideal em ideal do eu por meio da angústia de castração. No entanto, o falo se mantém como signo da perfeição e representação do masculino. Nesse contexto, a feminilidade é recusada como fonte de horror e representação da imperfeição.

Ao analisar o conceito de feminilidade em *Análise interminável e análise sem fim*, Birman (2001b) considera que tal conceito foi formulado de forma negativa, na medida em que a feminilidade se configura como a fronteira do denominado 'rochedo da castração'. No entanto, ela também revelaria o originário do psiquismo, algo anterior à ordenação da subjetividade fundada no falo.

A ideia de feminilidade sofre alterações ao longo da obra de Freud. No final de seu trabalho, tal conceito remete a algo que transcende a diferença de sexos, ultrapassando a oposição entre o homem e a mulher. Isso aponta um novo caminho de compreensão não só sobre o ser do feminino, mas também outra leitura possível para a

masculinidade (Birman, 2001b). Trata-se de um outro registro da sexualidade que se caracteriza pela ausência de referência ao falo como eixo constitutivo do sujeito. Se o lugar do falo representa a pretensão do ser humano à perfeição, a feminilidade se inscreve no registro da falta e do vazio, estando no âmago da experiência do desejo.

> a feminilidade é a forma crucial de ser do sujeito, pois sem a ancoragem nas miragens da completude fálica e da onipotência narcísica, a fragilidade e a incompletude humanas são as formas primordiais de ser do sujeito. Justamente por isso que o sujeito seria desejante. O que nos move no erotismo é a certeza de nossa incompletude, por um lado, e a crença na completude a ser oferecida pelo gozo, por outro. (Birman, 1999, p.53)

Se a feminilidade encontra-se presente na fundação do sujeito, a ordem fálica opera o seu ocultamento, silenciando-a e transformando-a em continente negro. O que está em questão na adesão incondicional à lógica fálica é o próprio narcisismo humano, na medida em que o território originário da feminilidade revela nossa origem bem pouco nobre.

Desse modo, "tanto os homens quanto as mulheres teriam horror à experiência da feminilidade, justamente pela ausência do falo. Como conseqüência disso, existiria uma forma de **recusa** desta pelo **terror** que provocaria na subjetividade, que se organizaria pela oposição sistemática contra aquela" (Birman, 2001b, p.225). Se a condição de castrados vale para todos os seres humanos, a adesão à lógica fálica busca ocultar tal fato.

A partir da uma leitura do texto *Análise terminável e interminável*, Cruz (2002) também vai ressaltar a positividade do conceito de feminilidade, agora no sentido de que sua admissão se colocaria como uma meta analítica: o final da análise se dá a partir da possibilidade de superação da lógica fálica.

> A *feminilidade* apareceria então como equivalente à castração simbólica, que, colocada como meta e marco do fim de análise, poderia também ser nomeada de diversas outras formas: reconhecimento e acolhimento da alteridade, possibilidade de *outramento*, potência de produção de diferença, engendramento autopoiético, potência de criação de um estilo singular. Ainda que não propriamente sinônimos, referidos a diferentes concepções teórico-clínicas, poderíamos dizer, entretanto, que tais nomeações apontariam para uma modalidade de funcionamento subjetivo para além da lógica fálica, lógica dominante na subjetividade contemporânea,

> capturada e capturável nas poderosas teias que o significante *falo* tece no imaginário social e pessoal. (p.35)

Segundo Birman (2001b), a partir de uma leitura do psiquismo no qual o feminino porta positividade é possível formular um outro conceito de sublimação, que não implica necessariamente na dessexualização da pulsão. Nesse sentido, a carga erótica é mantida na criação de um novo objeto para a força pulsional.

> tanto a erogeneidade auto-erótica quanto a sublimação seriam maneiras de lidar positivamente com a feminilidade, isto é, pela assunção e pelos destinos delineados para o masoquismo erógeno.
>
> A sublimação aqui seria, pois, definida pela noção de **sublime** e não pela de **belo** (...). Pela sublimação o sujeito realizaria, com efeito, uma **ação sublime**, criando destinos possíveis para as forças pulsionais e as intensidades. Pela sublimação, além disso, o sujeito realizaria criações que romperiam com as fronteiras estritas estabelecidas para o belo. (p.240)

O conceito de feminilidade portaria uma crítica radical à tradição do patriarcado pela qual a perfeição foi sempre concebida como marca inconfundível do humano. Tomar a feminilidade como originária do sujeito e como território inaugural do erotismo afetaria de modo radical a estrutura patriarcal que marcou a cultura ocidental desde a Antiguidade. Isso permite redimensionar alguns paradigmas do imaginário social como as noções de completude, perfeição e beleza.

A feminilidade ressignifica o lugar central dado ao falo na teoria psicanalítica. No entender de Birman (2001b), esse conceito permitiria novos olhares sobre as formas de subjetivação produzidas no mundo pós-moderno, bem como os papéis de homens e mulheres que ganham novas configurações na cena contemporânea. Ao contrário de um trabalho civilizatório antierógeno por natureza, assumir a feminilidade seria a afirmação de que a condição humana não pode fugir das dimensões eróticas e intensivas da pulsão.

Assim como o(s) conceito(s) de depressão, a questão da mulher e da feminilidade também se configura como um campo complexo. No último século, os movimentos feministas somados às mudanças socioeconômicas nos países capitalistas produziram profundas transformações na condição da mulher. No entanto, as conquistas não se dão igualmente em todas as classes sociais e culturas. O trabalho não se configura como objeto de realização pessoal ou fonte de segurança financeira de forma

generalizada, seja por estarem apartadas do mercado, seja pelas condições de trabalho nas quais se inserem. A restrição ao universo doméstico ainda se constitui como uma realidade para parcela delas. As representações sociais acerca da mulher constituídas pelo feminismo coexistem com aquelas cristalizadas ao longo dos séculos pela cultura patriarcal.

Delineado o campo de questões no qual a presente pesquisa se insere, passamos agora à apresentação do referencial teórico conceitual que norteará nosso método de pesquisa.

5. O sujeito como sujeito do grupo: a psicanálise segundo a obra de René Kaës

Ao nos indagarmos sobre a articulação entre depressão em mulheres, sua história de vida e contexto social, nos colocamos a questão da relação indivíduo/sociedade. Relação delicada e complexa que abre riscos de reduções nas quais ou se nega a singularidade do sujeito ou se encaixa o social no modelo da análise individual sem maiores cuidados.

A presente pesquisa fundamenta-se a partir do referencial teórico de René Kaës que se insere no âmbito da Psicanálise de Grupo de linha francesa, representada também por outros autores como Didier Anzieu e Jean-Bertrand Pontalis (Anzieu, 2004).

No que diz respeito ao objeto grupo, a discussão psicanalítica oscilará entre duas visões: ora ele é pensado como conjunto de vínculos que forma a matriz da psique e se constitui como uma passagem obrigatória para a civilização; ora ele é denunciado como espaço de regressão para a horda primeva e como dispositivo de alienação e de captação imaginária (Kaës, 2000). Caberia à investigação psicanalítica sobre grupos discriminar quando ele se presta a um ou outro aspecto.

Ao expor as hipóteses que organizam os trabalhos dos psicanalistas franceses sobre o grupo na década de 60, Kaës (2000) aponta três aspectos principais.

1. O pequeno grupo como objeto: Pontalis restitui ao grupo seu valor de objeto psíquico para seus sujeitos. O grupo é considerado antes de tudo como um objeto de investimentos pulsionais e representações inconscientes.
2. O grupo como realização dos desejos inconscientes: Anzieu propõe um modelo de inteligibilidade do grupo a partir do modelo do sonho: ele seria um meio e lugar *da realização imaginária dos inconscientes infantis*.
3. O acoplamento grupal das psiques: Ao final da década de 1960, Kaës reformula a hipótese segundo a qual o grupo seria sede de uma realidade psíquica própria. Tal realidade seria contida, produzida, administrada e transformada através daquilo que ele conceituou como aparelho psíquico grupal.

A ideia do grupo como uma conquista da civilização, que porta importantes funções contra a solidão, o desamparo e os perigos a que o ser humano está submetido, é muito antiga e difundida nas mais diversas culturas. Esse sistema de proteção e defesa contra mudanças próprio dos grupos faz parte de um contrato que se funda a partir de diversos fatores: identificações mútuas, representações e ideais comuns, alianças conjuntas e também sobre renúncias às satisfações pulsionais imediatas e ideais dos sujeitos.

O grupo também porta funções terapêuticas na medida em que é um lugar da reunificação interna, de sentido e de vínculo, do acordo recobrado entre o sonho e o mito. Segundo Kaës (2000, p.13):

> O grupo tem um papel intermediário decisivo nas relações e nos movimentos de equilíbrio e de transformação que afetam a sociedade nas diversas dimensões de sua organização social, cultural, econômica e política. Obtém dessas funções intermediárias seu valor de instrumento de socialização, na medida em que assegura a continuidade e a passagem entre o grupo primário (a família), os grupos secundários (grupos de pares, grupos de aprendizagem, grupos de pressão) e o corpo social.

A questão grupal na psicanálise se introduz desde sua origem, na própria formação do grupo dos primeiros psicanalista que se reúnem em torno de Freud. Tal cenário necessário para a construção da psicanálise, também se presta ao desenrolar de uma série de fantasias e projeções. “Freud necessita deste grupo para ser, qual Schliemann, Alexandre e Moisés, o descobridor dessa terra prometida perdida.” (Kaës, 2000, p.23).

Nos textos: *Projeto para uma psicologia científica* e *Estudos sobre a histeria*, o grupo aparece antes de tudo como um modelo de organização e de funcionamento intrapsíquico.

> Freud chama grupo psíquico (*der psychische Gruppe*) a um conjunto de elementos (neurônios, representações, afetos, pulsões...), ligados entre si por investimentos mútuos, que formam uma certa massa e funcionam como atratores de ligação. (...) O primeiro esboço freudiano de definição do eu é o de grupo psíquico; a primeira representação do inconsciente é a de grupo psíquico clivado. (Kaës, 2000, p.25)

O grupo intersubjetivo irá fornecer a metáfora para representar um primeiro modelo da estruturação e do funcionamento do aparelho psíquico. Tal modelo, extremamente fecundo, é ao mesmo tempo bastante desconhecido pelos leitores de

Freud, mas bem recorrente em sua obra. Ele organiza a representação dos processos primários, das formações de compromisso, das identificações do eu, dos complexos, imagos e fantasias.

A hipótese de Freud (1921/1996, 1913-1914/1996) sobre uma psique de massas, formulada ao longo de textos como *Psicologia de grupo e análise do ego* e *Totem e Tabu*, supõe a existência de formações e processos psíquicos inerentes aos conjuntos intersubjetivos. Desse modo, a realidade psíquica não está total e exclusivamente localizada no âmbito do indivíduo.

> *Totem e tabu* não é somente uma especulação de Freud que 'aplica' a psicanálise à gênese das formações sociais; Freud desvela ali a vertente paterna do complexo de Édipo, seus componentes narcísicos e homossexuais; sustenta hipóteses fortes sobre a transmissão psíquica das formações transindividuais da psique, sobre a origem e o originário. Da mesma maneira, *Psicologia de massas e análise do eu*, não é exclusivamente um ensaio da 'psicologia social', no sentido em que a entendemos hoje: Freud utiliza esta noção só para introduzir na problemática da psicanálise a abertura intersubjetiva dos aparatos psíquicos entre si, no lugar onde se pode apreender conjuntamente a estrutura do vínculo libidinal entre vários sujeitos, a natureza e o papel das identificações, a função dos ideais e a formação do eu. *O futuro de uma ilusão*, *O mal estar na cultura* e até a última obra, *Moisés e a religião monoteísta*, mantém aberta a investigação nessa direção. (Kaës, 2000, p.27)

Freud irá abordar em diversos pontos de sua obra a indissociabilidade entre indivíduo e sociedade. Em *Sobre o narcisismo*, ele irá afirmar que a formação do ideal do ego no sujeito, assim como do superego surge inicialmente da influência crítica de seus pais, sofrendo posteriormente o peso de outras figuras significativas em sua história e da opinião pública geral. Assim, o ideal de ego é uma das peças chave para o entendimento da psicologia de grupo:

> Além do seu aspecto individual, esse ideal tem seu aspecto social; constitui também o ideal comum de uma família, uma classe ou uma nação. Ele vincula não somente a libido narcisista de uma pessoa, mas também uma quantidade considerável de sua libido homossexual, que dessa forma retorna ao ego. (Freud (1914/1996, p.119)

Tanto em *Psicologia de grupo e a análise do ego* como em *Totem e tabu*, Freud afirma que o Outro intervém com regularidade na vida psíquica do sujeito, seja

como objeto, modelo, apoio ou adversário. Desse modo, a psicologia individual se constitui simultaneamente como uma psicologia social.

> A psicologia dos grupos é a mais antiga psicologia humana; o que isolamos como psicologia individual, desprezando todos os traços do grupo, só depois veio a ser notório a partir da velha psicologia de grupo, através de um processo gradual, que talvez possa, ainda, ser descrito como incompleto. (Freud, 1921/1996, p.156)

A psicologia de grupo investigaria o indivíduo como membro de um conjunto maior, seja uma raça, um país ou uma instituição. Todo sujeito é parte constitutiva de vários grupos, estando ligado a estes por vínculos de identificação e constituindo seu ideal de ego a partir de modelos advindos de componentes culturais e sociais. Ele partilha, no entender de Freud, de diversas *mentes grupais*.

Os laços libidinais que se formam entre os sujeitos de um grupo, provocam profundas alterações de suas atividades mentais e de seu comportamento. A identificação se constitui como alicerce desses laços, matéria prima do vínculo. Segundo Kaës (2005a, p.131): "A identificação com o objeto do desejo e com a fantasia inconsciente do outro é uma passagem obrigatória para se ter um lugar nos vínculos entre gerações." Por suas características, tal mecanismo seria a base da transmissão psíquica (Trachtenberg, Koptike, Pereira, Chem e Mello, 2005).

A identificação é a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa, se derivando da primeira fase da organização da libido na qual o objeto é incorporado de modo oral[8]. A identificação coloca o outro (exterior) no processo de formação do psiquismo: "a identificação esforça-se por moldar o próprio ego de uma pessoa segundo o aspecto daquele que foi tomado como modelo" (Freud, 1921/1996, p.134).

Freud concebe que as fronteiras do ego não são fixas e permanentes, elas se constroem ao longo da vida e sofrem flutuações. O bebê recém nascido não reconhece a separação eu/outro, aprendendo gradativamente a fazê-lo ao longo de seu desenvolvimento.

> Originalmente o ego inclui tudo; posteriormente, separa de si mesmo, um mundo externo. Nosso presente sentimento do ego não passa, portanto, de apenas um

[8] Sobre a organização oral ou canibalesca, Freud (1905/1996, p.187) afirma: "Nela, a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, nem tampouco se diferenciaram correntes opostas em seu interior. O objeto de uma atividade é também o da outra, e o alvo sexual consiste na *incorporação* do objeto — modelo do que mais tarde irá desempenhar, sob a forma da *identificação*, um papel psíquico tão importante"

> mirrado resíduo de um sentimento muito mais inclusivo – na verdade, totalmente abrangente –, que corresponde a um vínculo mais íntimo entre o ego e o mundo que o cerca. (Freud, 1930 [1929]/1996, p. 85)

Em seu processo de socialização, o ser humano encontra-se dividido entre tendências de ligação (pulsão de vida) e tendências agressivas (pulsão de morte), entre o princípio do prazer e o princípio da realidade. Ele necessita para se manter no convívio social, trocar uma parcela de sua possibilidade de felicidade individual por uma parcela de segurança.

A renúncia ao instinto vem em função do medo de agressão por parte da autoridade externa ou pelo medo da perda de seu amor. A autoridade externa torna-se ao longo da vida autoridade interna, parte de seu superego, influenciando na dinâmica pulsional do sujeito.

A consciência do indivíduo se estrutura a partir desse processo de renúncia pulsional imposta a partir do um exterior. "Toda renúncia ao instinto torna-se agora uma fonte dinâmica de consciência, e cada nova renúncia aumenta a severidade e a intolerância desta última. (...) a consciência é o resultado da renúncia instintiva, ou que a renúncia instintiva cria a consciência" (Freud, 1930 [1929]/1996, p.180). Todas essas afirmações levam à constatação de que o universo relacional e histórico-cultural é a base para a constituição do sujeito psíquico.

A relação com o mundo externo está na base da produção do sofrimento psíquico. Em seu texto *Mal estar na civilização*, Freud (1930/1996) associa a produção do sofrimento neurótico às frustrações da vida. Ele seria um modo do sujeito lidar com a questão da necessidade de satisfação e as restrições impostas pelo mundo. A partir dos sintomas, o neurótico cria satisfações substitutivas para si, que acabam por lhe criar uma série de dificuldades, seja consigo, seja na relação com os outros.

A não dissociação entre indivíduo e sociedade pode também ser observada no paralelo que Freud faz entre um superego individual e um superego cultural:

> Pode-se afirmar que também a comunidade desenvolve um superego sob cuja influência se produz a evolução cultural (...). O superego de uma época de civilização tem origem semelhante à do superego de um indivíduo (...). O superego cultural desenvolveu seus ideais e estabeleceu suas exigências. Entre estas, aquelas que tratam das relações dos seres humanos uns com os outros estão abrangidas sob o título de ética. (Freud, 1930/1996, p.191)

Desse modo, Freud levanta a hipótese de que, se o desenvolvimento da civilização possui tantos paralelos com o desenvolvimento do indivíduo, é possível que, sob certas condições sociais de uma determinada época, haja uma produção específica de neurose nos indivíduos.

Entre os textos: *Totem e tabu* e *Moisés e o monoteísmo* (1912 a 1938), Kaës (2000) identifica três modelos que tratarão de dar conta das formações e processos da realidade psíquica no grupo:

- Primeiro modelo – *Totem e tabu* – a realidade psíquica própria ao grupo se baseia nos efeitos da aliança fraterna para assassinar o Pai da Horda Primeva. É aí que se dá a passagem da horda para o grupo instituído na cultura.
- Segundo modelo – *Psicologia de massas e análise do eu* – no processo psíquico do agrupamento *a identificação é o eixo que ordena a estrutura libidinal dos vínculos intersubjetivos*. A partir da análise da relação dos sujeitos com o líder, observa-se uma transferência de formações intrapsíquicas para a figura do chefe. Esse movimento implica, por parte de cada sujeito, o abandono de uma parte de seus próprios ideais e de seus próprios objetos de identificação.
- Terceiro modelo – *O mal estar na civilização* – seu princípio é a renúncia mútua da realização direta dos fins pulsionais. Este pacto de renúncia é o que possibilita os vínculos de amor e o desenvolvimento da cultura.

> Neste texto Freud introduz novamente o narcisismo como centro das formações coletivas: o narcisismo das pequenas diferenças delimita o pertencimento, a identidade e a continuidade do conjunto; distingue cada grupo de qualquer outro. Esta 'terceira' diferença, ao lado das de sexo e de geração, especifica a relação de cada sujeito com a psique de grupo na qual está narcisicamente sustentado, e que ele sustenta. (Kaës, 2000, p.29)

A articulação entre esses três modelos se dá pela concepção de formações psíquicas intermediárias e comuns à psique do sujeito singular e dos conjuntos intersubjetivos (o ideal de eu, as diferentes figuras de mediador, os correlatos míticos das fantasias, a comunidade de fantasias e de identificações etc.).

Tais modelos formam a base para o desenvolvimento posterior das teorias psicanalíticas de grupo. Tais teorias vão propor três hipóteses:

- A psique individual possui uma organização grupal;
- O grupo é o lugar de uma realidade psíquica específica;
- A realidade psíquica do grupo precede o sujeito e o estrutura.

Nesse sentido, *o sujeito será sempre sujeito do grupo*:

> O conceito de sujeito de grupo qualifica o sujeito do inconsciente sob o aspecto em que ele se constitui no recalcamento pela parte que lhe impõe o fato de ser elo, herdeiro, servidor e beneficiário do conjunto intersubjetivo que o precede, e por esta outra parte que ele paga para manter certas formações psíquicas próprias do conjunto. (Kaës, 1997, p.277)

Desse modo, o sujeito do inconsciente é sujeito da herança. A partir da cadeia intersubjetiva que o precede, ele transmite e produz matéria psíquica, formações comuns ao sujeito e aos grupos intersubjetivos dos quais é parte constituinte e constituída. Segundo Kaës (1997, apud Trachtenberg et al., 2005) aquilo que se transmite de um psiquismo a outro é da ordem das configurações de objetos psíquicos (fantasmas, afetos, representações). São transmitidos objetos, seus vínculos e sistemas de relações de objeto.

O que está em jogo na questão da transmissão psíquica é a formação do próprio Inconsciente, assim como os efeitos de subjetividade derivados da intersubjetividade.

> O grupo precede o sujeito do grupo: isso significa que, de certa maneira, não nos é dado escolher não ser incluído no agrupamento, assim como não nos é dado escolher ter ou não ter um corpo: é assim que viemos ao mundo, pelo corpo e pelo grupo, e o mundo é corpo e grupo. A subordinação ao grupo funda-se na inelutável rocha da realidade intersubjetiva como condição de existência do sujeito humano. O que é inelutável é que somos postos no mundo por mais de um outro, por mais de um sexo, e que nossa pré-história faz de cada um de nós, bem antes de nascermos, o sujeito de um conjunto intersubjetivo, cujos sujeitos nos têm e nos mantêm como servidores e herdeiros de seus 'sonhos de desejos insatisfeitos', de seus recalcamentos e de suas renúncias, na malha de seus discursos, de suas fantasias e de suas histórias. (...) Arrisquei-me formular que o sujeito é primeiro um 'intersujeito'. (Kaës, Faimberg, Enriquez e Baranes, 2001, p.13)

Conforme Kaës (2005a, p.64), a identidade do sujeito se constrói a partir de dois processos distintos e articulados:

- A partir de representações e enunciados fundamentais do conjunto humano que se fundam sobre os contratos coletivos e mitos, e sustentam nos sujeitos as certezas, crenças e interditos. O contrato de renúncia mútua à realização dos fins pulsionais, o contrato narcísico e as alianças

inconscientes, especialmente o pacto denegativo, se incluem como parte dos contratos coletivos.

- A partir das representações enviadas ao grupo do exterior. Assim, a identidade do sujeito não se constrói apenas a partir de seu grupo de pertencimento, mas também do olhar exterior a este. Tais representações são importantes na medida em que auxiliam na diferenciação dentro/fora.

Kaës em sua obra irá aprofundar a discussão da relação entre sujeito e grupo, constituindo uma metapsicologia para se pensar essa dimensão. Segundo tal autor, o interesse da psicanálise sobre os grupos se diferencia da psicologia e da sociologia, na medida em que ela tem como foco os efeitos do inconsciente sobre os processos de grupo e os efeitos do grupo sobre os processos psíquicos (Kaës, 2000).

Ele enumera os aspectos que uma teoria psicanalítica de grupo deve dar conta para ser tomada como tal:

> - Uma teoria da realidade psíquica própria do *grupo enquanto conjunto específico*. Nesse aspecto, "Grupo" designa a forma e a estrutura de uma organização dos vínculos intersubjetivos entre vários sujeitos do inconsciente, tal que suas relações produzem formações e processos psíquicos específicos;
> - Uma teoria dos *vínculos intersubjetivos* dos quais o grupo é a manifestação e, em parte, a matriz;
> - Uma teoria do *sujeito do inconsciente* enquanto *sujeito de/na intersubjetividade*. Tal teoria pode incluir a hipótese segundo a qual o grupo constitui um dos lugares de formação do inconsciente. A esse terceiro setor da teoria se agrega uma hipótese forte segundo a qual 'grupo' designa a forma e a estrutura de uma organização *intrapsíquica* caracterizada pelas ligações mútuas entre seus elementos constitutivos (objetos psíquicos) e pelas funções que esta cumpre no aparato psíquico e nos vínculos intersubjetivos. De acordo com esta concepção, a *grupalidade psíquica* é essencialmente uma organização característica da matéria psíquica, e os grupos internos são os organizadores dos vínculos do grupo. (Kaës, 2000, p.19)

A partir dos estudos psicanalíticos sobre grupos, temos o pressuposto de que a psique se estrutura a partir da intersubjetividade. O aparelho psíquico seria constituído de "lugares e processos que contêm ou introjetam as formações psíquicas de mais de um outro num feixe de traços, marcas, vestígios, emblemas, signos e significantes, que o sujeito herda, recebe e deposita, transforma e transmite." (Fernandes, 2003)

Conforme discutido anteriormente, na psicanálise, a questão da intersubjetividade no funcionamento psíquico está posta a partir de diversos aspectos. A própria transferência pode ser considerada, não só como uma modalidade técnica de cura, mas também como parte de uma concepção de sujeito inatamente constituído nos vínculos da intersubjetividade (Kaës, 2005a).

Para compreender a origem intersubjetiva do psiquismo, Kaës retoma em Freud a teoria do apoio.

Ao analisar as funções da sexualidade infantil, Freud (1905/1996) afirma que a atividade sexual em seus primórdios apoia-se nas funções vitais que servem à manutenção da vida. Só depois ela se torna independente dessas funções. Assim, os conteúdos psíquicos mais primitivos derivam do apoio que a pulsão encontra sobre experiências de satisfação das necessidades corporais vitais.

Segundo Freud (1914/1996), o narcisismo do bebê se apoia sobre o narcisismo de seus pais. O amor parental superinvestido na figura da criança se constitui a partir do resgate do narcisismo dos próprios pais transformado agora em amor objetal. Doravante, o filho será o portador dos sonhos não realizado de seus pais.

A partir dessa lógica, o Eu da criança vai se apoiar sobre a atividade psíquica do Eu materno; as identificações, as formações do Ideal e os modelos de sublimação vão se apoiar sobre certos valores e imposições coletivos organizados socialmente (Kaës, 1997).

Desse modo, o psiquismo se constrói através do grupo, sendo estruturado a partir de múltiplos apoios:

> junto al apoyo del psiquismo sobre funciones bio-fisiológicas corporales, existe um apoyo de formaciones psíquicas sobre el grupo y sobre las instituiciones, particularmente y em primer lugar, sobre sus representantes y sus formas más inmediatas cargadas de significación: la familia, la madre. (Kaës, 1985, p.2)

Podemos considerar que *o Eu é grupo*, tendo em vista a origem de seu apoio e a natureza de seus conteúdos – constituídos essencialmente através de processos de identificação. Como grupo, o Eu é também fronteira, limite, filtro e barreira, cujos limites não são fixos, mas sim flutuantes (Kaës, 1997).

Ao considerar as formações grupais do psiquismo e seu apoio múltiplo Kaës visa sustentar teoricamente a articulação entre o intrapsíquico e o grupal e institucional.

Segundo Freud, a realidade psíquica é partilhada com outros sujeitos. Ele afirma isso a partir da investigação sobre diferentes processos: a identificação por meio

do sintoma, a comunidade de fantasia, o apoio dos impulsos do Eu no Eu materno. Nesse sentido, Kaës (1997) irá desenvolver uma noção politópica do Inconsciente, apontando que este "não coincide estritamente nos seus processos de formação, nos seus conteúdos e nas suas manifestações com os limites e a lógica interna do aparelho psíquico do sujeito, considerado isoladamente" (p.95).

O sujeito então se constitui, em sua essência, como sujeito do grupo – herdeiro, servidor e beneficiário do grupo. Seu próprio espaço intrapsíquico é estruturado em forma de grupo. Kaës formula aí o conceito de grupos internos, que se definem como uma configuração de vínculos entre os elementos psíquicos, que organizam o funcionamento do aparelho psíquico. Como exemplos dos grupos internos, temos: a imagem do corpo, a imago da psique, imagos e complexos familiares, as redes identificatórias e fantasias originárias.

Os grupos internos constituem a estrutura a partir da qual o sujeito transfere, se enuncia, se interpreta. Eles definem a fantasia, o sistema de relações de objeto, o Eu, a estrutura das identificações, os complexos e as imagens.

Além dessas funções para o sujeito, os grupos internos também têm:

> um papel de organizadores psíquicos inconscientes no arranjo dos vínculos intersubjetivos e das formações psíquicas grupais a partir das propriedades de sua estrutura e dos processos de ligação/desligação que comandam. O conceito de grupo interno torna-se, assim, o operador pelo qual podem ser postos em relações recíprocas as formações e os processos da realidade intrapsíquica e o aparelho psíquico do agrupamento. (Kaës, 1997, p.129)

Kaës define o conceito de *organizadores psíquicos do grupo* como formações inconscientes complexas que possibilitam, expressam e sustentam os vínculos do agrupamento. Eles se configuram como uma estrutura e uma forma de realidade psíquica inconsciente, capaz de desempenhar um papel no arranjo e no desenvolvimento dos vínculos grupais e na relação de cada sujeito com a 'unidade' grupal (Kaës, 1997, p.175).

Os organizadores se sustentam a partir de algo que é deixado à parte e que pode seguir diferentes destinos: denegação, recalcamento, depósito etc. Neles há o predomínio dos processos primários, regidos pelos mecanismos de projeção e de identificação projetiva e introjetiva, bem como por identificações adesivas ou incorporações que se dão por deslocamento, condensação e difração (Kaës, 2000, p.75).

Podemos distinguir organizadores psíquicos (intra, inter e transpsíquicos) e organizadores socioculturais. Como exemplos dos primeiros, temos as fantasias originárias, a imagem do corpo, os complexos familiares e imagóicos, a imagem do aparelho psíquico subjetivo. Já os organizadores socioculturais podem ser exemplificados pelos pressupostos básicos, os mitos, ritos e a ideologia. Estes, por seu caráter impessoal e não individualizado, contribuem para a formação e transformação da psique do sujeito e dos processos e formações mobilizados no vínculo grupal.

Os organizadores socioculturais são:

> o resultado da transformação, pelo trabalho, do social e da cultura dos núcleos inconscientes da representação do grupo. Sua função é de produzir, em código, de maneira normativa a realidade psíquica grupal. A elaboração social e cultural de representações (ideológicas, utópicas, míticas ou científicas) produz modelos de grupalidade que se inscrevem nas instituições que eles organizam. (Kaës, 1997, p.178).

Ainda segundo o autor, os organizadores psíquicos inconscientes organizam as formações e os processos do desejo, do amor e do ódio que constituem o vínculo entre o sujeito, seus objetos e ele próprio. Tais formações inconscientes associam representações, emoções, roteiros e esquemas de transformação, designando lugares correlatos com os quais os membros do grupo podem se identificar. Eles reduzem a dispersão e diversidade dos elementos de modo a arranjar em uma unidade funcional e estrutural, a dinâmica e economia da formação do vínculo (Kaës, 1997).

Nos grupos há sempre uma tensão entre organizadores socioculturais e psíquicos, assim como nestes, entre organizadores principais e secundários. Nesse sentido, a ideologia se configura como instância final e resolução de tal conflito ao produzir uma transformação fetichista e idealizada de um deles. Em sua função hiperorganizadora, ela acaba por abolir o espaço psíquico.

Segundo Kaës (1997), a ideologia, assim como o mito, cumpre uma função de manutenção do contrato narcísico do grupo. A mentalidade ideológica cumpre uma dupla função de ataque e de defesa, servindo como modo de garantir a segurança psíquica do sujeito e seu grupo.

> La posición ideológica se establece como defensa contra lo abierto por donde aparece la amenaza de persecución del afuera y la ambivalencia del adentro, es decir, la destruicción del objeto bueno. Em cierta manera es uma defensa contra la mentalización, contra el grado cero del pensar: contra lo experimentado. Es uma

> posición de clausura sobre el objeto idealizado, bajo cuyo dominio son presentar, el acutar y el vincular. Triple sumisión al ideal (idealogía), ao ídolo (idología) y a la idea de omnipotencia (ideología). (Kaës et al., 1979, p.44)

A ideologia sustenta e transmite a razão de ser do conjunto, dando um lugar para cada sujeito no grupo, formulando um sistema de representações. Desse modo, o grupo e seus enunciados dão as condições necessárias para a constituição de um sujeito do discurso. Segundo Fernandes (2005), a ideologia cumpre nos grupos sociais, uma função de articulação entre o processo psíquico e o grupal.

A partir do que foi exposto acima, podemos afirmar que o grupo externo se organiza como uma extensão dos grupos internos dos sujeitos. O grupo intersubjetivo é uma estrutura e forma da realidade intrapsíquica, colocada em cena a partir de uma organização fantasmática de relações, de lugares e de ações.

A realidade psíquica grupal apoia-se na psique dos sujeitos do grupo, principalmente sobre os grupos internos. Ela recebe suas projeções, depósitos e investimentos. A realidade psíquica do grupo gera, utiliza, capta e transforma os investimentos das psiques individuais (Kaës, 1997).

Kaës, em seu trabalho sobre grupos a partir da psicanálise, irá constituir uma teoria sobre o aparelho psíquico grupal, como uma construção psíquica comum entre os membros de um grupo para a constituição do mesmo.

> O aparelho psíquico grupal é um ‘aparelho’ irredutível ao aparelho psíquico individual: não é sua extrapolação. Cumpre um trabalho psíquico particular: produzir e tratar a realidade psíquica do e no grupo. É um dispositivo de ligação e transformação dos elementos psíquicos e só funciona pelas contribuições de seus sujeitos. Nos grupos, pelo fato do agrupamento e pelos efeitos do agrupamento, se produz certa combinação das psiques, e este acoplamento define a realidade psíquica ou a ‘psique’ do grupo (Kaës, 2000, p.74).

O aparelho psíquico grupal se constitui como um espaço intermediário entre o dentro e o fora. Como espaço transicional, ele se configura também como lugar de ilusão e da experiência cultural (Kaës, 1985).

Tal construção teórica é fundamental para se avançar na investigação sobre a passagem entre o campo histórico-social-cultural e a constituição do sujeito. Ela contribui com a sistematização de um aporte psicanalítico para aprofundarmos os estudos sobre o processo de constituição de um sujeito psíquico a partir de seus vínculos grupais, institucionais, sociais. Campo amplo a ser explorado pela psicologia social.

> O modelo de aparelho psíquico grupal tem como função explicar o que liga as psiques dos sujeitos de um grupo, a maneira pela qual se efetuam as ligações e seus efeitos na transformação do espaço psíquico do grupo (...) Sua característica principal é assegurar a mediação e a troca de diferenças entre a realidade psíquica nos seus componentes intrapsíquicos, intersubjetivos e grupais e a realidade grupal em seus aspectos societários e culturais. (Kaës, 1997, p.168)

O funcionamento do aparelho psíquico grupal se desenvolve a partir da tensão dialética entre dois polos: o polo homomórfico e o polo isomórfico.

O polo isomórfico corresponderia ao que Freud descreveu como a massa, ou seja, um objeto comum para os membros do grupo que leva à perda dos limites individuais. Na massa predominam a homogeneidade mental, a exaltação e emotividade, as reações impulsivas e automáticas. O polo isomórfico do aparelho psíquico grupal é efeito do processo de não diferenciação. Sua função é reduzir ou negar a diferença entre aparelho psíquico grupal e espaço psíquico subjetivo. Há a ilusão de que os Eu(s) dos sujeitos do grupo coincidem em um Eu grupal único. Nesse sentido, só há um espaço psíquico grupal e não espaços psíquicos individuais separados (Kaës, 1985, 2000).

O polo homomórfico se caracterizaria como o momento no qual é possível a diferenciação entre os espaços do aparelho psíquico grupal e do aparelho psíquico individual. Desse modo, a relação de cada membro com o grupo é possível ser pensada e elaborada (Kaës, 1985, 2000). A condição para um funcionamento homomórfico é que as proibições estruturantes tenham sido enunciadas e integradas.

> O pólo homomórfico é o pólo da diferenciação dos processos, das significações, dos papéis, dos lugares e das tarefas. Ele estrutura o grupo e as relações de grupo na referência à lei diferenciadora da ordem simbólica. A aparelhagem psico-grupal ajeita os espaços abertos onde pode surgir uma palavra pessoal. Prevalece aqui o narcisismo de vida: o que subiste de aleatório nos objetos e em suas relações pode ser tolerado. (Kaës, 1997, p.212)

É no jogo entre esses dois polos que se dá o processo grupal. Tal tensão dialética se articula em última instância à oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte[9].

---

[9] Assim como, segundo Freud, há uma tendência de retorno ao inanimado tanto no organismo biológico como no aparelho psíquico grupal, podemos também considerar que, no aparelho psíquico grupal, há uma tendência a voltar a uma posição de indiferenciação psico-grupal (Kaës, 1997).

A articulação entre o espaço intrapsíquico e o grupo pressupõe formações psíquicas comuns a esses dois âmbitos, denominadas de formações intermediárias. Estas asseguram a mediação, a articulação e a passagem entre os espaços intrapsíquicos, intersubjetivos e transubjetivos.

> Formações e processos intermediários são formações e processos de ligação, de passagem de um elemento a outro seja no espaço intrapsíquico (formações de compromisso, pensamento de ligação, Eu, metáfora...), seja no espaço interpsíquico (mediadores, representantes, delegados, objetos transicionais, porta-voz...) seja na articulação entre esses dois espaços. Sua função é tornar possível a continuidade da vida psíquica, sua complexidade, sua regulação, sua representação por ela própria (auto-representação) e sua representação para outros sujeitos (alo-representação). (Kaës, 1997, p.224)

O pré-consciente na primeira tópica e o ego, na segunda, as formações de compromisso, como o sintoma e o sonho cumprem uma função intermediária de ligação, passagem, mediação ou transformação.

Ao pensar a categoria de intermediário, Kaës faz analogias com o trabalho de Winnicott (1975) sobre o objeto e espaço transicional: área intermediária de experiência, nem dentro nem fora, onde a criança desenvolve o brincar. É a partir desse espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente que a experiência cultural pode se desenvolver. Desse modo, o termo *experiência cultural* é utilizado como uma ampliação da noção de brincadeira e de fenômenos transicionais.

Assim diz Winnicott (1975, p.138):

> Utilizando a palavra ‘cultura’, estou pensando na tradição herdada. Estou pensando em algo que pertence ao fundo comum da humanidade, para o qual indivíduos e grupos podem contribuir, e do qual todos podemos fruir, *se tivermos um lugar para guardar o que encontramos.*

Kaës irá fazer uma análise da noção de intermediário ao longo da obra de Freud. Tal noção subjaz a uma diversidade de ideias formuladas pelo autor: a formação de compromisso (sintoma, sonho, lapso), o pensamento intermediário, o pré-consciente, o jogo do carretel, a figura de Moisés e do líder, o Eu.

Dentro dos processos intermediários localizados entre o espaço intrapsíquico e intersubjetivo, Kaës (1997) irá desenvolver o conceito de funções fóricas que designam lugares subjetivos que portam ou transportam algo no grupo. O porta-voz, porta-ideal, porta-sonho, porta-sintoma seriam exemplos dessas funções.

Se por um lado, os grupos são organizados positivamente sobre identificações comuns, comunidades de ideais e crenças, investimentos mútuos, por outro, eles também se organizam negativamente sobre um conjunto de renúncias e recalcamentos, sobre um 'deixar de lado'. Segundo Kaës (2005c, p.48), "o vínculo intersubjetivo se organiza sobre uma série de operações de repressão, de renegação e de recusa". O grupo possui uma função co-recalcante com relação aos sujeitos. A construção de uma metapsicologia dos grupos retoma o conceito de recalque, naquilo que este se coloca como processo fundamental e constitutivo da vida psíquica (Fernandes, 2003).

Nesse sentido, o inconsciente de cada sujeito é formado a partir do vínculo:

> Sobre as funções co-repressoras e mais geralmente co-defensivas constitutivas do inconsciente, minha hipótese de base é a seguinte: em todo vínculo, o inconsciente se inscreve e se diz várias vezes, em vários registros e em várias linguagens, em cada sujeito e no vínculo mesmo. O corolário desta hipótese é que o inconsciente de cada sujeito leva, em sua estrutura e em seus conteúdos, partes do inconsciente de outro e, mais precisamente, de mais de um outro. (Kaës, 2005c, p.49)

Fernandes (2003) afirma que se o recalque se dá na dimensão intra-psíquica, ele só pode ser mantido se aquilo que foi retirado da dimensão consciente seja sustentado pelo grupo. No grupo o recalcamento e a negatividade são partes intrínsecas da formação e sustentação do sujeito e dos grupos. A figura do Negativo opera tanto na constituição como na manutenção do recalque, algo deve ser mantido fora do grupo para benefício do sujeito e do grupo. Kaës (1997, 2005a) formula a hipótese de que a construção dos laços sociais tem como base a própria negatividade: é sobre ela que se estrutura a positividade da vida psíquica.

Desse modo, o recalque se faz presente no grupo através daquilo que Kaës (1997) denomina como alianças inconscientes, que se caracterizam como formações psíquicas intersubjetivas construídas pelos sujeitos de um vínculo, que sustentam formações e processos tanto do vínculo intersubjetivo como intrapsíquicos. Elas são responsáveis pela transmissão da vida psíquica entre as gerações e entre os membros de um grupo.

As alianças inconscientes são associações entre grupos de pensamentos clivados da consciência e possuem a dupla função de organização do vínculo e de defesa. Elas:

situam-se nos pontos de enlace das relações recalcadas mantidas pelos sujeitos singulares e pelos conjuntos de que são parte interessada e parte constituinte. (...) são formações da aparelhagem psíquica dos sujeitos de um conjunto intersubjetivo: casal, grupo, família, instituição. Elas determinam as modalidades do vínculo entre os sujeitos e o espaço psíquico. (Kaës, 1997, p. 269)

Os membros de um conjunto instalam mecanismos de defesa comuns e conjuntos.

Desde os primeiros instantes da vida dos grupos, a repressão, a denegação ou a clivagem das representações perigosas trabalham na produção do inconsciente. Estes mecanismos de defesa co-construídos constituem o princípio das alianças inconscientes. Os conteúdos inconscientes dessas alianças retornam nas modalidades das transferências e do trabalho associativo, segundo as vias próprias de cada um, mas também através das produções psíquicas do grupo como conjunto. (Kaës, 2000, p.50)

Dentre as modalidades de alianças inconscientes temos os pactos denegativos e os contratos narcísicos.

Os contratos narcísicos – noção introduzida por P. Castoriadis-Aulagnier – dizem respeito ao lugar dado ao sujeito como herdeiro de uma cadeia de gerações e investido narcisicamente pelos elementos do grupo. Esse lugar é significado pelo conjunto de vozes que o precede e que se organiza a partir de um mito fundador. O discurso aí constituído envolve ideais e valores, transmitindo a cultura e a palavra de certeza do conjunto social. Cada sujeito deve retomar esse discurso por sua conta, ficando, de algum modo, ligado ao Ancestral fundador. Desse modo, o contrato narcísico possui uma importante função identificante (Kaës, 1997).

O pacto denegativo define-se como aquilo que se impõe em todo vínculo intersubjetivo cujo destino é ser recalcado, negado, denegado, rejeitado ou enquistado no interior de cada sujeito ou de um grupo.

Tal pacto se dá a fim de que o vínculo no grupo se organize e se mantenha, assegurando a continuidade de investimentos dos sujeitos e seus benefícios. Desse modo, o pacto denegativo tem uma função organizadora dos laços do conjunto e também de defesa contra angústias primárias. O descobrimento ou desagragação desses pactos no grupo geram efeitos violentos para os sujeitos aí inseridos (Kaës, 1997, 2005a).

Na presente pesquisa, pretendemos investigar a questão da depressão em mulheres que freqüentam o sistema de saúde público e sua relação com seu contexto de vida, sua rede de apoio social e vínculos grupais. Nesse sentido, procuraremos analisar o viés intersubjetivo da produção do sintoma depressivo, aquilo que ele manifesta ou mantém encoberto do entrelaçamento de espaços psíquicos singulares e grupais.

Se a constituição de nosso psiquismo, de nossa subjetividade está apoiada no grupo e conseqüentemente no social, as transformações que sofremos na cultura contemporânea atingem também a singularidade e o modo de subjetivação de cada um de nós. A transitoriedade e fragilidade das instituições atuais instauram também no sujeito um processo de crise.

Segundo Kaës (2005a), as profundas transformações nas relações sociais e culturais na contemporaneidade geram uma crise multidimensional que afeta os fundamentos e modalidades da vida psíquica. Podemos compreender o mal-estar no mundo contemporâneo como um fenômeno associado a um conjunto de transformações na sociedade atual: mudanças nas estruturas familiares, da relação entre os sexos, mudanças na estrutura de autoridade e nas relações de trabalho, o choque entre culturas. Essas transformações acabam por colocar em xeque as crenças e os mitos que sustentam a base narcísica de nosso pertencimento a um conjunto social, comprometendo os fundamentos de nossa identidade. Estamos constantemente expostos a experiências de desamparo, de exílio e desenraizamento.

Desse modo, as patologias atuais dizem respeito cada vez mais a falhas nos processos de apoio, perturbações do sentido de continuidade e das fronteiras de Si-mesmo, às carências de funções intermediárias e, sobretudo das funções mediadoras do pré-consciente[10].

Podemos considerar que o mal estar na atualidade se deve, em parte, à deficiência das formações intermediárias, pois *nós não dispomos suficientemente, nem de processos que nos introduzam na experiência cultural, nem do lugar 'onde colocar aquilo que achamos'* (Kaës, 2005a).

---

[10] Segundo Freud, o pré-consciente é responsável pelo processo de transformação de certos conteúdos inconscientes em sua passagem para a consciência. A capacidade interpretativa e associativa está ligada a tal sistema, tendo papel fundamental na atividade de simbolização e de sublimação (Kaës, 2005b).
Kaës (2005a) vai enfatizar que os processos e organizações do pré-consciente dependem em parte da vida psíquica do outro: de sua capacidade de *rêverie* (conforme descrito por Bion), de sua capacidade de conter e transformar certas formações psíquicas de outros. A função de porta-voz, formulada por Piera Aulagnier, é um modelo que permite a compreensão da formação do pré-consciente da criança a partir do pré-consciente da mãe, que acompanha pela fala a experiência do bebê. Desse modo, o pré-consciente materno é parte integrante e fundamental do aparelho para significar-interpretar que se constrói na criança.

Os períodos de desorganização cultural e social geram o enfraquecimento das seguranças metasociais e metapsíquicas que resguardam aquilo que é da ordem do implícito. Suas funções de enquadramento, de crenças compartilhadas e de representações comuns são abaladas afetando a própria ordem do simbólico.

No que diz respeito ao sintoma, Kaës (1997) afirma que se só considerarmos a função econômica e dinâmica que ele tem para o indivíduo, sua estrutura e história singular, perdemos de vista o valor do sintoma na economia dos vínculos intersubjetivos. Desse modo, a análise deve se dirigir ao nó intersubjetivo no qual o sintoma tomou forma e fez do sujeito seu portador.

O autor formula a hipótese da existência de certas modalidades de retorno do recalcado a partir da economia, da tópica e da lógica grupais, i.e., de uma produção grupal de sintomas. Nesse sentido, aquilo que é recalcado retorna no sintoma, que é mantido tanto pelo sujeito como pelo grupo, *exigindo a economia de cada um que o sintoma permaneça no grupo.* A noção de aliança inconsciente ajuda a compreender o processo de formação dos sintomas. Ela cumpre, no grau extremo, a função de ignorar ligada ao sintoma.

> O que é recalcado retorna nos sintomas, sejam eles individuais, e estaremos lidando com a problemática do porta-sintomas, sejam sintomas partilhados por vários sujeitos, seja nos sintomas de grupo: as identificações se apoiam nos sintomas na medida em que adquiriram um valor sexual significativo, mas no qual o sentido fica escamoteado. (Kaës, 1997, p, 250)

Kaës (2005c) irá formular uma psicopatologia do vínculo, a partir das perspectivas colocadas pelas exigências de trabalho psíquico impostas pela situação vincular. Segundo tal autor, o sofrimento psíquico faz parte da existência humana, é um efeito de nossa condição desejante. No entanto, ele se diferencia de um sofrimento patológico que não se caracterizaria apenas pelos efeitos de desorganização e destruição das funções psíquicas, mas também como um impedimento do sujeito para amar, trabalhar e brincar. Ele se associa à impossibilidade de se estabelecer vínculos criadores de vida.

Segundo este autor:

> A psicopatologia dos vínculos intersubjetivos tem por objeto o estudo e tratamento das disfunções nos vínculos psíquicos entre dois ou vários sujeitos; estas disfunções são geradoras de transtornos psíquicos e de sofrimento invalidante para os que constituem esse vínculo; inclui em seu campo de

> investigação a correlação entre o vínculo intersubjetivo e a formação do sujeito. A psicopatologia do vínculo descreve e interpreta disfunções específicas e um sofrimento que podem e devem ser referidos às condições do vínculo em seus sujeitos constituintes, e não simplesmente às características individuais destes. (Kaës, 2005c, p.33)

Pensar uma psicopatologia do vínculo implica em ir além das estruturas individuais tradicionalmente consideradas no campo da psicopatologia. É necessário analisar as condições nas quais os vínculos se constituem, se mantém e terminam. Uma psicopatologia do vínculo visa formações específicas da ordem das alianças inconscientes. A investigação se dá sobre os sistemas de representação e de interpretação estabelecidos no grupo, os investimentos pulsionais, as fantasias e os mecanismos de defesa estabelecidos conjuntamente.

Nosso objetivo é, portanto investigar aquilo que jaz encoberto pelo sintoma depressivo, não exclusivamente de um ponto de vista intrapsíquico, mas sim de uma rede vincular. Nesse sentido, estamos tratando também de sua relação com a transmissão psíquica que se efetua através das alianças inconscientes e se dá entre as gerações e entre os membros de um grupo (familiar ou não).

Ao falarmos sobre tais sintomas estamos nos referindo àquilo que não pode ser significado pelo sujeito e seu grupo, a distúrbios do pré-consciente e das formações intermediárias, que poderiam sustentar um processo de simbolização do sofrimento vivido. Desse modo, consideramos que a presente pesquisa se insere num contexto mais amplo de investigações sobre o sofrimento produzido no mundo atual.

Se parte do mal estar contemporâneo está associado às transformações que sofrem as funções intermediárias no conjunto de nossa sociedade, devemos lembrar que o feminismo foi um dos movimentos que mais produziu transformações no último século. Nesse sentido, no que diz respeito ao universo feminino num espaço de algumas gerações, houve grandes rupturas com padrões e modelos tradicionais. No entanto, a reprodução de um modelo masculino para se afirmar socialmente sobrecarregou as mulheres em duplas jornadas de trabalho. Esse processo coloca em xeque e confunde num jogo de espelhos o conjunto de papéis da mulher contemporânea.

Passamos agora à análise das entrevistas realizadas.

6. Análise

Na presente pesquisa, entrevistamos seis mulheres com sintomas ou diagnóstico de depressão, usuárias da rede de atenção básica (Programa de Saúde da Família) de um município do interior de São Paulo. As entrevistas semi estruturadas foram realizadas individualmente e em uma única vez. A duração das mesmas variou de uma a duas horas e meia.

Foram abordados os seguintes aspectos:

1. Histórico de vida
2. Constituição e relações familiares
3. Situação socioeconômica
4. Histórico do aparecimento dos sintomas
5. Histórico de tratamento
6. Rede social

As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas para proceder a análise do material.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Psicologia da USP. Ele foi apresentado aos representantes da Secretaria de Saúde e para as equipes do programa de saúde da família do município onde ocorreu a pesquisa. Os critérios de escolha dos sujeitos foram apresentados a uma das psicólogas da rede de saúde que colaborou com a indicação das mulheres a serem entrevistadas. Posteriormente, a pesquisadora fez o contato e convite para a participação na pesquisa, com os devidos esclarecimentos sobre seus objetivos e procedimentos. Foi apresentado o Termo de consentimento livre e esclarecido para a sua assinatura. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para a análise. A fim de proteger a identidade das participantes, todos os nomes foram alterados.

Em dois casos, no que se refere ao tratamento, foi feito o pedido de encaminhamento para psicoterapia por parte da entrevistada, o mesmo foi realizado pela pesquisadora.

Retomamos o objetivo desta pesquisa: *investigar a produção dos sintomas depressivos em mulheres atendidas em serviços de Saúde Pública, a partir da configuração de seu contexto social, história de vida e vínculos interpessoais.*

Deparamo-nos, assim, com a tarefa de construir pontes de análise entre âmbitos heterogêneos: sujeito, grupo e sociedade. Isso está bem longe de ser uma tarefa tranqüila. Kaës enfatiza, em diversos momentos de usa obra, a atenção necessária ao se extrapolar o campo teórico da análise dos pequenos grupos para o universo social e cultural. É necessário cuidado para não se fazer movimentos de ortopedia que desconsideram a especificidade de cada âmbito. Assim avisados, sigamos em nossa análise.

Maria

Não sei se é porque devido ao que eu passei que hoje eu não suporto mais nada, tá entendendo? Tudo me choca, fico emocionada...
Aí eu fico me perguntando: eu já passei tanto, e nunca precisei de tomar um calmante. E agora eu dependo de calmante para poder… qualquer tipo de uma emoção: ou uma alegria, uma tristeza, eu já sinto esse distúrbio dessa ansiedade.

Maria tem 44 anos, nasceu numa cidade do interior do estado do Paraná e veio ainda pequena com a família para São Paulo. Ela estudou até a quarta série do primário e casou-se aos 17, começou a namorar aos treze (o marido é quatro anos mais velho do que ela). Eles têm duas filhas (Rosa de 25 anos e Rita de 26). Maria é evangélica fervorosa desde os 25 anos. Antigamente ela trabalhava como diarista, ajudando a sustentar a casa. Depois, passou a fazer atendimento ao cliente, ajudando o marido que é ourives e tem um negócio próprio. Atualmente, no entanto, por conta do que ela denomina como depressão, não consegue ir trabalhar. A renda familiar mensal é de R$ 2700,00 em média.

O marido (Sebastião) trabalha com ourivesaria desde os 15 anos. Maria o elogia como um artesão de talento e muito trabalhador. Sebastião foi dependente químico por muitos anos. Fazia uso principalmente do álcool, mas também utilizava outras drogas. Segundo Maria: “só não se injetava”.

Maria fala da infância difícil e pobre. A família era muito numerosa, chegaram a passar um pouco de fome, a comida era disputada entre os dez irmãos. Eles moraram por um tempo num “barraquinho” no Paraná.

Maria fala de uma cultura muito machista na época, na qual as mulheres eram maltratadas. Ela expressa sua revolta ao lembrar-se do pai gritando com sua mãe.

> *[E como era a sua mãe? O seu pai?] Sofrida demais, muito sofrida. [Mas por quê?] Não sei o porquê, mas, que eu me lembro, ela era muito sofrida. Eu acho*

que naquele tempo os homens não tinham carinho de verdade, porque eram dez filhos. Imagina como essas mulheres sofreram? Aquele machismo, né? Aquelas coisas. [Isso, lá no Paraná?] No Paraná, eu não lembro, porque eu era bebê. Eu me lembro de um tempo para cá, quando eu tinha uns cinco anos. Aquilo me revolta, quando eu lembro do meu pai gritando: "Ângelaa!!!...", e não sei o quê. Então, eu me lembro daquele jeito do meu pai, machista. Mas era muito amoroso também com os filhos. [Eram dez filhos?] Dez filhos: dois homens e oito mulheres. Então, ela sofreu muito a mamãe, muito. As meninas deram dor de cabeça, os filhos deram dor de cabeça, e ela sempre ali, lutando pela família. E amava os filhos, fazia tudo pelos filhos. [E que tipo de dor de cabeça seus irmãos davam?] Ah, tipo assim, as minhas irmãs foram para bailes também, casaram e não deu certo. O meu irmão bebia muito, o Jorge, e hoje ele precisa de muita ajuda – parou esses dias. Meu pai, muito machista: gritava, jogava prato, e, às vezes, a gente tinha que fazer assim (desviar para escapar do prato). Eu falava assim comigo, hoje, quando eu lembro: "Acho que meu pai também usava algum tipo (de droga)". Mas eu era criança, né? O meu esposo também fazia isso comigo. Às vezes eu estava lavando louça – colocava a comida quente para ele – e, se eu não fazia assim (gesto para se desviar), o prato caía em mim. Então, teve uma vez – e eu me lembro como se fosse hoje –, eu estava comendo e a minha mãe foi me defender, porque eu deixei um pouco do caldo do feijão cair em mim, e ele achou ruim, e pegou aquele feijão quente e jogou em mim; queimou o meu peito. E minha mãe chorando, sabe? Ela defendia muito os filhos. Aí, eu penso comigo: "Meu pai também tinha algum vício". Mas, vai saber o que era? E eu era pequena. Hoje eu me lembro por causa da reação que eu tive com o meu esposo. Hoje eu me lembro que, por certo, ela sofreu ali calada, sem saber, também, como ajudá-lo.

Então eu aprendi de mamãe, assim, que a gente tem que lutar pela família, ter amor, compreensão – e é o que ela tinha, e muito, muito. Apesar do que ela passava, o que eu me lembro era que ela tinha muita compreensão, muito amor.

Ela descreve a mãe (Dona Ângela) como uma pessoa muito sofrida, extremamente bondosa, batalhadora, protetora e compreensiva. A figura materna ocupa um lugar vitimizado diante da violência paterna. Sua mãe sempre ensinou a amar e que o amor (tomado com um caráter idealizado e onipotente) vence tudo. Maria repete várias vezes ao longo de sua entrevista: tem que lutar pela família, tem que ter muito amor, compreensão. Sua mãe, portadora de uma espécie de amor incondicional, é identificada com o par amor/sofrimento. Dona Ângela morreu de câncer quando Maria tinha 14 anos.

O pai de Maria é descrito como uma figura ambígua: ao mesmo tempo carinhoso e violento. Essa ambiguidade da figura masculina vai ser revivida na eleição amorosa herdeira de sua configuração edípica: há diversas identificações entre seu pai e seu marido. Maria imagina que aquele também tinha problemas com álcool ao comparar algumas reações dele com as de Sebastião. A questão da dependência química é tomada

como uma doença que acaba por isentar o sujeito de responsabilidades sobre os seus atos. Assim, seu pai, irmão e marido, transformam-se de agressores em pessoas a serem ajudadas.

Dona Ângela suportava todas as violências do marido, sofria tudo calada, uma espécie de mártir a viver uma via crucis. Ela também teve problemas com os filhos. Na estrutura do complexo fraterno, Maria se diferencia dos irmãos como aquela que não deu preocupações para a mãe.

Segundo Kaës (2005a, p.141), o complexo fraterno é definido como

> um conjunto organizado de representações e de investimentos inconscientes, constituído a partir das fantasias e das relações intersubjetivas, nas quais a pessoa ocupa seu lugar de sujeito desejante. Essa concepção estrutural do complexo inscreve-o numa organização intrapsíquica *triangular*, na qual cada elemento define-se pela relação privilegiada que sustenta com cada um dos outros elementos e pela relação, da qual é excluído. O complexo fraterno, então, define uma organização fundamental dos desejos amorosos, narcísicos e objetais, do ódio e da agressividade com relação a esse outro que um sujeito reconhece como irmão ou como irmã.

Dona Ângela trabalhava como cozinheira no hospital da cidade. Maria ficava muito impressionada com o afeto que as pessoas demonstravam por sua mãe:

> *E a vida dela, depois que a gente cresceu um pouco, era trabalhar no Hospital. E todo mundo amava a tia Ângela – eles chamavam ela de tia Ângela. Ela era a cozinheira de lá. E, às vezes, ela me levava para trabalhar com ela, quando eu já era menina. Nossa, e eu via o carinho que eles tinham com ela. Ela morreu de um câncer, no intestino, sabe?*

Em Maria há uma forte identificação com a mãe, sua bondade, seu sofrimento e resignação. Figura idealizada, ela é considerada como uma "santa" por agüentar a dureza de seu pai e cuidar com muito afeto dos filhos. A ligação entre mãe e filha se dá pelo ideal de santidade que envolve também o sacrifício e martírio. É a mãe que a protege da fúria de seu pai. O discurso religioso vai ocupar um importante lugar como organizador sociocultural dos vínculos no grupo familiar de Maria. A violência ganha sentido e suportabilidade a partir do código religioso.

Ela foi convertida à Congregação Cristã aos 25 anos. Sua mãe também já foi evangélica.

> *Então, ela (amiga que a levou para a Congregação) dizia para mim a respeito da salvação da alma – (para a entrevistadora) não sei se você entende sobre isso, né? Igual, ela falava para mim: "Não vou te falar que Deus vai te enriquecer,*

mas eu preciso te falar da salvação da alma". E aquilo foi um mistério, foi uma coisa muito linda na minha vida. E eu peguei mesmo, com todas as minhas forças. E quando ela me conheceu, o Sebastião estava daquele jeito, me judiando. Então, ela falava para mim para eu me apegar com Deus, que eu ia vencer. E ela também era da mesma opinião que a minha, que eu tinha que carregá-lo no colo, praticamente. E ela me ajudou muito.

Maria afirma em vários momentos de sua entrevista: "todo mundo tem uma missão". É essa noção de missão que a mantém unida ao marido e à filha (que posteriormente também experimentará drogas). Ela precisa salvá-los, essa é sua missão, é desse modo que se organiza o contrato narcísico de pertencimento ao grupo familiar e seu roteiro de lugares: alguns salvam e outros precisam da salvação. O marido ganha um lugar de minoridade: ele precisa ser carregado no colo, e ela um caráter imprescindível. A fantasia que organiza os laços no grupo é marcada pelo amor onipotente que suporta todas as provações e a todos salva.

É a mãe que designa seu casamento com Sebastião. Sempre que ela pensava em se separar, vinha a imagem da mãe – já doente do câncer que iria acabar por vitimá-la – pedindo para Maria se casar com Sebastião:

E ela sempre gostava desse meu esposo. E um dia ela pegou na minha mão e disse para mim: "Não largue dele. Case com ele que você vai ser feliz". E, às vezes, eu pensava: "Casar com ele? Mas é meu primeiro namorado, eu não vou casar com ele. Eu vou conhecer mais". Mas aquelas palavras ficaram gravadas em mim, sabe? E, às vezes, eu queria sair fora dele e eu lembrava dela falando: "Case com ele". E segurou na minha mão: "Olha, filha, case com ele, você vai ser feliz". E por mais que eu tentava sair dele, eu lembrava disso. [Você pensou no conselho da sua mãe?] É, eu pensei assim: "Ai, foi realmente uma missão".

Maria "herda" a missão de sua mãe: "curar/salvar um homem violento e alcoolista". Com a força de um pedido no leito de morte, Dona Ângela transmite à Maria a missão de realizar aquilo que ela própria não havia conseguido fazer.

Apesar das admoestações do irmão investigador para "cair fora" da relação, pois já identificara no futuro cunhado a dependência do álcool, Maria resolve se casar com Sebastião aos 17 anos de idade.

A gente namorou quatro anos: dois de namoro e dois de noivado. E o meu irmão mais velho dizia: 'Esse cara é um alcoólatra, sai fora!'. Mas era o meu primeiro amor...

Porque eu sabia que, nesse mundo, ninguém é assim porque quer; eu tenho isso comigo – porque ele sempre foi maravilhoso: no tempo de namoro, no tempo que a gente se conheceu. E eu jamais esperava que ele era alcoólatra. Eu sabia que ele bebia uma coisinha aqui e outra acolá, mas pensei que fosse por esporte. E foi o meu primeiro amor da minha vida, primeiro namorado, primeiro tudo. E

quando eu percebi que era o amor da minha vida, eu já estava casada, e eu percebia que ele ia muito para o bar. E aí, eu falei: "Ai, meu Deus, eu casei com uma pessoa viciada e não sei, né?". Mas, jamais, minha mãe sempre ensinou a amar, e que o amor vence, né? Então, eu percebi que ele precisava da minha ajuda. Às vezes, eu até ia atrás de advogado para me separar, mas, primeiramente, Deus, porque eu sou evangélica, né? Eu buscava uma parte, a palavra, e Deus me prometia vitória. E eu dizia que eu ia passar por tudo isso, mas que eu ia ter uma grande vitória – e eu tive, né?

No discurso de Maria, há uma ênfase do amor romântico. Segundo ela, só o amor verdadeiro vence. Ao estar na ordem dos desígnios de Deus de provação, sacrifício e vitória, Maria exime o marido de responsabilidade com relação a seu comportamento. Seja pelo discurso da doença, seja pelo discurso religioso, os afetos hostis contra a figura do agressor são constantemente reprimidos.

Ela passou muitos sofrimentos com o marido: quando sob efeito do álcool Sebastião ficava extremamente violento. Nesses momentos ameaçava matar Maria e suas filhas.

Eu não dormia. Eu ficava lavando uma roupa, porque eu tinha medo de eu dormir e ele me matar e matar as crianças, porque ele era muito viciado".

A filha mais nova ficava junto à mãe quando o pai ficava agressivo.

Rosa participou muito. Quando via o pai daquele jeito: "Eu vou te matar!", ela ficava do meu lado, e Rita já ia para o canto chorar, não conseguia. E ela ficava, assim, pequenininha, com aqueles olhinhos grandes, e olhando: "Não faz isso com a minha mãe!" – ela participou de tudo. E eu não dormia, ela ficava do meu lado chorando. E eu dizia: "O papai não vai nos matar, nós temos que ajudar ele". Aí, quando ele vinha com aquela faca, ele vinha da rua, de algum lugar... (começa a chorar) Por que será que eu tenho que lembrar, né? Então, tudo isso ela via: eu morava em um sobrado, e ele vinha com a tesoura, fincava aqueles muros para tentar me matar. E ela ficava perto de mim: "Você não vai fazer isso". E a Rita se trancava, não agüentava ver. Então, ela participava muito.

A cena de união mãe/filha diante do pai ameaçador se repete agora entre Maria e Rosa. Ela também transmite a sua filha a representação da conjunção amor/sacrifício. Sebastião deve ser ajudado e salvo. Há aí uma fantasia de onipotência que reverbera o lugar idealizado da figura materna (Dona Ângela era amada por todos).

Maria trabalhava como diarista para ajudar sustentar a casa. Não deixava faltar nada. Ela conta que o marido sempre foi muito trabalhador, mesmo com os problemas com drogas. Ela diz que quando ele não estava sob efeito delas se transformava, era uma excelente pessoa, um bom pai. Isso a motivava a lutar e dar força para ele. Novamente a figura masculina é marcada pela ambiguidade: amor/violência.

Os amigos falavam para ela abandonar o marido, se casar novamente. Ela considerava isso um absurdo, pois tal gesto iria de encontro a sua missão.

> *Nós temos 27 anos de casado – sábado que vem, faz 28 –, e só nós que continuamos casados. Nossos amigos se separaram. Então, eles falam até hoje: "A Maria foi uma história de vida, ela venceu, porque ela teve o amor sincero". Então, eu sempre falo para elas (filhas): "Quem tem o amor vence tudo, todas as batalhas".*

Sua história de vida e os vínculos grupais estabelecidos lhe servem como apoio narcísico, configuração transmitida ao longo das gerações.

Sebastião só foi largar as drogas há onze anos, quando as filhas eram adolescentes. Maria diz que praticamente as educou sozinha. Ela procurou a ajuda de um médico psiquiatra da rede pública de saúde para conseguir fazer com que Sebastião parasse de beber.

> *Então, ele também fala que primeiramente Deus, mas que, graças a mim, tudo isso passou (chora). [E como ele saiu das drogas?] Primeiramente, Deus. [Mas ele fez tratamento?] Segundo – e que Deus o tenha em bom lugar – aquele excelente médico, o doutor João. Primeiramente, Deus, e, segundo, Deus fez [palavra ininteligível] ele. Um excelente médico, nunca vou me esquecer dele.*
>
> *Isso também ninguém sabe, depois de muito tempo eu contei para as minhas filhas, e hoje você vai saber. Então, ele (Dr. João) me chamou em particular e me passou... Eu lembro desse, o Antietanol, mas o outro calmante que ele passou para o Sebastião, eu não me lembro. E eu falei: "Doutor, ele não toma remédio de maneira alguma". "Ah, mas ele vai tomar". Aí, ele me ensinou a pegar o pozinho, desmanchar no prato – amassar o feijão e colocar, e mexer. Eu falei: "Doutor, e se ele morrer? Eu vou ficar com sentimento de culpa. Não, eu não vou fazer isso". "Confia em mim, eu sou o teu médico". E eu senti uma grande confiança, porque Deus visitou o meu coração – porque era o caminho quando ele falou isso: "Ele não vai morrer. Ele vai passar mal, e você vai pensar que vai dar um treco e que ele vai morrer. E o que você vai fazer? Água com açúcar, que é glicose no sangue. Então, vai chegar dias em que ele vai ter pavor da bebida. Mas a droga não vai ser fácil. Aos pouquinhos, ele vai deixando". E assim foi: sem ele saber e em segredo com o doutor João, eu fui colocando a comida. E aí ele comia e ia pro bar. Quando ele chegava do bar, ele falava: "Nossa, fia, eu estou mal". Eu falava: "O que você tem?". "Ah, a vista está escurecendo. Olha aqui, eu estou suando frio". E aí, eu lembrava do que o doutor João falava. Ele falava: "Ah, eu acho que eu vou desmaiar". Aí, ele já caía, e eu dava água com açúcar para ele e punha ele para deitar. Aí, passava uma semana, eu marcava com o meu médico, e ele dizia: "Não se preocupe". E eu falava: "Doutor, se ele morrer, eu vou ficar com sentimento de culpa". E ele falava: "Ele não vai morrer. Confia em mim, já cuidei de muitos pacientes". E assim foi. E em seis meses ele estava liberto de tudo, porque os remédios que ele passou... [Passou aquilo?] É. Aí ele falou: "Eu estou desintoxicando. Eu vou limpar ele, ele vai melhorar! Nós vamos vencer". Era um excelente médico, entendeu? Me dava o telefone dele: "Em qualquer momento, qualquer hora, pode me chamar". E foi*

assim. E com seis meses ele já não conseguia, só ficou com o cigarro. E depois de quatro anos ele parou com o cigarro também.

[Então você o ajudou nessa coisa de ele poder fazer um tratamento?] Exatamente. Foram três anos de tratamento, entendeu? Foi um tratamento. [E ele nunca soube disso?] Soube, depois eu contei para ele. [E como ele reagiu?] Ah, ele ficou muito feliz. Ele falou: "Eu sou grato a ti, porque você me livrou da morte, porque já era para eu estar embaixo da sepultura". E eu disse para ele que era primeiro por Deus e, em segundo, o saudoso doutor João, que ajudou ele.

Nesse episódio, Maria idealiza a figura do médico como uma espécie de salvador, de representante da providência divina que num pacto de segredo a ajuda a libertar Sebastião. Os termos segredo, sigilo e mistério são utilizados várias vezes por Maria, associados àquilo que é sagrado, mistério que revela sua intimidade com Deus. Esse pacto de segredo é realizado também com possíveis representantes desse sagrado, no caso profissionais da saúde como médico ou psicólogo.

Pouco tempo depois de deixar de beber, Sebastião teve as primeiras manifestações de uma psoríase grave. Se ele tem qualquer emoção forte ela se manifesta, quando está muito ruim, não consegue trabalhar.

Eu percebo que, assim, tanto faz ele estar, alegre, contente... Igual, vai nascer a neném (neta), vai nascer em 29 de dezembro. E ele já está super, hiper emocionado. Aí, quando nasceu o Rodrigo (neto). Para você ver, foi tão forte a emoção, que ele ficou uma semana com febre e atrofiou... Porque a psoríase atinge a quinta camada da pele, e a dele é a antrópica, é uma das mais fortes. Então ele fica emocionado. Por exemplo: as meninas se casaram, ele ficou emocionado. (...) Igual eu: minhas tonturas são emocionais.

Sem conseguir elaborá-las, as emoções fortes causam diversos sintomas no casal.

Maria conta que quando estava na segunda gravidez, o marido já estava muito viciado e era muito agressivo.

Rita nasceu e, depois de um ano e meio, foi Rosa. Mas foi completamente diferente, porque ele estava se drogando muito, e ele desejava a morte para mim e para a menina. Então, eu creio que isso, desde o ventre, já passou para ela.

desde o começo da gestação (de Rita), eu não gostava nem de pensar que ia chegar sábado e domingo, porque ele só ficava paparicando minha barriga, conversando com a Rita, desde os primeiros chutinhos. E a Rosa não teve isso, eram só aquelas palavras fortes: "Morram você e essa menina!".

Ela (Rosa) tem a natureza dele, na verdade, né? Por esse processo... Então, eu percebia que ela tinha a natureza do pai, em muitas partes. E um outro segredo, porque ela não sabe disso: quando eu estava grávida dela, eu passei muita luta com ele. Ele falava para mim: "Ah, se enfia embaixo do carro, morra você e essa

criança!". Então, eu percebo que isso, desde o ventre, já afeta. Por isso que ela nasceu assim, também. Já a Rita, ela foi a primeira filha. Era aquela coisa que enchia o saco. Aonde eu estava: "Ai, filhinha!". Eu lavando louça, e ele conversando com a barriga, em todos os momentos. E Rosa já não teve isso, Rosa já pegou o tempo que ele estava drogado: "Morre você e essa menina!". E aquelas coisas que eu não gosto de lembrar. Então, ela não sabe disso. Esse é um segredo que, hoje, você que está sabendo. E nem ele, porque eu não gosto de lembrar. Então, quando Rosa nasceu, eu pensava que eu nem ia agüentar ter aquela menina, de tanto sofrimento que eu passei com ele. Então, eu percebo comigo, hoje, que a mulher tem que ser bem tratada desde o início, porque, senão, a criança nasce assim. E a Rita? A Rita, desde o começo, a gestação teve amor, foi agrados. Rosa já não teve isso.

Maria menciona o aumento do uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas por parte de Sebastião nesse período entre o nascimento das filhas. Ele oscila entre o extremo amor com relação à primeira gravidez da mulher ao extremo ódio e frequentes ataques na segunda. A mudança de papéis familiares com a chegada de um filho, a percepção da relação e união entre mãe e filha tudo isso gera um tensionamento na relação conjugal o que pode estar relacionado às mudanças de Sebastião. Maria narra o lugar herdado por suas filhas no grupo familiar, bem como o jogo de identificações entre as figuras parentais.

As duas filhas de Maria também se casaram com 17 anos, seguindo os seus passos. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas no casamento, a visão idealizada deste e do amor se sobrepõe e incentiva as filhas a seguirem o mesmo caminho. É essa mesma visão romântica do primeiro e grande amor que levou Maria a se casar com Sebastião.

[E você era bem nova, não era?] Era, eu tinha dezessete anos. E minhas filhas também casaram com dezessete anos. Eu falo: "A vida é um mistério tão grande!". E eu dizia para elas: "Não faz isso, vocês estão começando a adolescência". E elas diziam: "Mamãe, você casou com dezessete anos, e foi tão bonito". Porque eu conto para elas – elas me perguntam, né? – como foi a nossa história de amor, como a gente se conheceu [risos]. Então, eu gosto de conversar. Elas me perguntam e eu falo: "Ai, mãe, você nunca tinha namorado outras pessoas?". Eu falei: "Não, seu pai foi o primeiro amor da vida da mãe", e conto para elas.

A filha mais velha, Rita, ficou viúva com 19 anos. Seu marido morreu afogado no mar juntamente com um primo. O fato foi um choque para todos. Maria gostava muito do genro e ficou muito abalada, mas 'se fez de forte' e deu apoio à filha.

Isso me afetou muito. Uma coisa, assim, que até hoje eu choro de saudades. Porque me pegou de surpresa.

Rosa, a filha mais nova, teve um bebê e logo se separou do marido. A partir de então, ela deixou o filho com Maria e começou a sair à noite acompanhada dos amigos. Ia viajar freqüentemente com estes. Ela largou a faculdade no último semestre do curso. Maria ficava muito apreensiva com as mudanças de comportamento da filha: ela dormia até tarde, estava respondona e agressiva. Nesse contexto, Maria resolve ter uma conversa séria com Rosa. Esta conta que experimentou drogas com os amigos, ela tinha curiosidade de saber como era ficar "muito louca". Maria relata que Rosa experimentou drogas por quatro meses: maconha, álcool e crack. Isso foi um choque.

Ao saber sobre o uso de drogas da filha, Maria tem a sensação de que vai morrer e é levada ao Pronto Socorro.

> *Eu passei muito mal, de uma maneira que eu nunca tinha ligado para a Rita – porque Rita, nessas horas, é muito forte. (...) Porque eu sentia um fogo dentro de mim, nas minhas costas, e aqui, assim (aponta a região dos ombros e nuca), dentro de mim, parecia que iam me anestesiar: a pressão caiu, o coração acelerou, as pernas estremeceram. Enfim, me vi desmaiada. Eu disse: "Rita, eu estou morrendo!". As vistas escureceram. A Rita me pegou pela mão e me levou para o hospital. E dor, e aquela dor que estava atravessando. Quando eu cheguei no hospital, a minha pressão estava quatorze não sei pelas quantas, mas também não estava... Aí, o doutor que me atendeu disse: "A sua mãe está com Síndrome do Pânico, distúrbio emocional, ela precisa de um tratamento. Mas não está nada grave. Ela passou um nervoso?". Aí, ela falou assim: "Passou". "Então ela vai ficar em observação". Porque não dava para eu ir embora. Eles tinham que me socorrer. E me colocaram remédio na veia, fiquei no Hospital umas três horas, até que melhorasse aquelas coisas. Aí, ele disse que não era nada grave, que era o sistema nervoso abalado que afetou todas aquelas coisas. E aquilo foi indo, nesses três anos para cá.*

Maria já tinha vivido inúmeros sofrimentos com os problemas de dependência química do marido. Ela ficou muito angustiada ao pensar que poderia viver isso novamente agora com a filha: "*Quando é com filho é diferente de quando é com marido, a gente sente mais*".

Ao ser indagada sobre seus sintomas de depressão, Maria responde que a causa disso está ligada à Rosa.

> *Então, eu tenho certeza que a minha depressão foi por causa dela.*
>
> *Mas eu, então, a minha depressão foi isso aí, foi a mudança de Rosa.*
>
> *[E nessa questão da depressão, há quanto tempo você vem tendo esses sintomas? Quando começaram a aparecer?] Olha, foi nesses três anos para cá. Foi, principalmente, quando Rosa começou a ir para baile. Aí, o medo de acontecer alguma coisa. Então, às vezes ela ia, e depois ia para a praia com amigos, e isso acabava comigo: ficava três dias fora, e o menino (filho) pedia por ela... Então, todas essas coisas, esses transtornos de ela ter passado por isso, eu fiquei assim,*

deprimida, muito. E eu me pego me perguntando: foi por causa da situação dela, que ela mudou. (...) Aí, quando ela disse para mim que ela ia nesses bailes, e que ela gostava de se sentir muito louca, como os amigos dela diziam... Ela falou: "Mamãe, eu não tomo uma cerveja: eles até tiram sarro de mim. Eu só bebo Coca, mas a maconha, eu gostei. Mas só por curiosidade". Aí, eu pensava com os meus botões: "Puxa vida, já passei isso com ele, com o meu marido. Será que essa menina vai ter o mesmo passado? Eu não acredito". Ela falou: "Na verdade, eu já experimentei vodka, cuba...". Aquilo, para mim foi um choque. Aí eu começava lembrar o que eu passei lá atrás, eu falei: "Eu não vou agüentar!". Pensei: "Ela vai ser uma viciada". Mas sem ela saber que eu estava me fazendo de forte. Aí, quando ela falou da droga, da maconha, e que tinha também cheirado aquele tal de crack, eu não aguentei. Para mim, parecia que uma faca ia enfiar.

Ao se perguntar se a filha terá o *"mesmo passado"* e não o mesmo futuro, Maria parece sobrepor temporalidades, histórias e relações: de sua filha e de seu marido, de seu passado, presente e futuro. Ela aponta sua filha como causa de sua depressão, no entanto é a possibilidade de retorno daquilo que viveu com o marido que a angustia. Essa sobreposição surge em diversos momentos em seu discurso.

Antes mesmo da experiência de uso de drogas, Maria se preocupava muito com os hábitos da filha: *sua mudança*. Rosa não cumpre seu lugar de mãe e herda a natureza do pai, quer sentir-se muito louca. Desse modo, ela se coloca como porta-voz grupal daquilo que precisa ser recalcado para a manutenção dos vínculos: a fruição do prazer. Identificada com a figura paterna ela foge do caminho 'correto' das mulheres, atacando as alianças inconscientes e a transmissão intergeracional. O movimento de diferenciação dos lugares atribuídos e investidos narcisicamente pela figura materna é dificultoso e causa um processo de crise. As irmãs de Maria também seguiram um mau caminho: elas se divorciaram e também iam a bailes, colaborando com o sofrimento de sua mãe. Sobreposição de temporalidades, sobreposições de gerações.

Maria enfatiza a relação de mãe e filho, diz que é a maior coisa que existe depois de Deus. Ela descreve um vínculo muito forte entre ela e as filhas. Vemos isso através dos problemas que enfrentou com Rosa.

Eu já desconfiava – porque mãe, como diz, sente de longe.

É, é a terrível (referindo-se a Rosa) (risos). É a que passou por tudo isso – enfrentou droga... Aquilo, para mim, me matou, foi uma decepção muito grande. Enquanto uma não esconde nada de mim – porque a outra é mais calada; é como ela disse: "Mamãe, como eu vou desabafar contigo se Rosa já te dá essa grande dor de cabeça?". Então, Rosa, ela é terrível; tudo ela contou. Ela falou: "Mamãe, eu participei de droga, não te escondo nada, porque você é minha amiga". Então, eu arrumava palavras para dar força a ela, sem ter. Mas o importante é que tudo passou, e agora está tudo bem.

Então, eu sei que o choque maior foi a vida de Rosa; a mudança de Rosa me afetou muito, porque eu jamais queria. Mas, ao mesmo tempo, ela precisava da minha ajuda. Ela desabafava comigo, e eu nunca deixei ela embaixo: sempre dava palavras.

Na relação entre as duas irmãs, novamente uma se coloca a transgredir as 'normas corretas' e a outra as preserva. Enquanto Rita reproduz o lugar daquela que não quer dar problemas à mãe. Rosa é a 'terrível' que confidencia seus 'segredos' à Maria. Na relação entre mãe e filha, a abertura e intimidade dada pela denominada amizade camufla a ambigüidade do vínculo de amor e ódio, o falar é a arma que 'mata' aos poucos a mãe. É justamente pela extrema proximidade que Rosa ataca o vínculo. Na distribuição de lugares constituídos a partir das fantasias grupais, esta se alinha ao grupo daqueles que precisam ser salvos.

Em vários momentos, Rosa se sente mal pelo uso de drogas. Nesses momentos ela tem a sensação de morte iminente e chama pelo socorro da mãe. Maria dizia pressentir o que a filha estava passando, pois ela própria tinha a sensação do "espírito da morte" pouco antes de receber o telefonema da filha passando mal. Nesses episódios o discurso de mãe e filha ressoa o mesmo sentido: o medo da morte.

Há uma ligação através do sintoma entre elas.

Quando ela ligava para mim e que estava com os amigos, muito louca, vamos dizer assim... Ela me ligava, e, às vezes, eu estava numa chácara, com os amigos, e ela me ligava no celular: "Mãe, eu preciso de você agora". É tão estranho que, ao mesmo tempo, antes de ela me ligar, eu sentia as coisas que ela já estava sentindo; eu sentia, digamos – e eu não sei se você entende isso – o espírito da morte em mim. Aquilo me suava frio, o espírito da morte. E quando eu sentia aquilo, Rosa me ligava. Eu sabia que era ela, eu sentia ela me chamar: "Mãe, pelo amor de Deus, eu preciso de você agora, agora! Eu estou morrendo!". E eu falava: "Já estou indo, onde você está?". "Eu estou chegando em casa, morrendo, com os meus amigos, e eu preciso da sua mão". E eu falava: "Eu já estou indo". E aí, aquilo, para o Sebastião e para a Rita, era o fim: "A gente não pode nem se distrair, que essa menina..." "Mãe, está vendo? Você só pensa nela". Mas é que ela precisava da minha ajuda. Aí, quando eu falava assim: "Sebastião, eu não estou legal", quando eu falava isso, ele já sabia: "O que você tem?". "É aquilo". "Aquilo o quê?". "Aquelas coisas". Aí, quando eu falava "aquelas coisas", a Rosa me ligava. Parece que nós duas somos muito ligadas. (...) Quando eu chegava, eu já pegava nas mãos dela: "Mãe, eu estou morrendo!". Eu falava assim: "Mas você não vai morrer". (...) [O que você acha que ela sentia nessa hora?] Que ia morrer. Porque eu sentia o espírito da morte junto de mim. E quando ela estava perto de mim, ela melhorava, porque ela só queria eu perto dela. Ela dizia e fala até hoje que eu sou a força dela. Eu falo: "Eu, não, é Deus que é a sua força. Amanhã ou depois eu posso partir, e aí? Quem você vai chamar? Deus, não eu".

Quando Rosa se sente mal, ela precisa da mãe instantaneamente, sem considerar tempo ou espaço. Nessas cenas, a ligação simbiótica, cuja figuração trágica nos é narrada por Maria ao contar sobre os acessos de violência de Sebastião na gravidez de sua segunda filha, é reatualizada. Sebastião e Rita ficam muito revoltados com Rosa. Nos conflitos familiares, surgem novas juras de morte.

> *Aí, ela confessou que estava usando, um dia. E o pai foi querer bater nela, e aí eu entrei no meio: "Eu vou acabar com essas menina". Aí, ela falou assim: "Quem é você pra fazer isso? Você também foi um drogado. E a minha mãe te suportou. Você não matou ela porque Deus não deixou".*

> *Inclusive, ela (Rita) brigava muito com Rosa por causa de mim: "Você está matando a minha mãe aos poucos...". E coisa de ter tido que separar as duas, porque ela dava na cara da Rosa: "Minha mãe vai morrer por causa de você!?". Porque eu falava: "Rita, eu estou morrendo!"*

> *E aí eu passei mal de novo, de tarde, fiquei tomando agulhadas. E aí, a Rita falou: "Mãe, você não vai morrer!" Eu falei: "Rita, eu estou morrendo, eu estou muito ruim. Mas, segue em frente. Se eu morrer, cuida da Rosa para mim". Então, foi tudo isso aí. "Não, mamãe, você não vai morrer, você está bem..." [De desgosto?] Foi um desgosto muito grande, né? Aí, ela ficava: "Ah, se a minha mãe morrer, Rosa, eu não sei o que vai ser de você. Eu vou te matar!" (risos) Mas só da boca para fora, né? E aí ela falava pra me tranqüilizar: "Jamais eu vou fazer nada com Rosa, eu vou ajudá-la". Eu falei: "Rosa precisa de ajuda, ela não foi assim..." tal, e coisa.*

Nos problemas com Rosa, Maria descreve a repetição de cenas de sua história de vida como os pedidos no "leito de morte". Os sintomas de Maria surgem como uma formação intermediária que liga os sujeitos do grupo familiar, reproduzindo a cena fantasmática de vida, morte e salvação que organiza os laços.

Ao ser questionada sobre as razões que teriam levado Rosa a experimentar drogas, Maria reflete:

> *[E por que você acha que ela foi por esse caminho?] Ah, eu não sei, às vezes penso com os meus botões que... Porque dizem que quando tem um na família igual, pode puxar, não é? Então eu chego a pensar que porque o pai foi assim, trouxe... Não sei se tem alguma ligação ela ter passado por isso, mas é porque todos falam que o pai que usou droga, amanhã ou depois, o filho é. Não sei...*

Maria se indaga se haveria uma herança entre pais e filhos com relação ao uso de drogas. Ela tentou levar Rosa ao médico, cogitou uma internação, tinha muito medo de passar novamente com a filha o que havia passado com o marido. Depois de quatro meses, Rosa deixa de experimentar drogas.

> *Assim, eu aceito que Rosa foi a minha depressão, embora eu veja que agora ela está bem. Então, eu vejo que muito diálogo também ajuda. Então, eu fico*

emocionada, porque ela fala assim: "Mãe, você foi minha heroína, você me ajudou...". Então, eu dava muito conselho para ela, entendeu? Aí, ela não usa mais. Então, eu acho que eu fiquei doente por causa disso, eu acho que eu fiquei inconformada de ver ela usar

Como apontado anteriormente, o vínculo familiar se apoia sobre o mito religioso no qual os lugares são distribuídos a partir de aspectos como sofrimento, culpa, expiação e salvação. A religião cumpre uma função ideológica, operando como uma prótese psíquica que garante a segurança do sujeito e do grupo. Muitas vezes Maria repete: "A vida é um mistério", a religião (destino) cumpre um caráter de não pensamento. Ela funciona como organizador psíquico do conjunto intersubjetivo e sustenta o contrato narcísico grupal, transmitindo a razão de ser do conjunto familiar.

Sebastião sente-se culpado pela depressão de Maria.

E hoje, nossa, ele não sabe o que faz: ele luta com unhas e dentes pela gente. Às vezes, desanima, e eu falo: "Não, você não pode desanimar". Porque ele é portador de psoríase. Então, ele fala assim: "Eu me sinto culpado por você sentir essas coisas". E eu falo: "Não, imagina, é como a minha psicóloga falou: eu passei por tantas coisas, que, hoje, eu preciso de ajuda". Porque foi o que ela falou, a doutora Vanessa: "Foi tão forte o que você passou que chega um momento que você não agüenta mais". Então ele me fala assim: "Mas foi tudo culpa minha". E eu falo: "Não, culpa sua, não, de jeito nenhum". E ele fala: "É, foi sim, foi minha culpa". E então eu falo: "Não fique assim, com sentimentos de culpa, porque não foi sua culpa. É porque é o destino, a gente não sabe o que vai passar".

Ela fala que sua "depressão" piorou novamente há alguns meses. Maria atribui isso ao fato de Rosa ter levado seu filho (de seis anos) para morar com ela e seu segundo marido. Maria comenta: "Esse menino era a minha alegria".

Ela tem certeza que o atual marido de Rosa faz uso de drogas.

Mas eu ainda me preocupo muito com ela, porque, nada me engana, eu tenho certeza que esse marido dela usa – apesar de ele ser trabalhador: ele fez faculdade de eletrônica, não sei o quê, eu esqueci o nome. Mas algo me fala que ele usa. E eu sinto que ela não me fala para eu não me preocupar, mas eu sinto que ele usa. Aparentemente ela está bem, mas ela não faz mais isso, porque eu vejo que ela está sendo sincera comigo. Mas ele, ainda, eu vejo que usa; pouco, mas ainda usa.

Maria vive de preocupação em preocupação. Com relação ao negócio do marido, ela não vê a hora de sair do aluguel e ter um local próprio. Fica preocupada quando filha mais velha vai viajar. Até ela voltar fica em grande ansiedade, angustiada com a possibilidade de acidente, assalto, morte. "Mas eu não transpareço para ela"

É, que me deixa nervosa. E a emoção também me deixa trêmula. Quando eu fui agora, recentemente, no... É formatura que fala, né? [É, formatura.] A formatura

da Rita, que o pai fez um anel e a gente foi. Aquilo, para eu ir, eu tive que pedir muito a Deus forças. Sem ela saber, eu fiquei muito emocionada, mas eu fiz a forte, né? E ela ficou muito feliz. Eu falava: "Filha, peça a Deus pra mamãe ir". "Por que, mamãe? Você não está legal?". Eu falei: "Não, um pouco". Mas eu não queria falar para ela. Mas foi uma emoção. Mas eu estava tão mal, mas tão mal. Mas eu fui. Tiraram foto, saiu até no jornal. Mas aquilo mexeu muito comigo também. [São as emoções fortes? Com as pessoas de quem você gosta muito, então?] É, também me ataca.

[Com o seu marido você já sentiu alguma coisa assim, ou é mais com as suas filhas?] Com ele também. Nossa, eu me compadeço demais dele, principalmente quando ele não está bem da psoríase. Com ele também. E eu não vejo a hora de ele sair do aluguel, porque ele é muito, assim, preocupado. E dívida não para: é luz, é água, telefone. E a gente está lutando para ver se consegue capital para fazer a oficina nos fundos (de sua casa).

Aí, quando ela (Rita) sai sozinha, eu fico preocupada, não vejo a hora de ela voltar. Aí, ela fica, liga do celular: "Mamãe, eu estou chegando!". "Mamãe, eu estou fazendo isso...". "Mamãe, olha, agora eu vou congregar..." Porque ela também é evangélica: "Eu vou congregar e depois eu vou sair com a Patrícia, a gente vai tomar um lanche". Então é assim, eu fico preocupada. Infelizmente, e não querendo, mas a mente da gente não para, passam esses pensamentos meio doidos: perigo na estrada, essas coisas. Mas, graças a Deus, são só pensamentos, porque ela vai e volta bem. Ela viajou de avião no feriado de sete de setembro, e eu quase que enlouqueci; a primeira vez que ela viajou de avião. [Para onde ela foi?] Para Curitiba. De ônibus, ia gastar seis horas. De carro, umas cinco. E o caminho de avião, foi trinta minutos. Nossa, mas eu fiquei... "Mamãe, não vou poder te ligar do avião. Mas, ó, não vai ficar ruim por causa de mim!". Aí, eu já tomei umas gotinhas para não ficar com ansiedade (risos). Aí, ela chegou: "Embora tenha chovido muito, foi muito bom, vou voltar nas férias! Agora eu vou pro Ceará". Ela falou: "Vai preparando aí o seu coração, para eu não te avisar de última hora. Porque eu tenho que te preparar primeiro para poder te falar. Então, ó, vou fazer um pacote com uma amiga'". E eu: "Ai, que ótimo!", mas só da boca para fora, né?. "Isso, vai mesmo, vai mesmo!", mas ali por dentro, só Ele sabe como é que eu estou, né? (risos) Preocupada. "Mas tem mais é que sair mesmo", eu falo para ela. "Olha, mamãe, talvez eu vá fazer um pacote, a gente vai lá pro Ceará". E eu falo: "Ai, que maravilha! Vai mesmo, filha!". Dou a maior força. Mas depois eu falo para o meu esposo: "Ai, já estou morrendo por dentro!". Aí, ele fala: "Não, não, deixa ela ir! Ela tem que ir!". E é assim, sou muito preocupada.

[E o que te preocupa, Maria?] Ai, cada coisa... Infelizmente, a mente da gente não para, sem querer... [É difícil de a gente controlar?] Não é? [É.] Aí, eu penso: "Ai, meu Deus, que medo de alguém furar o pneu, assaltar ela, matar. Sabe esses tipos de pensamentos, infelizmente, invadirem a sua mente sem você querer? "Ai, filha, não vai..."

Os movimentos de distanciamento das filhas causam grande angústia a Maria. As passagens de crescimento como quando Rosa assume efetivamente o lugar de mãe ou quando Rita se forma na graduação, também causam grande mobilização afetiva.

Quando indagada sobre seu círculo social, se tem amigos além do grupo familiar, Maria responde que o melhor amigo dela é Jesus. Ela não tem amigos verdadeiros, foi traída por eles, pelas palavras fortes que eles lhe falaram contra sua filha Rosa: "Não mexe com os meus filhos que mexe com a gente".

> *[Porque você vai falando, Maria, que você ajuda muito as pessoas: o seu marido, as suas filhas. E quem faz isso para você?] Deus. [Deus?] Com certeza. [Você se segura nele?] Com certeza, graças a Deus, Deus me dá essa força, porque eu não teria. Então, eu sirvo a Deus. Graças a Deus, Deus me converteu, no meu coração, e me deu essa força, porque eu tenho certeza que eu não teria. Amigos são poucos os que escutam a história da gente. Muitos amigos até me decepcionaram. [Ah, é?] É. Mas Deus, não. Porque falavam para mim: "Abandona tudo. Você que tem que casar de novo, larga esse homem...", quando eu sofria. E eu achava aquilo um absurdo: "Tenta a sorte em outro". Mas eu falava: "Não, mas não é assim. E tenho uma missão na Terra, como eu posso abandonar?" Mas Deus nunca me abandonou, sempre foi me iluminando.*

Os vínculos do grupo familiar se organizam a partir da fantasia da luta do bem contra o mal, do amor como sofrimento/martírio/paixão/pathos. Aí as drogas surgem como representação do mal a ser vencido. Há uma ambiguidade amor/ódio colocado nos vínculos familiares com os homens, seja por parte do pai, seja por parte do marido. ,

O prazer, a transgressão, o extravasamento das emoções são constantemente reprimidos. As drogas representam o mal por justamente ameaçar tal repressão.

Observamos no grupo uma tendência a um isomorfismo e a um funcionamento ideológico, no qual o se diferenciar é dificultado, a possibilidade de existência do espaço psíquico singular se encontra comprometido. Segundo Kaës (1997, p.210)

> A tendência à isomorfia visa a aparelhagem do funcionamento do grupo em um único organizador psíquico grupal. (...) Esse tipo de relação não permite a individuação na medida em que cada um é sujeito a ocupar o lugar que lhe é destinado no grupo indiviso, lugar a que, cada um, além do mais, se autodestina.

Nesse caso, o organizador psíquico do grupo familiar está ligado a uma fantasia de sacrifício e santificação, cujo roteiro distributivo oferece lugares que vão se repetindo ao longo da história intergeracional (aquele que encarna o ódio e a destruição, aquele que se sacrifica e salva). Aí se configuram as alianças inconscientes que sustentam os vínculos familiares. Podemos supor a existência no grupo de um pacto denegativo no qual o prazer remete ao descontrole e deve ser reprimido, aí ele cumpre sua dupla função de organização dos vínculos e de defesa.

No grupo familiar de Maria, não há um porta-sintoma, mas porta-sintomas complementares: Maria, Sebastião, Rosa. Rita é mais fechada, não se abre muito com a mãe, desde menina se escondia para não presenciar a agressividade do pai.

A ambigüidade de um vínculo amoroso e violento de Maria com o pai é revivido na relação dela com Sebastião.

Como diz Maria, as emoções fortes tornam-se sintomas. Os sintomas físicos de pânico estão mais controlados pelo uso de medicação, mas mesmo assim o medo de morrer a assalta quando fica nervosa. Maria também sente fortes vertigens quando está ansiosa. O alcoolismo de Sebastião é substituído pela psoríase que piora a cada situação que o comove. Aquilo que extravasava ou era aliviado pela bebida passa a se manifestar através das lesões em sua pele.

Os sintomas surgem como uma prótese que liga os membros do grupo, impedindo pensar a separação, a diferenciação, o prazer. O sintoma como formação de compromisso grupal se coloca como formação intermediária das relações familiares. A dependência química de Sebastião fortalece o vínculo conjugal/missão de Maria. A depressão de Maria surge da experiência com drogas de Rosa, que por sua vez é ameaçada com a culpa pela possível morte da mãe.

A união do grupo surge também como modo de proteção. Rosa melhora dos efeitos das drogas ao se afastar dos amigos e ficar junto da mãe. Rosa quando criança fica junto com a mãe enfrentando as ameaças de morte que o pai fazia contra as filhas e esposa. Ela pequena defendia a mãe. Dona Ângela abraça Maria protegendo-a contra o pai. O permanecer juntos pode estar associado a uma proteção contra as ameaças concretas e a fantasia de ameaça de aniquilação.

A figura da mulher é associada à mártir portadora do amor verdadeiro que suporta todas as provações. As agressões dos homens são enfrentadas pela assunção do sofrimento e pela vitimização que sobrepuja o poder da violência, santificando a vítima. A conjunção amor/sofrimento garante a manutenção das alianças inconscientes do grupo.

O gesto de Rosa de sair com os amigos e experimentar drogas surge como uma ameaça aos pactos denegativos relacionados à proibição do prazer/ficar fora de si/ficar muito louca, e coloca em risco o continente familiar. Atualmente, Maria fala com alegria o modo como sua filha é boa mãe e boa esposa.

> *Porque ela me disse que vai me dar muita felicidade, como já está dando: uma bela dona de casa; está cuidando do seu filho, como eu cuidava.*

Rosa está grávida novamente, agora de uma menina. Ela recorre muito à mãe.

Desde o começo da gestação, tudo o que ela sente, ela me liga. Aí, eu falo: "Isso é normal, você está grávida, a pressão cai...". Ela é muito ligada a mim.

Os sintomas no grupo servem também como via de transmissão psíquica de formações transgeracionais. Maria suspeita que seu pai era alcoolista, casou-se com um alcoolista e também tem certeza de que o atual marido de Rosa faz uso de drogas. A missão de ajudar o genro a largar totalmente as drogas é delegada agora para a filha. Desse modo é garantido o contrato narcísico que mantém o vínculo transgeracional entre mães e filhas.

E eu disse para ela (Rosa) que só o amor vence, eu falei: "Se o Rodrigo (marido de Rosa) realmente te amar, você vai ajudar ele a sair dessa, como eu ajudei o seu pai". E ele mudou da água para o vinho, vamos dizer assim, mas ele usa pouquinho – sem ela me contar, eu percebo. Aí, eu disse para ela: "Com tudo, Rosa, só o amor vence". Aí, ela falou: "É, por esse amor que eu parei". Porque eu ajudei ela assim, só de conversar.

Maria diz ter as emoções à flor da pele. Quando passa mal, sente que está morrendo por dentro. Ela tem medo de tudo, principalmente medo de morrer e de que as pessoas de sua família também morram ou sofram algum tipo de acidente mais grave.

Ela diz se mostrar forte por fora, mas destruída por dentro, busca não manifestar seus medos, seus receios. Não quer que as pessoas percebam seu estado de espírito, principalmente suas filhas. As mães ocupam uma posição idealizada e não podem assumir sua fragilidade.

No hospital onde ela é atendida, Maria é diagnosticada com Síndrome do Pânico, no entanto ela considera que na realidade tem depressão.

Eu passava mal e ia pro hospital. E ele (o médico) dizia assim: "Dona Maria, eu já falei para a senhora, a senhora tem que passar por um tratamento". E eu não queria aceitar que eu estava com Síndrome do Pânico, eu não aceitava. Mas eu falei assim: "Não, eu não estou com Síndrome do Pânico, porque eu já fiquei sabendo como é Síndrome do Pânico, e aquilo não se encaixava comigo" [Você foi pesquisar, foi ver?] Fui pesquisar, é. Aí, quando eu fui pesquisar, eu vi que eu estava com a depressão por causa desse nervoso com Rosa, que foi muito forte.

Maria acha que tem depressão, mas também tem dúvidas.

É, então, às vezes, eu penso: "Acho que eu não tenho depressão. Ou eu acho que eu tenho sim. Então, fica essa pergunta. Porque, do nada, também, sem eles saberem – o meu esposo e elas – ,eu choro em casa. Eu choro, só choro.

E hoje, com tudo eu tenho medo. Já não me vejo do jeito que eu era antes. Então, por isso que eu percebi, era depressão, só pode, né? Porque eu nunca tive essas coisas: medo, pavor...

Maria participou como sujeito de uma pesquisa científica sobre uma escala de depressão. Na devolutiva, soube que tinha uma depressão leve. Maria fica com essa questão na cabeça. Em dois momentos da entrevista ela pergunta preocupada à pesquisadora: *Então você acha que é depressão forte que eu tenho?* Esse nome a localiza e também a angustia. Como vimos anteriormente, ele liga os sujeitos do grupo familiar (Rosa é a causa da sua depressão, Sebastião também se sente culpado pelo sofrimento de Maria)

> *[Agora, para você, o que é depressão? Como você soube?] Porque o teste falou. Para mim, eu não achava que eu tinha isso. [Não?] Não, eu achava que era assim mesmo, que ia dar certo, que um dia passa, né? Mas, aí, a moça (auxiliar de pesquisa) falou que era depressão.*
>
> *Ela (auxiliar de pesquisa) falou para mim: "Olha, dona Maria, realmente você tem, mas é da fraca, não é a da forte". [E ela te explicou o que é isso?] Não, ela falou para mim que eu precisava voltar, que vai ser muito bom, para mim, voltar nas reuniões (grupo de psicoterapia).*

Maria se vê alienada da compreensão de seu próprio diagnóstico, nesse caso pela produção de conhecimento realizada pela pesquisa acadêmica.

Ela tem vertigens que surgem quando fica nervosa. O clínico geral do PSF lhe pediu vários exames que não deram alteração alguma. Segundo Maria:

> *o médico fala para mim que é emocional. Porque ele já fez muitos exames, e ele fala para mim: "Só se eu virar você dos avessos agora. Você não tem nada. A sua tontura é emocional", ele fala para mim. Aí, eu falo: "É fácil falar que eu não tenho nada", eu penso comigo. E o que eu sinto?*

A questão psíquica por não ter uma marca orgânica visível em exames acaba por ser considerada como negatividade, é nada. Esse discurso é bastante comum no campo da saúde.

Atualmente Maria toma fluoxetina e benzodiazepínico, ministrados pelo médico do PSF. Antes de tomar fluoxetina a pressão mais baixa estava oscilando muito. Ela sentia um fogo por dentro, que subia pelas costas, um mal estar terrível. Com relação aos medicamentos, acha que o antidepressivo lhe fez muito bem, pois não tem mais aqueles ataques de mal estar profundo, ela toma algumas gotinhas do ansiolítico quando sente que está nervosa. No entanto, Maria acha que essas medicações são drogas e ela também seria uma drogada.

> *Mas eu me vejo dependendo de remédio. Esse Fluoxetina é bom, na verdade, porque a minha pressão, a mínima, não subiu – você está entendendo? Aquele fogo que começava, e subia, e parava aqui no meu peito, que parecia que ia me*

dá um enfarte, agora já não deu mais, depois que eu comecei com o Fluoxetina – foi excelente. Só que ele me deixa com tanto sono, com tanto desânimo, mas eu me faço de forte para não dormir de dia. Ele é ótimo, só que ele me derruba, acaba com as minhas forças, deixa 'molona', e eu não era desse jeito. Mas se eu ficar sem ele, o médico disse que pode voltar esse fogo. [Mas a parte do mal-estar melhorou?] Ah, nosso Deus, sem comentários. Porque eu não gostava nem de sair. Uma vez eu estava na praia com eles, nossa, eu me senti mal demais, não gosto nem de lembrar. Como o meu médico, o doutor Roberto, falou: "Olha, a primeira, segunda, terceira ou quarta semana é que você vai sentir o efeito, vai depender do seu organismo. Às vezes, a primeira semana". [Às vezes demora mais.] Mas eu ficava de um jeito que eu sentia toda hora aquela coisa: vou morrer, estou morrendo; e aquela dor no peito, aquele fogo que subia e descia, aquele tremor. Aí, na terceira semana... [Passou.] É, tanto é que eu tenho aqui o cartão da pressão, que eu tinha que ficar controlando a pressão, porque ela abaixava, ela aumentava. E depois que eu comecei a tomar o remédio, foi a mesma coisa de tirar com as mãos: não parei mais no hospital, não me deu mais piripaque forte. Então, eu já fui diversas vezes... [E o Clomazepan?] O Clomazepan, quando eu percebo que está me dando uma vertigenzinha, que está muito no meu sistema emocional, eu tomo quatro gotinhas... Até mesmo durante o dia – vixe, ele é bom, ele acalma. Às vezes tomo cinco gotinhas, às vezes, duas. Mas só em último caso. [Só nesses momentos?] É. Aí, eu mandei fazer esse, que é natural, que são só chás. [Quem te falou desses?] A minha irmã. Porque ela disse que é muito nervosa, então, ela é enfermeira técnica, então ela passou para mim os nomes, por telefone, falou: "Pelo menos, esse não vai te viciar". E ela é contra eu ficar tomando o Clopan, ela acha que eu não preciso disso. Inclusive, eu disse para ela da psicóloga, da Vanessa, que eu passei com ela. E ela disse que era para eu continuar, porque era muito bom. Ela falou: "Você sempre foi uma heroína, mas agora você precisa ser ajudada. Vai passar com a psicóloga, é muito bom, muito bom mesmo. E eu vou te passar o nome de um chazinho natural...", que são essas gotinhas. Ela fala: "Eu não fico sem". Ela me ensinou a tomar de manhã, três vezes ao dia, se precisar; senão, duas vezes ao dia. Aí, eu mandei fazer ele para tentar evitar o Clopan, porque, também, não deixa de ser uma droga, mas o médico me explicou assim: "Não, não é uma droga; é diferente, é um tratamento". Mas como a gente vê nas notícias que calmante também é droga, eu já fiquei meio pensativa. Falei: "Então eu sou uma drogada" [risos]. [E o que você acha disso?] Porque eu tomo antidepressivo, é uma droga, não é uma droga? [Você acha que é uma droga?] Eu acho, porque... Mas o médico fala que não é, é lógico que é. [Mas por que você acha que é uma droga?] Porque eu fico desse jeito, fico assim 'molona', eu fico completamente diferente, mas me ajudou, na verdade. [Tem uma mudança, algo que se altera, que muda a gente?] É, muda completamente. Mas sem ele, eu também não posso ficar, porque, senão, me dá aquela vertigem forte. Mas o médico disse que não é uma droga, e minha irmã fala que é: "Melhor você passar com o psicólogo e, aos pouquinhos, ir saindo". Então, eu fiquei contente, e gosto de passar com o psicólogo por isso.

Maria se vê em conflito ao tomar medicação psiquiátrica, a representação desta como droga a assusta ao colocar em cheque o lado que ela sempre ocupou na complementariedade de papéis entre bem e mal.

Maria gostaria de voltar ser como antes, não ter tanto medo, tanta agonia. Não precisar dos remédios psiquiátricos. Estes surgem como uma espécie de prótese resolvendo um déficit em sua vida. O clínico do PSF lhe diz que as medicações não são drogas, fala que ele mesmo toma às vezes um calmante.

> *"Você precisa de ajuda. Eu também sou evangélico", ele falou para mim. "E eu também, às vezes, tomo um calmante, porque não é fácil. Às vezes eu estou aqui atendendo um paciente e o paciente olha para minha cara e me xinga, e as carnes tremem, então, chega em um ponto que a gente precisa de uma ajuda", o meu médico.*

No contexto da relação com o serviço as medicações psicotrópicas surgem como um anestésico para os problemas da vida, generalizadamente utilizado tanto por paciente quanto por profissional. A identificação também ocorre pela religiosidade como modo de convencimento para que Maria siga o tratamento.

Com relação ao tempo de uso da medicação, o médico fala que ele é quem vai saber quando ela poderá parar.

> *[Ele fala que você vai sair do remédio quando? Você já perguntou?] Já, já perguntei: "Mas, doutor Roberto, quando eu vou parar de tomar esse Fluoxetina?". Ele falou: "Pode ser daqui quatro anos, pode ser daqui cinco, daqui dez. Não sei, mas ainda não é o momento de você parar". [Mas ele te explicou qual seria esse momento?] Ele explicou que ele vai perceber no eu conversar. Ele falou: "Eu sou um clínico geral, mas de tudo a gente sabe um pouco. Então, ainda não é o momento". Ele sente que eu ainda estou muito... Como diz? Muito abalada, entendeu? Então ele fala que eu ainda tenho que me tratar. Mas ele quer que eu passe com a psicóloga. Ele falou para mim que é ótimo, excelente, pergunta o que eu achei. E é como eu falei para você: eu gosto, acho muito bonita essa profissão. Então, ele fala para eu continuar, mesmo tomando o antidepressivo. Porque não é uma droga, que não é para eu pôr na cabeça que é uma droga, que é um tratamento. Ele fala isso.*

No relato de Maria sobre a prescrição de medicamentos, ela se encontra expropriada e alienada das razões sobre o período em que precisará do antidepressivo. É o médico que detém o saber sobre o momento e situações oportunas para a retirada da medicação sem compartilhar isso com a paciente. Objeto de pesquisa, objeto de intervenções farmacológicas, assim se constitui seu lugar com relação ao saber especializado.

O médico do PSF que a medica, encaminha Maria para o grupo psicoterapêutico. Ela foi uma única vez ao grupo. Sente medo de desmaiar no percurso entre sua casa e o serviço de saúde.

> *É, eu fui só em uma reunião. E eu não me senti de me soltar, consegui só escutá-las, vossas histórias, porque toda a vez que eu vou falar, eu choro, né? [E qual o*

mal que há nisso?] Sei lá, eu fico com vergonha. [Por quê?] Não sei. E, com uma pessoa só, parece que eu me sinto mais solta, entendeu? Mas eu já tive lá junto com elas, muitas pessoas, e só escutando. E elas não se emocionam muito, só um pouquinho. Aí, eu falo: "Ai, eu vou fazer vergonha, né? Elas são mais fortes do que eu...", eu pensei comigo. Eu consigo só chorar. Eu tento, mas não consigo, você não viu? E, apesar de elas falarem para mim: "Ah, amiga, venha, vai ser bom". E aí, quando as mulheres falam: "Por que você não vem? (risos) É legal! Vem!". Aí, eu fico pensando comigo: "Mal elas sabem que eu sou uma chorona...". "Ah, mas eu não vou falar isso para elas", penso comigo. (...) A primeira vez que eu fui eu percebi que elas derramam só um pouquinho de lágrimas, assim, e eu já sou uma manteiga, eu já choro logo [riso]. Mas, eu falo: "Cada um tem a sua parte de sofrer, os seus espinhos". Aí, eu falei: "Ah, eu queria ser assim também, conversar assim e só ficar um pouquinho [triste] também". Mas eu não consigo não.

Como em seu grupo familiar, ela não pode demonstrar sua fragilidade perante o outro.

No discurso de Maria, a figura do médico e do psicólogo aparece muito associada ao discurso religioso. Há uma certa aura de santidade nesses profissionais: o psiquiatra que ajudou Sebastião a sair do vício, o médico do PSF que é evangélico e mesmo ao descrever o trabalho do psicólogo. O espaço da relação paciente psicólogo é análogo a um confessionário.

então eu acho muito bonita a profissão de psicólogo por causa disso, porque eu sinto uma confiança muito grande quando falam assim: "É um sigilo". E eu acho que isso... Deus também ouve lá no céu que tem que ser um sigilo. Então eu acho essa parte da psicologia muito bonita, porque vai ficar entre nós, o sigilo. Então, eu gostei por causa disso, porque é bom a gente conversar como a gente conversa com o melhor amigo, que é Deus, né? Então, o sigilo é sigilo, é um segredo entre você e Deus – e a palavra sigilo é um mistério, uma coisa muito bonita. [Com certeza.] Então, eu gosto de passar, mas é que o medo me toma quando eu vou andar sozinha, às vezes, com a doutora Vanessa, eu vou estar lá às quatro horas: "Vem, é um conjunto, cada um conta a sua história..."

Se considerarmos o laço como suporte e vetor da transmissão psíquica, a depressão de Maria e a reprodução da dependência química no conjunto familiar poderiam ser consideradas como forma de sustentação do laço de transmissão psíquica intergeracional. As drogas cumprem também uma função de ligação entre os sujeitos do grupo, na medida em que fortalece naquele que suporta e salva, seu reconhecimento e valor perante o Outro.

Em diversos momentos Maria fala sobre segredos como, por exemplo, do desejo de morte do marido com relação à segunda filha ainda no ventre, o tratamento de Sebastião, o sigilo da psicologia. "Sigilo é coisa de Deus", assim como o mistério, termo que ela também utiliza muito "mistério de Deus". Nessa configuração, Maria

ocupa um lugar privilegiado no qual é ela quem detém o conhecimento sobre os segredos familiares.

O conjunto de sintomas familiares também fala de um contexto social onde a ameaça de abuso de drogas está sempre a espreitar pais e filhos, onde a transformação do lugar da mulher coloca um conflito entre as gerações.

Os grupos externos surgem como possíveis ameaças: os amigos da faculdade, as idas ao bar do marido, os bailes frequentados pelas irmãs de Maria, os passeios de Rita sem os pais. Maria sempre tem medo de que esses eventos tragam coisas ruins ou terminem em tragédia. O aproveitar da vida parece algo ameaçador. Prazer e sacrifício organizam os vínculos no grupo como pares de opostos.

Lígia

Eu sempre ouvia: "Isso vai passar". Eu sei que vai passar, mas quando? "Vai levar um tempo." E quanto tempo leva? Você mesmo se pergunta. Quanto tempo leva pra passar? Depois que você é judiada, judiada, judiada? Aí sim, agora é tempo de acabar tudo.

Ligia tem 55 anos, foi casada por 33 anos e está separada do marido (Antônio) há três. Eles têm um filho de 33 anos (André) que mora com ela e está noivo. Ela recomeçou a trabalhar como empregada doméstica há três meses, depois de 25 anos como dona de casa. Ganha uma pensão do ex-marido de R$300,00 e o filho também ajuda nas despesas da casa. Lígia nasceu no interior de Pernambuco e veio para São Paulo com 20 anos, logo após se casar, pois seu ex-marido (que era de sua cidade) trabalhava aqui. Só um irmão também mora em São Paulo, todos os outros familiares vivem em Pernambuco.

Lígia vem de uma família pobre e conta que passou muitas dificuldades ao longo de sua vida, principalmente no período em que vivia em Pernambuco. Ela enfatiza a precariedade das condições de vida em sua região de origem.

> *Foi uma época que nós sofremos muito lá no terreno novo, na época das chuvas, porque meu pai pagava aluguel e onde nós morávamos dava muita enchente. Tinha que sair com as coisas todas na cabeça, enrolava as roupas e levava na cabeça, porque a água estava tomando conta. Foi uma vida muito sofrida, tanto que eu nunca quis voltar para lá.*
>
> *Eu casei e vim, porque na verdade lá não tem emprego. É um lugar muito difícil. Não tem emprego, é tudo difícil, tudo, tudo, tudo. É um lugar de muita seca. Agora mesmo está horrível por lá, porque não chove.*
>
> *Meu marido sempre dizia que seu sonho era voltar para lá. Voltar para lá para ver o quê? Não tem emprego. Porque ele ia se aposentar já. Agora ele é aposentado por tempo de serviço. "Ah, mas eu tenho meu salário, não vou depender do salário de lá." E eu nunca quis ir. Porque eu sei o que eu passei, é um trauma que eu tenho na minha cabeça, porque eu sofri muito.*
>
> *eu sempre falo pro meu filho que ele não sabe o que é sofrimento. Hoje se tem água na torneira na hora que se quiser, tem chuveiro para tomar*

banho. Lá eu não sabia o que era um chuveiro, sempre tomei banho em bacia.

Em sua história, Lígia fala da pobreza, das adversidades da natureza (ora seca, ora inundações), da falta de comida, saúde e infraestrutura, das difíceis condições de moradia e estudo, do desemprego ou trabalho em condições extremamente precárias. Em sua entrevista, ela desenha o retrato da situação econômica e social de grande parte da população nordestina. Como muitos, eles migraram para o sudeste buscando condições de vida melhores.

Os pais de Lígia tiveram 19 filhos, dos quais doze morreram e apenas sete sobreviveram. Destes, ela é a mais velha. Tendo em vista o contexto de grande precariedade, a morte dos filhos ainda pequenos devido à desnutrição e doenças era muito comum.

Na verdade quando nascia, nascia com desnutrição. Aí não ia pra frente, minha mãe também era doente, não tinham suficiente para se alimentar. E quando nascia já estavam doentes e acabavam morrendo.

[Você era a (filha) mais velha?] Na verdade meu irmão era mais velho do que eu. Ele foi o primeiro, minha irmã morreu com sete anos. Fiquei eu, ele já morreu, se fosse vivo faria 56. Eu tenho 55. [Você foi a segunda?] Eu fui a segunda. [E atualmente é a mais velha?] Atualmente a mais velha. Depois minha mãe teve gêmeos, dois menininhos, que também morreram, porque já nasceram desnutridos. Porque naquele tempo era um tipo de leite que criava as crianças, era um tipo de leite que nem água, uma água de cal. Aí comprava manteiga para por naquele leite, para ficar um leite com alguma vitamina porque era água pura. É como esse leite desnatado. Eu não gosto de leite, tenho problema nos ossos por não gostar de leite. Minha mãe tinha que comprar aquele pouquinho de manteiga e misturar no leite quente, para ele pegar alguma gordura, porque o leite não tinha vitamina. Então foram criados assim, meus irmãos. Cozinhava aquele pouquinho de feijão, era mais água que feijão, uma xícara de feijão para sete pessoas comerem. E por aí foi. Não tive infância, meu pai sempre foi muito rígido, não tive uma infância boa, porque meu pai não tinha condições de me dar o que eu precisava.

O pai de Lígia trabalhava em uma olaria, em condições extremamente insalubres, fazendo-o adoecer. O trabalho era penoso e o salário pouco.

Foi uma vida sofrida, porque meu pai não tinha muitos recursos. Trabalhava como louco, na época ganhava uma miséria de salário, chegou um dia que a gente não tinha nem o que comer, porque o que tinha de comer, a minha mãe mandava na marmita pra ele, porque senão ele não aguentava trabalhar. Ele trabalhava em cerâmica. Trabalhou uns 25 anos ou mais. Quando ele saiu de lá, eles pagaram o que quiseram. Não teve essa coisa de mandar embora e pagar os direitos dele, e ficou por isso mesmo. Meu pai recebeu o que eles quiseram dar. Ele perdeu a saúde dele porque ele mexia com forno de queimar tijolos. [Era fábrica tijolo?] É. Chama cerâmica. Entrava naqueles fornos quentes e naqueles

fornos quentes ele foi perdendo a saúde. [E aí chegou uma hora em que ele não estava mais conseguindo trabalhar?] Não estava mais conseguindo. Então ele aposentou, mas aposentou com o quê? Com salário mínimo.

A vida de Lígia no nordeste é marcada por muito sofrimento e dificuldades que produzem um trauma. Em sua situação de migração, não há nostalgia ou saudade da terra natal. A vivência de ser muito judiada é constante na entrevista. Se pensarmos as qualidades de meta-defesa e meta-enquadre que as instituições ocupam na vida dos sujeitos, podemos considerar que, no caso de Lígia, essas instituições estão longe de dar apoio suficiente.

Se o pertencimento grupal exige renúncia dos sujeitos, no caso do grupo familiar de Lígia, as renúncias são extremas e não garantem um retorno de satisfação e pertencimento ao coletivo. Em termos do contrato narcísico, suas bases encontram-se ameaçadas na medida em que a própria sobrevivência do sujeito não está garantida.

Ela cuidava das coisas em casa e dos irmãos mais novos enquanto os pais saíam para trabalhar. Onde ela morava, não havia luz ou água encanada. O trabalho doméstico era bastante pesado.

[E você em casa ajudava a cuidar dos irmãos, ajudava a cuidar da casa também?] Tudo, tudo, tudo eu ajudava. Antes mesmo de ter oito anos eu já lavava, cozinhava, passava com aqueles ferros à brasa, tudo era mais difícil. Aquele ferro à brasa, quando passava a roupa, arrebentava o braço. Minha mãe sempre me ensinou, porque ela gostava muito da roça, ela colocava aquela rocinha lá e não gostava de fazer o serviço da casa. Ela me deixava em casa com a criançada em casa e ela ia plantar na roça a mandioca, coisas para comer, para ajudar. Eu tinha que carregar a água na cabeça, essas latas de óleo. Eu carregava aquela lata na cabeça e mais meia lata na mão. Era assim para descer (faz com as mãos o gesto de uma ladeira íngreme). A minha vida foi sofrida demais, eu não tenho lembrança da minha infância, eu não tive infância. Foi muito sofrido, não tenho lembrança de nada da minha vida de criança. [Já tinha responsabilidade de adulto, não é?] Tinha sete anos e ficava tomando conta dos irmãos. E minha mãe era rígida assim: se chegasse em casa e não estivesse limpa, o almoço adiantado, o feijão cozinhado no fogão a lenha. Eu carregava aquela lenha. Eu carregava grandes feixes de lenha que eu buscava na mata. Às vezes minha mãe chegava e dizia assim: "Quando eu chegar eu quero o feijão já cozido e eu quero a casa limpa". Às vezes não dava tempo. Por que teve um ano que nasceu dois, nasceu gêmeos, eu tinha medo da minha mãe e tinha que dar conta de tudo. Naquele tempo não tinha fralda descartável, tinha que lavar todas. Ave Maria!

A família vivia com inúmeras restrições e as responsabilidades que ela tinha, quando criança, já eram de um adulto. A vivência de Lígia é de não ter tido infância ou adolescência, sendo expropriada da experiência de proteção e cuidado que seriam culturalmente atribuídas a essas fases da vida. Lígia diz que se sentia muito exigida com

todas as responsabilidades a ela atribuídas. Sua mãe era brava e o medo de desagradá-la era grande, desse modo, ela sempre procurava fazer as tarefas do melhor modo possível.

Ela diz que a mãe lhe deixava o serviço doméstico por não gostar de fazê-lo, preferindo o trabalho na roça. Considerando as condições familiares, havia grande necessidade de se manter uma roça na qual fosse plantado alimento para a subsistência do grupo. O que fica sinalizado em sua fala, é que não há para ela possibilidade de querer, a situação lhe é imposta: a mãe a deixava em casa com os irmãos menores e cobrava dela o serviço feito.

Sua vida em Pernambuco era restrita à família. Seus pais eram bastante severos na educação dos filhos.

> *Meu pai sempre quis que a gente respeitasse, desde o mais novo até o mais velho. Por exemplo, se eu fizesse um vestido, que encolhesse depois de lavar, eu já tinha medo dele, porque ele olhava e estava vendo que estava muito curto. Aí eu já tinha medo e mandava desmanchar para ele não reclamar. Ele não chegava a bater, mas só pelo jeito de olhar, entendeu? Só dele olhar eu já sabia que ele não estava gostando. Mas como pai, foi um pai excelente. Fez sempre questão que a gente fosse educado, desde o mais novo até o mais velho, ele sempre quis isso. E ele sempre dizia: "Minha filha me deu muito prazer na vida". Porque casei com 20 anos, nunca dei desgosto para o meu pai em nada. Não fui moça de sair para a balada, naquele tempo não existia isso. Por isso que hoje existe tanto problema, tanta coisa, por causa dessas baladas. E no meu tempo não tinha esse tipo de coisa. [Era mais a vida na família?] Mais a vida na família. Se saía para passear, era com minha mãe, meu pai. As festas juninas, que eles gostavam muito, mas ia para um sítio. Eu nunca soube o que era um cinema, nunca soube o que era um passeio no zoológico, nunca fui. Nunca, nunca. Porque ele nunca deixou. Fui criada assim. E não me arrependo de ser o que fui. Porque hoje o que eu sou, agradeço a eles. Às vezes a gente acha "Pôxa, como meu pai era rígido com a gente, exigia muito", mas era para o nosso bem. Então, hoje, o que eu sou, eu agradeço a Deus e a ele, porque ele soube me criar.*
>
> *[E como era a sua mãe, quando você era criança?] Excelente, excelente. É uma pessoa excelente, igualzinho o meu pai. Se fizesse coisa errada, corrigia. O meu pai e a minha mãe não eram de bater na gente, pra machucar. Queriam ensinar, né? Queriam ensinar o que era de bom, o que é certo. Eu fui criada assim, por isso que muita coisa eu não aceito. Fui criada de um jeito que até hoje eu não aceito coisa errada.*

Lígia teve uma educação bastante rígida, de grande obediência aos pais. Conforme analisado anteriormente, observamos uma situação na qual próprio grupo familiar se encontra sem suportes sociais seguros. Nesse contexto, além da questão cultural na época, talvez a rigidez na educação dos filhos e a autoridade paterna e materna, sejam os últimos recursos de referências identificatórias nos quais o sujeito se apoia.

Ela incorpora os valores parentais como aspectos positivos que formam o que ela é hoje. Se o superego é herdeiro das figuras parentais, Lígia internaliza o rigor de seus pais. O fazer tudo correto lhe dá lugar de valor e reconhecimento no grupo familiar primário. Ela agrada ao pai por nunca ter lhe dado desgosto. Há uma crítica ao que foge a esse código: coisas que também estão relacionados com um fruir da vida de modo mais prazeroso, como as baladas.

Por ser a filha mais velha, ela sente que teve uma criação mais rígida (e a seu ver mais correta) do que suas irmãs. Lígia as critica por brigarem com a sua mãe, desrespeitando-a. Há uma contradição entre a vivência do medo e do sofrimento na relação com os pais e a valorização da atitude dos mesmos. Ela reprime os afetos hostis com relação às figuras parentais, transformando-os em admiração. Desse modo, ela nega qualquer contrariedade com o fato ser tratada mais rigidamente e vê aí seu mérito e de seus pais. Lígia tem seus valores morais muito bem afirmados, ela se reconhece e se valoriza como uma pessoa correta, responsável e batalhadora. Além das dificuldades e sofrimentos, essa é a herança de seu grupo familiar primário.

Sobre os estudos, com muita dificuldade, ela completou o sexto ano do primeiro grau:

> *Eu estudei até a sexta série porque a professora era uma mãe para mim. Eu ia na escola na segunda feira, na terça eu não ia porque a mãe ia lavar roupas nos tanques de água, que era longe, então eu ficava com a molecada e a minha mãe ia lavar a roupa nos tanques. Na quarta feira, eu não ia à escola porque minha mãe ia à feira. Eu fui estudando assim, de boa vontade. Quando chegava o fim de semana a professora me passava os deveres. [Você tinha que cuidar dos irmãos mais novos?] Eu tinha que cuidar deles, então não tinha como ir na escola e a dona Cecília, a professora, que faleceu há pouco tempo atrás, eu devo muito a ela. Eu agradeço a ela por eu ter aprendido a ler. Não sei muita coisa, porque na sexta série, na época que eu estudei, era muito diferente. Eu estudei até a sexta séria, mas ela me ajudou muito. Os deveres que eu tinha que fazer, as provas, eu perdia e ela falava: "Ah, vem aqui de tarde que eu passo tudo para você." Naquele tempo, não era um grupo, era em casa. Na casa da mãe dela, essas casas antigas. [Não tinha grupo escolar?] Não tinha. Tinha aquelas mesas antiga, de madeira. Ela montou essa sala de aula pela prefeitura e ensinava em casa e as crianças iam lá. Então quando eu perdia aulas, passava na casa dela que ela me passava. E eu consegui terminar a sexta série.*

Os estudos formais ficam num segundo plano perante a necessidade de ajudar a mãe nos cuidados da casa e dos irmãos. Sem a compreensão e ajuda dessa professora, provavelmente, ela não teria conseguido chegar à sexta série primária.

Lígia começou a trabalhar fora de casa aos 17 anos, depois de superar as negativas do pai.

Comecei a trabalhar com 17, mas deu muito trabalho porque meu pai não deixava. Minha madrinha, com quem eu trabalhava junto, disse para deixar eu trabalhar, que eu trabalharia com ela, pois meu pai tinha preocupação porque eu tinha 17 anos e ele só deixou por eu trabalhar com ela, caso contrário não deixaria.

Lígia ficou nesse serviço por três anos, quando se casou e mudou para São Paulo. Ela conta que desde muito cedo tinha o desejo de se casar.

[Você queria casar naquela época?] Queria. Porque eu achava que se eu casasse, a minha vida ia melhorar. Eu gostava muito de brincar de boneca. E nas brincadeiras de boneca, eu me sentia uma dona de casa. Todo lugar da casa que tinha um cantinho, eu inventava de brincar de boneca, mas nem tempo para isso eu tinha. Eu tinha vontade de casar pra ter minha casa para cuidar, pra ter aquela responsabilidade com o marido e com filhos. [Que fosse seu, não mais o da sua mãe?] Isso, que fosse minha casa.

Em sua infância, a dureza da realidade sempre invadiu o espaço transicional de Lígia, não permitindo grandes espaços de ilusão. Nos raros momentos para o brincar, ela reproduz um universo doméstico no qual ela é a mãe e a dona da casa. Na brincadeira, é produzida a possibilidade de se apropriar de outro modo desse contexto sofrido e exigente no qual se encontrava, não mais como figura passiva a seguir ordens, mas agora podendo ter o controle sobre a situação.

O casamento surge como a possibilidade de uma vida melhor. Ela teria desse modo, sua família e sua casa. Sem outras opções possíveis, é a partir do investimento no ambiente familiar/doméstico que se dá seu principal pertencimento grupal, é o lugar no qual ela se vê reconhecida.

O casamento efetivamente lhe dá a oportunidade de sair de Pernambuco e vir para São Paulo, onde, apesar das dificuldades financeiras, tem possibilidades de acesso a uma vida melhor. Além dela, apenas um irmão veio para São Paulo, o restante da família permaneceu em Pernambuco. Desse modo, seu marido é seu principal apoio na nova cidade.

Ao longo da entrevista de Lígia, as palavras que mais se sobressaem são: sofrimento, dificuldades, ser judiada. Apesar dos problemas vividos em sua vida adulta, ela consegue encontrar um refúgio em seu casamento. Antônio é uma pessoa muito boa que faz uma ótima parceria com ela na realização de seus sonhos

O casamento marca uma passagem significativa, Lígia nunca havia saído da casa dos pais e pouco havia trabalhado fora. Ela vem para São Paulo viver com o marido. A maior parte do tempo eles namoraram por carta. Sua grande referência era a família e assim continua sendo em São Paulo, agora na figura de Antônio.

Aqui, Lígia também enfrentou várias dificuldades. No bairro para onde se mudou, as enchentes tomavam sua casa. Com isso ela perdeu todas as coisas que haviam sido conseguidas com muita economia. Tudo na vida de Lígia foi conquistado aos poucos pelo esforço do casal.

> *Eu fui morar num dois cômodos, eu não tinha televisão porque não tinha espaço. Eu não tinha um jogo de sofá por falta de espaço, era quarto e cozinha. A minha cozinha era muito pequena, tinha um fogão, um armário pequeno e uma mesa com quatro cadeiras, só. Tínhamos um guarda roupas bem antigo, que foi dos companheiros de apartamento dele, que deixaram para nós, porque não podíamos comprar, nós demos uma boa limpeza e ficou bem bonitinho, arrumado. Depois de um tempo nós conseguimos comprar uma televisão, daquelas televisões de madeira, na época, preto e branco. Depois mudamos para a (nome bairro), foi quando eu consegui comprar a geladeira que não tinha, comprei uma antiga, mas muito boa. Bem antiga, daquelas que tinha pé de louça.*

Em sua vida de casada, ela e o marido se esforçaram muito para ter a casa própria.

> *[A casa foi vocês que construíram?] Sim, aqui no bairro a minha casa foi uma das primeiras e serem construídas. [E vocês que subiram as paredes?] Sim, de fim de semana. Nós dois trabalhávamos, não tínhamos dinheiro para servente, pedreiro. E quando chegava o final de semana, a gente vinha, ele fazia o concreto e eu ia subindo com a lata para fazer as colunas, até que terminou. Aí quando colocamos a laje, que faltava o acabamento, ele ficou desempregado, um ano e quatro meses. Foi quando eu fui trabalhar e ele arrumou trabalho no mesmo local. Trabalhando, nós dois conseguimos terminar minha casinha, o acabamento. Colocou piso, reboco, fez todo o acabamento que precisava. Mas sofri muito para chegar a esse ponto, porque nós sempre pagamos aluguel.*
>
> *Teve um dia (após a separação) que eu entrei em desespero, eu queria porque queria vender a minha casa. Coisa que eu nunca quis fazer, porque eu sei o quanto eu sofri para construir. Eu e ele (marido). As outras pessoas passeando por aí e eu e ele estava com a latinha de massa, construindo a casinha.*

Como na história da cigarra e a formiga, Lígia e Antônio trabalhavam constantemente para conseguir construir sua casa, inclusive aos finais de semana enquanto os outros usufruíam de momentos de lazer. A questão do sacrifício é marcante na vida de Lígia, é a partir desse registro que ela se afirma e se reconhece.

Ela sempre sublinha a união e parceria do casal no enfrentamento das dificuldades e na conquista de cada coisa. Desse modo, o casamento vai se constituindo como um de seus principais pontos de apoio psíquico. Ele lhe permite o acesso à realização de sonhos que estão pautados na sua vivência no grupo familiar primário e seu contexto socioeconômico. Se como ela diz, seu pai não tinha condições para lhe dar o quer era necessário, de algum modo, Antônio consegue suprir isso.

[E você acha que conseguiu ter a sua casa, como a que você queria e brincava quando era criança?] Ah, eu consegui, daquelas que eu sonhava.

Sobre seu casamento, Lígia fala que era excelente.

[E como era antes o seu casamento?] Era ótimo! Era ótimo. Uma pessoa muito boa, ficava em casa comigo. O serviço da casa era dividido entre nós dois, quando eu trabalhava fora, porque eu trabalhava fora. Mas quando eu não estava trabalhando fora, porque ele era motorista de ônibus, eu ia lavar a roupa e ele ficava na cozinha, fazia almoço, limpava a casa, o quintal, era uma pessoa excelente.

Ele era perfeito em determinados aspectos. Um bom marido, dedicado à família, responsável por tudo que ele tinha, conta, tudo, tudo, mas teve esse lado que estragou (ter arranjado uma amante).

Sua relação com Antônio era praticamente perfeita, ela não vê nele defeitos exceto o fato de ter arranjado uma amante. Esta se configura como o bode expiatório que lhe rouba o marido e estraga seu casamento de 35 anos, destruindo sua felicidade familiar. Lígia não identifica influência alguma de sua parte nesse processo de separação, Antônio é quem foi mudando sob influência da relação com a amante. Em seu discurso, não há uma apropriação ou reflexão sobre elementos da dinâmica familiar que possam ter contribuído com a ruptura.

Há um movimento de idealização do (ex)marido. Ela ressalta as várias qualidades de Antônio: parceiro na divisão das tarefas domésticas, sempre preocupado e zeloso com relação ao bem estar dela e do filho, responsável com o sustento da família e na construção de sonhos como o da casa própria. Ela relata uma série de situações nas quais reafirma esse perfil bastante companheiro de seu (ex)marido: sabendo da história de vida de Lígia, ele prefere esperar um tempo após o casamento para terem filhos, já que ela sofreu muito cuidando dos irmãos. No período de puerpério, é ele quem cuida de Lígia e do bebê.

Na vivência do casamento, ela encontra em Antônio um apoio e cuidado não vividos até então, uma relação de respeito sem a presença do medo e uma parceria sólida na construção de seus projetos.

No que diz respeito a sua história de trabalho, ela nos fala:

[Você estava sem trabalhar há quanto tempo?] Nossa, muito tempo, nem tenho ideia. Meu filho tem 33 anos, o último emprego que eu tive meu filho tinha sete, oito anos de idade. Aí eu parei de trabalhar porque meu marido não queria. Eu arrumava serviço, mas ele não queria que eu trabalhasse. [Por quê?] Ele falava que o que ele ganhava já dava, então ele não aceitava que trabalhasse fora. Aquele tipo de homem. Mas eu nunca deixei de rezar por isso. Eu sempre quis

lutar para ter meu dinheiro, não que ele tenha negado dinheiro para mim, até hoje ele não nega, quando eu preciso de ajuda.

Apesar do orçamento restrito e da vontade de trabalhar fora, Lígia aceita a posição do marido e se mantém em casa. Na divisão dos papéis sociais entre homens e mulheres, vemos a reprodução do lugar da mulher cuidadora do lar, o que acontece com a maioria das entrevistadas. Seu universo gira novamente ao redor dos cuidados com a casa. Agora *sua* casa. O marido de Lígia ocupa o lugar tradicional de provedor do sustento financeiro da família.

A separação há três anos a fez ficar muito mal. Antônio é motorista de ônibus há vários anos, e começou a ter uma relação extraconjugal com uma passageira de 25 anos.

Aí com o passar do tempo, aí começou. Ele mudando, mudando, mudando. Uma pessoa muito boa, mas não sei o que passou pela cabeça dele, que começou a mudar, arrumou essa pessoa. Essa pessoa estragou o meu casamento, porque 35 anos... Foi quando eu falei: "Se for pra viver essa vida, você vai viver a sua vida, eu vivo a minha." Porque, eu falei pra ele, aí chega uma agressão e é pior. Para não chegar ao ponto de eu agredir a ele, ou ele me agredir, então eu falei: "Olha, siga o seu caminho, eu sigo o meu. Não aceito isso."

De seu lugar doméstico, Lígia vê o movimento de seu marido.

Ele fazia linha desses horários de fábrica para, vai buscar e vai levar. E ele chegava à noite, que era motivo de discussão, porque eu ligava no celular, ele dizia: "Eu estou aqui. Eu estou aqui", mas eu não sabia onde era que ele realmente estava. Então ele começou a chegar fora do horário que eu sabia que já tinha terminado a linha, e foi aí que começaram as discussões. [Entendi, começaram a brigar por conta dessas coisas?] Sim, porque ele chegava e eu perguntava: "Onde você estava? Porque o seu horário de terminar a linha é onze horas." Aí ele começou a chegar, nos primeiros dias, onze e meia, depois passou para onze e quarenta e cinco, depois meia noite, meia noite e meia. E isso ia acabando comigo, porque a gente fica em casa no dia a dia. Você no dia inteiro não para. [Sei, cuidando da casa.] Sim, e quando chegava à noite eu estava cansada, queria mais deitar e dormir. [E você ficava esperando por ele?] Esperando ele, e era isso que eu não estava vendo. E a gente vai se acabando aos poucos. [Você começou a sentir que tinha alguma coisa errada?] Com certeza. Eu falei para ele que eu não nasci para isso, eu não sirvo para este tipo de coisa. E meu filho também não aceitou, ele falava: "Minha mãe não merece isso, porque eu vou ter que aceitar?" Aí decidimos separar.

O filho tomou partido da mãe na separação, ficando muito revoltado com o pai por causa da traição:

Porque ele (filho) sabe que os 35 anos de casada, ele sabe que eu sempre fui responsável por mim e por tudo que é meu: o serviço, a casa, em tudo, em tudo,

em tudo. E ele sabe a pessoa que eu sou. E ele diz: "Mãe, a senhora não merece que meu pai faça uma coisa dessas. A senhora não merece isso. Pra quê isso?" Tudo isso magoou muito a ele.

Lígia elogia muito André:

O meu filho também é um anjo na minha vida.

[E como é a sua relação com seu filho?] É ótima! [Desde que ele era pequeno?] Desde pequeno. Meu filho é nota 10. Defeito todo mundo tem. Ninguém é perfeito nessa vida. Mas como filho ele é companheiro, é muito meu companheiro. A gente conversa muito. Ele não sabe fazer nada, falar assim: "Eu não quero que a minha mãe saiba." Às vezes acontece qualquer coisa ou ele sabe de alguma coisa, ele fala: "Eu não vou contar para a minha mãe." Mas depois só de olhar para ele, eu já sei, porque ele não é de esconder nada para mim. Quando chega a esse ponto, eu percebo que está escondendo alguma coisa de mim, então ele acaba chegando e conversando. [Vocês são muito próximos?] Muito! Muito amigos, meu filho é uma benção mandada por Deus.

Lígia descreve um vínculo muito forte com o filho, no qual não há espaço para segredos. Em função da separação, a dependência com relação a André aumenta, tanto afetiva quanto financeiramente. Ele precisa ajudá-la a dar conta das despesas cotidianas. André substitui o lugar de companheiro deixado pelo marido. Como um anjo, lhe é negada a sexualidade. Nesse contexto o desligamento mãe/filho é dificultado, ele está noivo, mas em função das necessidades maternas, seu próprio casamento está sendo adiado.

André apresenta sintomas psicossomáticos que, segundo Lígia, são ocasionados pelo nervoso com relação à situação familiar.

Ele ficou muito mal também, por conta dessas coisas que aconteceu. Até estourou bolha no corpo, de tanto nervoso. Ele passou na médica e ela falou para ele: "Você deve estar passando por alguma coisa, que você fica quieto, você fica calado, não desabafa, então fica estourando essas bolhas na pele". Irrita, fica coçando. Ela falou que é por conta dessas coisas.

Ele (filho) fala: "Por que ficar sofrendo se a senhora não merece isso?" [E ele ficou muito revoltado?] Ficou, e ficou muito nervoso! E ele não conseguia desabafar, mas agora ele está bem controlado. Ele sai com a noiva dele, brinca, se distrai. Mas aquela coisa fica na cabeça dele, igual a mim, ele não consegue esquecer. "Ah, passou, passou. Acabou!" É difícil. É difícil. É uma coisa que eu não desejo a ninguém, porque a vida a dois era muito boa.

O gesto de seu ex-marido surge como uma grande traição com relação ao grupo familiar. Algo que fere os princípios nos quais este está assentado, abalando sua estrutura de apoio.

Por um bom tempo após a separação, Lígia ficou muito desanimada, sem vontade de sair de casa ou de fazer coisa alguma. Ela não dormia bem e emagreceu bastante.

Lígia relata que apesar de tudo não chegou a ter depressão:

> *Na verdade, eu não cheguei a uma depressão. Eu não cheguei nesse extremo. Eu fiquei muito mal, por causa da minha separação. Eu tenho 35 anos de casada, não esperava. Mas como não aceitei a proposta que ele fez para mim, não aceitei e não aceito, sugeri para ele viver sua vida e eu viver a minha vida. Então ele decidiu ir embora. Ficou com uma outra pessoa, que estragou meu casamento de 35 anos, está com essa pessoa e está me ajudando. Ele me ajuda no que ele pode, ele me ajuda, mas para mim não é suficiente. É um casamento de 35 anos, não de 35 dias. Foi muito difícil para mim.*

Lígia toma Amitripilina há dez anos. Ela não identifica o remédio como um antidepressivo e sim como um calmante.

> *Não entrei em depressão, o único remédio que eu tomo é o Amytril, Amitriptilina, que eu pego pelo SUS, que faz 10 anos que eu tomo. Não é de agora não. Eu comecei com falta de sono. Foi o doutor Flávio quem receitou há 10 anos. [Ele é o quê o doutor Flávio?] Ele é clínico, mas acho que ele nem trabalha mais aqui. [E você estava sem conseguir dormir?] Eu não conseguia dormir, ele me receitou esse Amitriptilina e eu estou tomando, só que ele é fraquinho. [E você toma sempre?] Eu tomo à noite. Eu queria parar, mas eu parei e fiquei muito mal. Ele disse para eu não parar, que ele não deixa dependente, porque, porque ele é um tranquilizante, né? Então eu tomo, pego no ambulatório, até hoje.*

Há um desencontro de informações com relação à medicação: o antidepressivo que é descrito como calmante. O calmante que não causa dependência. A medicação psiquiátrica é dada sem um controle maior com relação a seu uso que acaba se tornando algo para a vida inteira.

Lígia se queixa da dificuldade para dormir ainda no período em que vivia com o marido. Ela ficava esperando-o chegar do trabalho à noite, ele demorava cada vez mais a voltar para casa. As discussões e brigas começaram a ser frequentes.

Após a separação, ela procurou ajuda no posto onde começou a fazer um grupo psicoterapêutico.

> *Foi por vontade própria, ninguém me encaminhou. Eu vi que havia psicóloga aí e resolvi vir e fiquei. Conversei muito com ela, que me aconselhou, me explicou como é a vida. E estou com ela há mais ou menos três anos. Faz agora três anos desde a minha separação. E estou com ela até agora. Tenho vindo, quando tem alguma coisa que eu quero conversar. Alguma coisa que eu tenho dúvida eu converso. Eu me sinto muito bem quando venho aqui. Foi uma coisa que me ajudou muito durante esse tempo. Porque querendo ou não, mexe muito com o psicológico da gente, uma separação assim. Para quem convive, de fora, fala: "Ah, é fácil, você sai dessa!", mas para quem vive o problema de dentro não é*

fácil. E eu tenho vindo. Ela até brinca comigo, a Jô (coordenadora do grupo), que não é para eu usar mais a aliança, porque é isso que fica me atraindo de volta, ela me aconselha a tirar a aliança. Como eu vivi 35 anos e nunca tirei a aliança, eu não consigo. Mesmo colocando outra no lugar, não consigo ficar sem. E ela pede, mesmo. [Sei, é como se fizesse parte de você.] Faz parte. Eu sei que não significa nada na vida real, mas para o sentimento da gente, faz parte, mexe. Aí ela brinca comigo que não vai me dar alta enquanto eu não largar dessa aliança.

Na fala de Lígia, as coordenadoras do grupo parecem portar um saber que ela não tem. São as especialistas que lhe explicam a vida, aconselham e resolvem suas dúvidas. O grupo no PSF surge como um apoio que ela utiliza quando sente que está precisando.

A elaboração da história da separação é um processo muito difícil para Lígia. Logo no início da entrevista, ao ser indagada sobre seu estado civil, ela responde: "casada, mas estou separada". Ela permaneceu casada por 33 anos, mas se refere como sendo 35, incluindo os anos em que está separada. Há um luto não elaborado com relação à separação. Ela não consegue abandonar essa aliança com Antônio.

Apesar de todo sofrimento com relação à separação, Lígia parece ainda ter esperança de que seu ex-marido volte atrás em sua decisão. No entanto, ela diz ter medo de viver uma nova traição.

Eu sempre ouço "Você vai ver, ele vai voltar, porque essa pessoa que ele arrumou tem 29 anos e ele tem 57. Foi tudo uma ilusão, ele vai voltar." Mas aí eu me pergunto: "E será que vai mudar?" Então eu conversei com Deus e disse "Se for para voltar, para eu passar por tudo aquilo de novo, prefiro que fique como está". Do jeito que eu estou, estou ótima. Eu toco a minha vida.

Diante dessa situação, ela diz que não tem mais confiança para se envolver com qualquer outro homem.

Minhas amigas sempre dizem: "Você acha que aos 55 anos você está velha para arrumar um casamento?" Eu tenho uma amiga com 70 anos de idade e tá casando, arruma namorado, mas eu fico com uma pergunta na cabeça: "Será que daqui para frente eu vou conseguir achar uma pessoa que me dê valor?", que, sei lá, ah, eu nem sei explicar. Que não tenha defeitos? Eu não vou achar.

Em seu discurso há uma imagem idealizada da própria família, tanto de seu filho quanto de seu (ex)marido. Este surge como uma pessoa perfeita diante do qual ela perde seu valor. Numa vida tão sofrida, um homem que cuide de seu bem estar se aproxima da perfeição. Esta surge em contraposição e compensação a todo sofrimento vivido no nordeste. A separação significa também o desmonte da cena fantasiada e idealizada da família própria de suas brincadeiras. Em vários momentos, Lígia se refere a sua casa como "minha casinha".

Ela conversa bastante sobre sua separação com outras pessoas, principalmente as amigas da igreja. Em vários trechos da entrevista ela menciona a questão da fé. A religião serve como apoio psíquico, tanto no que se refere ao círculo de amizades, quantos à crença em um ser superior que pode livrá-la do sofrimento, ajudá-la a superar as dificuldades e trazer coisas boas para sua vida.

> *[E o que você espera da sua vida daqui para frente?] Eu espero que melhore. Porque está ruim sim. Já esteve pior, né? Mas agora eu estou superando bem. É uma coisa que eu não acho que vá passar, vou estar sempre com esse tipo de coisa na minha cabeça. Porque uma coisa quando magoa você, é igual quando você tem uma coisa boa que não sai da sua cabeça, "Ah, eu passei por isso de bom!", isso aí você não vai esquecer nunca, pois foi uma coisa de bom. Você não esquece do dia pra noite. Mas eu acredito, tenho muita fé em Deus, independente de qual religião que você acredite. Eu peço muito a Deus que daqui pra frente eu me recupere de tudo o que eu passei. E peço a Deus para não me deixar passar por isso de novo.*

Lígia não consegue "esquecer" tudo de ruim que passou com a separação do marido, pois também não consegue "esquecer" tudo de bom que passou a seu lado. A situação da separação é vivida como se esse episódio tivesse destruído as coisas boas conquistadas por Lígia. Largar a aliança pressupõe abandonar o objeto bom.

Em suas conversas com pessoas próximas, Lígia menciona a fala de sua patroa:

> *Minha patroa fala muito a esse respeito comigo. Ela diz que a mãe dela passou por isso que eu estou passando. O pai dela teve até um infarto, por causa disso. Ele arrumou uma amante e por conta dessa amante. Ele que nunca tinha pensado em fazer isso, e acabou não suportando ter agido assim. Doeu tanto nele, que acabou enfartando e ele morreu. E a mãe dela até hoje chora, já faz três anos. Hoje, ela está bem. Ela passeia, pra começar ela tem com quem passear, com quem se divertir e eu não tenho isso. [E suas amigas?] Eu tenho, eu tenho minhas amigas, mas eu falo assim, eu não tenho um dinheiro suficiente para poder passear, eles têm. Eles tem um capital que eles podem. É uma academia, um passeio na praia, coisas que ocupem a sua cabeça. Como eu não tenho dinheiro pra esse tipo de coisa... Tenho pra ir nessa viagem para ir ver minha mãe. Mas um dinheiro assim: "Ah, eu vou pegar minha bolsa e minha mala e vou embora para um hotel na praia pra me divertir". Eu não tenho possibilidade para isso, eu não tenho como.*

O erro de trair a mulher e trocá-la pela amante é tão grave que o homem paga seu erro e a culpa disso com a própria vida. A amante é a figura que desvirtua os bons maridos e estraga os casamentos.

Lígia encontra-se novamente despojada de recursos. Ela não tem espaços sociais de circulação para espairecer. A mãe de sua patroa tem mais condições do que

ela para superar a situação vivida com o marido: ela tem recursos financeiros para se distrair dos problemas. À Lígia só resta o trabalho.

É no trabalho e nas ocupações domésticas que ela encontra um refúgio para não ficar pensando o tempo inteiro em seu ex-marido.

> *E eu lavo, passo, arrumo, e aquele tempo que estou lá, além da minha casa para cuidar, durante aquele tempo que estou ali minha cabeça está nas coisas que eu tenho que fazer. "Eu tenho que terminar isso aqui, vou começar lá, tenho que terminar que daqui a pouco eu já vou embora." Então é uma ocupação para a minha cabeça, porque eu, em casa, não estava bem.*
>
> *Enquanto eu estou trabalhando, não estou pensando o que ele fez, o que ele deixou de fazer, por que ele fez. Eu não posso ficar sozinha, não posso ficar parada. [Mas se você fica em casa fazendo suas coisas...] Se eu fico ocupada, a minha cabeça fica ocupada. Outro dia me deu cinco minutos, eram dez da noite e eu estava fazendo faxina em casa para não pensar nisso tudo, porque quando eu terminar, já era hora de dormir. Meu filho estava de férias, começou a trabalhar de novo agora, sai meio dia e meia e chega onze da noite, até a hora que ele chega eu tenho que ficar procurando coisas para ocupar meu tempo, para não ficar parada pensando em bobagens.*

Em todo seu discurso, Lígia fala de muito sofrimento acumulado ao longo da vida.

> *Faz 27 anos que eu estou aqui (morando em sua casa própria). Eu tenho que dar valor a isso, porque eu sei o quanto eu sofri. A minha patroa onde eu trabalhava era uma mãe para o meu filho. Ela tinha um filho bem gordinho, o menino dela perdia muita roupa e eu não tenho vergonha de dizer, eu ganhava roupa pro meu filho, que eu não tinha dinheiro para comprar. Chegava o frio, eu tinha que colocar meia dele porque eu não tinha meia para por no pé. E tudo isso você vai colocando no lápis, o que você passou. Então eu pensava: "Pôxa vida, minha vida começou assim, terminou desse jeito." Então você acaba não acreditando no que aconteceu, depois de tanto sacrifício. A vida é assim... Seria bom se fosse do jeito que a gente quer, mas não é.*

O final do casamento estraga tudo o que foi construído. Ela inclusive queria desfazer da casa vendendo-a. Lígia descreve todo o processo de descoberta das traições e separação como um novo momento traumático em sua vida, produzindo um intenso sofrimento e lançando-a no desamparo. Esse momento instaura uma ruptura em seu grupo familiar e um processo de crise na vida de Lígia.

Kaës analisa a experiência subjetiva da crise, que se constitui como uma *ruptura da relação inter e intrasubjetiva, no jogo das dependências de grupos e sociedades*. Ele aponta que essa experiência:

> cuestina dolorosamente em el sujeo la continuidad del si-mismo, la organización de sus identificaciones e ideales, el empleo de los mecanismos de defensa, la

> confiabilidad de sus lazos de pertenencia a grupos, la eficacia del código común a todos aquellos que, com él, pertenecen a uma misma forma de sociabilidad y cultura. (Kaës et al., 1979, p.27)

A perda do marido é a perda de parte de si mesma. Como dito anteriormente, em termos simbólicos, Lígia ainda não fez a separação. Assumir efetivamente o divórcio surge como uma ameaça narcísica, tendo em vista todos os aspectos envolvidos nesse casamento.

Dentro de toda a educação rígida de Lígia, seu marido contraria essa herança, ao ter uma amante, buscando uma mulher muito mais jovem. Ele faz "uma loucura". Ele é o incorreto e comete uma traição. Tal gesto rompe com os princípios que organizam a vida de Lígia e de seu grupo familiar, pautados sempre naquilo que é correto e no sacrifício. É a partir desse registro que ela tem sua recompensa, seu valor.

Esse movimento desorganiza laços familiares sincrônicos e diacrônicos, rompendo com o contrato narcísico estabelecido por Lígia e seu núcleo familiar primário. Se sua família surge como a possibilidade de superação dos eventos traumáticos de sua infância e adolescência, a separação instaura uma crise na qual a desestruturação do grupo familiar lança Lígia em uma situação de desamparo.

Segundo Kaës (1979, p.62):

> en mayor o menor medida toda ruptura remite a outra fundamental que ya se há producido y cuya experiencia há sido marcada por el sujeto a través del drama de la *Hilflosigkeit*, la situación de sentirse sin socorro ni recursos; drama ligado al estado de premaduración específica del ser humano, ao estado de profunda y vital dependencia a la madre (al entorno materno).

Ao longo da história de Lígia, em função de suas grandes dificuldades, é constante a sensação de ter conseguido as coisas a partir da ajuda dos outros: a professora que a ajuda a estudar, a madrinha que a ajuda a conseguir começar a trabalhar, a patroa que lhe dá as roupas para o filho, o marido que a ajuda a construir seus sonhos. Assim, se coloca em questão seu valor próprio. As bases de seu apoio narcísico sempre estão fragilizadas e acabam sendo atacadas com o fim de seu casamento.

É a partir de toda essa configuração que compreendemos o surgimento dos sintomas depressivos de Lígia: o momento de crise operado pela ruptura dos laços familiares que a jogam novamente em uma situação de desamparo, ligando-a a uma vivência traumática de novamente estar sem recursos.

Beatriz

Eu só tenho alegria quando saio do serviço. Terminou o horário do serviço, eu saio bem pra caramba. Aí eu pego a minha filha, chega em casa e volta aquela mesma mesmice.

Às vezes eu quero conversar, não quero falar de filho, de marido, de casa. Fala alguma novidade, fala de outra coisa.

Beatriz tem 33 anos, é casada há oito, tem uma filha de seis e trabalha como atendente em um bar lanchonete no centro da cidade. Seu marido trabalha como mecânico. Ela nasceu em Recife, é a sexta de oito irmãos. Veio para São Paulo com 19 anos, para ajudar financeiramente a mãe. Queria uma vida melhor para si e para sua família.

Beatriz conta sobre a vida em Recife, sobre sua infância, adolescência e a relação com os pais:

> *Na família, a gente tem que ter medo mais do pai e na nossa casa a gente tinha medo mais da nossa mãe. Porque ela era mais durona. Mas quando ela via a gente machucado, nossa, ela se desmanchava inteira.*
>
> *Então, a minha mãe não gostava de beijo e nem de abraço. Minha mãe não gostava. Mas quando a gente estava doente ela era sabe? Ela punha no colo, ela cuidava, a comida era em separado, sabe? Sempre era mais... Meu pai já brincava, já beijava, já punha no pescoço, já rodopiava. O pouco tempo que ele tinha, ele dedicava à gente. [Era pouco tempo?] Era pouco porque ele trabalhava muito. Ele trabalhava férias, feriado.*

Sua mãe é mais rígida sem, no entanto, ser agressiva ou violenta com os filhos, Beatriz diz que nunca apanhou de seus pais. O lado mais carinhoso de sua mãe surge nos momentos em que os filhos têm algum problema de saúde. O pai já se apresenta como uma figura amorosa, mas pouco presente no cotidiano familiar.

> *[Sua mãe cuidava das coisas em casa?] É. Oito filhos, né? Então, por eu ser. Deixa eu ver... Eu sou a sexta. Eu sou a sexta. Então, eu fiquei naquele meio, eu*

fiquei meia, sem saber pra onde, quem... E aí eu sinto uma carência muito grande. Então eu acho que é por isso que quando eu sento com uma pessoa, eu converso, eu falo, eu desabafo. E se a pessoa fala: "Não, vamos comigo." Eu vou. (chora)

Minha psicóloga, na época que eu fiz pelo ambulatório, ela falava que eu era carente de afeto. Porque como eu sou a sexta... É, a sexta de oito filhos, então, a minha mãe foi tendo e a gente foi ficando pra trás, né? Mas eu fui muito mimada. Eu era a última menina, então, eu fui muito mimada. Mas eu fui muito carente. Eu me apego às pessoas. Eu converso com você isso aqui, eu converso com qualquer um lá fora. Eu me abro porque eu preciso! [Tirar essas coisas de você e falar?] Eu preciso, é. Eu choro, choro, choro, mas volto e continuo do mesmo jeito.

Integrante de uma família numerosa, ela por um lado sente-se "esquecida": eram muitos irmãos para dividir a atenção dos pais. Por outro, ela também diz que era bastante mimada por ser a última das meninas da família. Uma de suas grandes queixas é a questão da carência de afeto, da necessidade de carinho e atenção. Essa carência possui aspectos infantis: o desejo de que alguém lhe conduza pela mão, que lhe passe a mão na cabeça. O sentimento de "ficar para trás" vai marcar seu discurso ao longo da entrevista.

Em sua família primária, o pai e os irmãos trabalhavam, enquanto que sua mãe era responsável pelos cuidados da casa. Seu pai passava tanto tempo trabalhando que quando ela era pequena não o reconhecia e estranhava. Nesse contexto, a figura materna, presença mais constante, surge como principal referência identificatória em sua vida.

Beatriz relata que sua mãe era muito nervosa e preocupada, tinha medo de tudo, como se sempre houvesse um perigo iminente a ameaçar a família.

Minha mãe sempre foi assim, sempre muito assustada com tudo.

Minha mãe sempre preocupada, nervosa demais. (...) Era um quintal grande, a gente brincava, sempre entre irmãos. Dificilmente a gente ia pra rua assim, não brincava com o pessoal da rua, não. Minha mãe sempre teve muito medo. Então, tudo ela punha medo na gente. [Medo do quê?] Tudo. Tipo assim, agora é estuprador que fala, antes era tarado. Medo de alguém vir e machucar. De alguém vir e levar embora. Então, minha mãe sempre manteve a gente muito ali. (...) Pedia para a minha mãe: "Ah, deixa eu ir numa praia com uma colega?" Ela não deixava. Tinha que ir com uma irmã mais velha ou sempre com ela. Mesmo grandona. Eu fui conquistando aos poucos, ela foi confiando em mim para eu poder... Não que eu fosse fazer coisa errada. Mas ela tinha medo, muito medo. Ia na esquina e ela já mandava chamar. "Ah, que de repente vem um assalto, não sei o quê." E ela não deixava a gente sair muito. (...) Sair à noite ela não deixava. Pra uma festa ela não deixava. Dançar, sair com amigo à noite também não. Só ficava em casa. Dava oito horas da noite no máximo, porque eu ia pra igreja, nove horas da noite tinha que estar em casa. A igreja era duas quadras para cima

assim. Então, ela não permitia. Se ficasse conversando um pouquinho mais, já vinha o meu pai atrás, sabe?

O ambiente exterior à casa e à família são vistos como ameaçadores. Vai se constituindo no discurso de Beatriz uma oposição entre dentro e fora de seu grupo familiar: o dentro é caracterizado como a proteção e o cuidado, e o fora como o perigo. A fala de Beatriz é sempre marcada pela ambivalência de afetos e representações.

O medo principal da mãe de Beatriz referia-se à violência e sexualidade (o tarado) que poderia atingir seus filhos fora de casa. Beatriz foi criada, até o momento em que migrou para São Paulo, muito junto à família e bastante restrita em outros contatos sociais. Ao ser indagada, ela não sabe explicar o medo massivo da mãe ou identificar alguma razão para isso: uma condição real de perigo na comunidade em que vivia ou alguma vivência traumática.

Tanto a estruturação do superego quanto a representação do ideal de ego se dão a partir da internalização das figuras parentais. No caso de Beatriz, o medo da mãe, projetado em figuras socialmente reconhecidas como perigosas, é transmitido a ela, que também tem uma série de inseguranças e medos, principalmente no que diz respeito à sexualidade.

Observamos esse processo de identificação com a figura materna nas reações psicossomáticas que Beatriz apresentava quando ficava nervosa ou assustada: ela, como a mãe, também se assustava com tudo.

Eu tinha um problema. Esse problema começou quando eu tinha 12 anos. Eu não podia assustar. Ninguém podia xingar, ninguém podia brigar comigo que eu começava a ficar nervosa, assustada, então, meu corpo inchava inteiro! Eu parecia um sapo! Umas bolas, assim, parecia uma intoxicação, no corpo inteiro, no rosto. E eu vim pra São Paulo e ainda tinha isso. Eu passava mal e desmaiava. Eu vomitava. Eu procurei médico, fiz exame de sangue, muitos exames de sangue e ninguém descobria o que era isso. E vendo as reportagens que passavam de pessoas com o mesmo sintoma que o meu e era da depressão que eu já tinha. Era uma depressão que tinha esse sintoma que eu tinha. Então, eu pipocava inteirinha, coçava, coçava, mas coçava muito, queimava o meu corpo. Eu chegava a passar mal, vomitava. Às vezes desmaiava, às vezes não. Mas aquilo ia me arrepiando, me arrepiando e cinco minutos depois minha pele estava normal. Só que quem visse tinha nojo, parecia uma descamação, mas sumia. Só que isso começou, acho que eu tinha uns 12 anos, lá em Recife. Veio passar depois que eu... Um pouco antes que eu comecei a passar no psicólogo, e aí aquilo lá sumiu. Eu tive só mais uma... A última vez que eu tive, minha mãe tinha falecido. Foi no dia que a minha mãe faleceu, mas foi bem fraquinho, sabe? Acho que do susto. Deu bem fraquinho, mas depois não deu mais. Faz sete anos que a minha mãe faleceu... Era por isso: um susto, um grito, um corte, uma briga – qualquer coisa.

Isolada dos “perigos externos”, ameaçada por perigos imaginários, Beatriz se torna uma pessoa extremamente sensível: ninguém pode lhe assustar. O medo, o susto e a raiva não elaborados brotam como um sintoma à flor da pele, como uma intoxicação. O sintoma surge justamente nesse órgão do corpo humano intermediário entre o dentro e o fora, oposição crítica ao longo de toda história de Beatriz. Além do medo e do susto, levantamos a hipótese de que a reação cutânea também está associada à própria repressão da sexualidade que retorna como arrepio e comichão num corpo que queima.

Esse quadro se inicia na puberdade, período marcado pela passagem da infância para a adolescência, pela perda do corpo de criança e aquisição de um corpo de mulher. Através de seu sintoma, Beatriz reage à excitação ao mesmo tempo vinda do exterior e do interior. Com sua educação familiar religiosa, a sexualidade está associada ao pecado, ao perigo e à violência. Ela produz marcas na pele que causam nojo e mantém o outro à distância. A sexualidade e proximidade dos homens assustam muito Beatriz. A reação psicossomática lhe garante uma proteção e um modo de evitar o enfrentamento de situações de conflito.

A entrada na adolescência também é caracterizada pela ressignificação das figuras parentais infantis e pela constituição de grupos secundários significativos. Segundo Beatriz, esta circulação era bastante restrita por sua mãe. A passagem entre o dentro e o fora da família se constitui como uma zona de conflito.

Também levantamos a hipótese de que essa forma de manifestar as emoções como um quadro de doença se associa a um modo de ter os cuidados de uma mãe carinhosa (que “se desmanchava” quando um filho ficava doente). Pelo adoecimento, Beatriz dá uma solução momentânea a seus impasses e tem para si a atenção de uma mãe afetuosa.

Ela identifica aí seus primeiros sintomas daquilo que posteriormente ela vai compreender como depressão, construindo um elo de sentido entre essa experiência e sua vivência atual da depressão (mais à frente ela vai falar de um corpo que dói).

O “desaparecimento” dos sintomas psicossomáticos se dá num período no qual há uma conjunção de elementos significativos: o início de suas experiências sexuais, o início da psicoterapia e o falecimento de sua mãe. O contato com seu desejo sexual, após um longo período de conflito, torna-se possível.

Ao longo da entrevista de Beatriz, um aspecto bastante enfatizado é a condição financeira e social de sua família. Ela conta:

Mesmo morando lá, na dificuldade toda que a gente passou, a gente tinha as coisas. Comia normal. Não comia tão bem quanto a gente come hoje que se tem tudo. Um pó de café para três dias, um açúcar bem fraquinho. Bolo, doces, essas coisas não tinha. Mas nada que fizesse a gente fazer coisa errada, nem precisasse, né? E vivemos bem, graças a Deus. Mas assim, eu tinha amigos que tinham condições melhores do que eu. Eu via, tipo, só a mãe da menina trabalhava, mas ela sempre tinha dinheiro pra ir pra escola e eu nunca tive essas coisas. Eu fui sempre no sacrifício, no último. Então, tudo isso. Tinha colega que tinha dinheiro. Tinha uma colega que o pai dela tinha supermercado. Eu sentia vontade de também, não ter, não inveja "Ah, porque ela tem". Mas por que eu não posso conseguir também? Entendeu? E eu sabia que a única forma que eu tinha era estudar e trabalhar

Em diversos momentos, Beatriz compara a situação financeira de sua família com a de vizinhos em condições melhores. Ela não se conforma com as diferenças existentes. A inveja é negada por ela.

A condição de pertencimento a um grupo social mais privilegiado é marcada pela situação financeira e pelo ter coisas. Tal representação vai ao encontro do discurso ideológico vigente a partir do qual a identidade e valor social do indivíduo são dados por aquilo que ele possui (bens materiais, títulos, cargos). Nova oposição se manifesta em seu discurso: ter e não ter. Sua família tinha as coisas, mas não como os outros, não como ela desejava.

Ela relata situações em que se sentia humilhada por vizinhos mais ricos.

A mãe de uma colega minha que pagava colégio particular pra ela, que tinha o mercado, falava: "Eu não sei como você consegue, Beatriz. Porque você passa direto todo ano. Não precisa fazer recuperação em nada. Aí, eu tenho que pagar todo ano recuperação da Sheilinha". Porque ela ficava em três, quatro, seis matérias e eu não, eu passava direto. Mas por que eu passava direto? Ela não entendia. Eu não tinha passagem. Se eu ficasse de recuperação, eu ia ter que gastar mais passagem ainda. E eu precisava mostrar para os outros que eu tinha capacidade. Ela falava que eu, como todos os jovens do meu bairro, ia terminar na Hering nordeste, que é a fábrica de malhas que tinha lá. Todo mundo é costureira lá, porque esse é o futuro dos jovens daqui. [Quem falava isso?] A dona do mercado, mãe de uma colega minha. Porque ela achava que eu era pobre e a outra tinha dinheiro, então, eu não podia participar do mesmo núcleo que o dela. Só que a filha dela sempre foi burra. Burra mesmo, era burra. Só que eu nunca questionei com a menina, porque ela não tinha culpa, né? Então, ela achava que eu tinha que ser submissa. Eu tinha que aceitar o meu destino e que eu ia me tornar uma pessoa frustrada porque a minha mãe não deixava eu sair, minha mãe não deixava fazer o que ela deixava a filha dela fazer, que era mais nova do que eu. Só que ela tinha mais condições. Nossa! Aquilo ali acabava comigo! E ela ainda falava pra mim assim, sabe? Então, pra mostrar pra ela. Não para o meu pai e a minha mãe, que para eles eu tinha capacidade. Que eu não ia ficar lá.

Beatriz sente-se extremamente inferiorizada pelas pessoas em melhor situação econômica. Os ataques invejosos se dão tanto da mãe de sua colega com relação ao fato de Beatriz ter um bom desempenho nos estudos quanto desta com relação à colega que apesar de rica era "burra". Se por um lado ela é admirada por sua capacidade de estudo, o que acaba por se sobressair é a humilhação vivida a partir do estigma de ser pobre.

Na oposição entre ter e não ter, observamos que se Beatriz não tem condições financeiras boas, ela tem inteligência. A raiva é sublimada através dos estudos, como forma de mostrar sua capacidade e poder se diferenciar de sua condição social.

A condição de pobreza é desqualificada e equiparada à falta de capacidade, conformidade e submissão. Beatriz não se conforma com o "destino" reservado às pessoas de mais pobres em Recife. Há nela um desejo de sair dessa situação, de ser igual às pessoas com melhor condição financeira, na moradia, nos estudos, no trabalho, nas roupas.

Segundo Kaës, a identidade do sujeito não se constrói unicamente através das representações internas a seu grupo de pertencimento, mas também pelas representações enviadas do exterior. Estas são fundamentais na diferenciação entre o dentro e o fora. Tal diferenciação, por sua vez opera uma afirmação identitária por espelhamento.

> Nossa identidade é, ao mesmo tempo, definida a partir de dentro dos nossos grupos (de pertencimento), e a partir de fora pelo que os outros nos reenviam. Existe uma distância entre nossa identidade, tal como definida, parcialmente, no conjunto ao qual nos identificamos (e que nos reconhece como seus membros) e a representação que os outros têm de nós e de nosso grupo. Viver essa distância é um problema, o problema do encontro intersocial e intercultural. (Kaës, 2005a, p.64)

Beatriz vai sofrer essa distância, na relação com outros grupos, se ela sente-se reconhecida por seus pais, o mesmo não ocorre com relação a outros grupos. Ao pertencer à comunidade mais pobre, seu núcleo familiar acaba por ficar identificado à desqualificação. Na oposição dentro e fora se agrega nova representação na qual o de dentro não tem e o de fora tem. O jogo de identificações é conflituoso, ela pertence a sua família, mas gostaria de pertencer a outro grupo social.

Ela inicialmente vem à São Paulo para ajudar a mãe, atualmente ajuda os irmãos e se sente triste ao ver a situação de dificuldade daqueles que moram em Recife.

> *Eu nunca passei fome, eu nunca passei sede, nunca passei... Era tipo assim: passava privações, alguma coisa assim, mas eu queria dar algo melhor não para mim, mas para os meus pais. Eu via o sofrimento da minha mãe, pensava nisso*

tudo e me causava muita dor. Eu queria fazer, eu queria... Via os vizinhos, todo mundo tendo as coisas e a gente sempre foi os últimos a ter, né? Mas tinha. Só que eu queria dar o melhor, eu não consegui e isso acho que me frustrava um pouco. Eu me retraía: "Eu vou falar para quem?"

Na família de Beatriz tudo era conseguido através de muito esforço e sacrifício. Há em diversos momentos de sua fala a imagem de estar por último, de sentir-se inferiorizada, de sofrer por ficar para trás. Ela luta constantemente contra esse lugar de desvalorização.

Novamente, Beatriz se identifica com o sofrimento da mãe e se imbui da tarefa de suprir para ela aquilo que seu pai e seus irmãos não conseguiram. Há aí uma grande exigência narcísica: transformar a condição social familiar para, a partir disso, ser reconhecida e valorizada[11]. Há uma certa ênfase em configurações pré-edípicas na relação dela e seus pais.

No pertencimento grupal primário, Beatriz se diferencia dos irmãos por ser a que mais estudou, não tendo que trabalhar.

Eu, na minha família, fui a que mais estudou, porque eu queria. Eu queria, não. Eu quero estudar, ter mais conhecimento. E as pessoas sempre: "Não, você é uma pobre coitada." Então, você quer e não sabe de onde tirar essa ajuda para seguir.

Eu sempre fui mais, sempre quis, sempre quis aprender, sempre quis estudar, sempre quis, sabe? E ela (sua mãe) falava assim: "Você não tem emprego, então, você estuda". E eu procurava mesmo.

Então, lá em Recife eu estudei até o... Eu fiz o segundo grau lá. Lá é difícil emprego, então, a minha mãe falava assim: "Já que não tem emprego, estude. Estude bastante." Então, eu estudava, eu fiz curso, fiz pré-vestibular, fiz tudo o que eu podia fazer que era gratuito. Ela não podia pagar. Então, o meu colégio já era em outra cidadezinha, pra baixo. Eu tinha que pegar ônibus e muitas vezes eu ia a pé. Mas para eu poder estudar, eu ralei bastante. Tinha uma irmã que trabalhava, ela dava passagem, porque tinha... Não era todo o dia que eu ia a pé.

O incentivo ao estudo é dado por sua mãe. Esse lugar familiar diferenciado também vai marcar sua relação com os grupos secundários: ela é aquela que vai superar a condição social dada, vai além de "seu mundinho". Perguntamo-nos se Beatriz seria a portadora dos "sonhos de desejos irrealizados" de seus pais no sentido de ter acesso aos estudos e uma ascensão social.

[11] Atualmente, Beatriz ajuda financeiramente vários irmãos, no entanto, queixa-se por não ter o retorno de afeto que ela gostaria.

Em sua fala, o estudo e o trabalho surgem como solução para seus problemas. Há uma colagem a um discurso ideológico coletivo no qual esses dois aspectos conquistados pelo esforço individual podem levar a mudar as condições de inserção social de seu grupo. Segundo Kaës, a ideologia é uma forma de racionalização que dá suporte à identificação do sujeito com o contexto grupal. Desse modo, ela dá base para a formação do Ideal de Eu (Bernard, 1997). Tal ideologia cumpre uma função organizadora na relação de Beatriz com seu grupo familiar e comunitário.

Problemas coletivos são internalizados pelo sujeito a partir das relações intersubjetivas em sua comunidade, tornando-se problemas individuais que são vividos como fracassos pessoais.

Desse modo, observamos elementos transubjetivos que afetam os conflitos vividos por Beatriz. Tais elementos se caracterizam como formações anônimas derivadas da cultura que constituem parte da subjetividade (Kaës, 2005a).

O estudo também foi um modo de Beatriz conseguir sair mais de casa. Os poucos locais de convívio fora da família que sua mãe permitia eram a igreja e a escola. Apesar das preocupações constantes da mãe, ela tem autorização para andar sozinha a partir do momento em que tem que estudar numa escola localizada em outro bairro.

Até hoje, Beatriz mantém o desejo de continuar estudando, no entanto, ela considera que só aqueles que têm dinheiro conseguem isso.

A vinda de Recife para São Paulo é impulsionada por vários motivos: ajudar sua mãe, ter condições melhores de vida para si, continuar estudando, provar para si e para os outros seu valor e sua posição diferenciada perante o contingente de pessoas pobres no local onde morava.

Recife simboliza o “seu mundinho”: desvalorizado pela precariedade das condições de vida e restrito pelo controle de sua mãe, mas protegido dos perigos.

> *Era sempre ali naquele mundinho. Por conta disso, porque a minha mãe não permitia que a gente conhecesse outras pessoas. Então, eu vivia naquele mundinho. Então, para arrumar um emprego lá naquele meu mundinho só se fosse de faxineira e de babá. E eu não aceitava.*

Em alguns momentos, Beatriz demonstra uma certa raiva e revolta pelo controle excessivo que sua mãe exercia. No entanto, ela nunca se rebelou contra isso, mantendo-se obediente às suas ordens.

A partida de Beatriz de Recife é relatada de modo doloroso.

> *Eu não queria sair de lá. O dia que eu saí de lá eu chorei muito. Eu não queria, né? Eu não falei: “Não, eu não quero.” Eu lembro que a perua passou. Porque o*

pessoal levava até a rodoviária. Naquela época a gente não tinha condições de vir de avião. No quintal da minha casa, a minha mãe falou: "Não vá não." (chora) "Não por isso, porque eu preciso. Vá porque você quer. Você vai passear, você vai conhecer. Não precisa ficar lá porque eu estou precisando. A gente viveu até agora. Vive, todo mundo vive". Meus irmãos estão todos lá. Eu tenho um irmão que tem carro, casa, vive bem lá, mas... Só essa irmã que não quis estudar muito, tem só até a sétima série e não encontra emprego. Trabalhou muito tempo em uma empresa, mas agora não consegue emprego. É muito difícil. Meu marido não acredita que seja tão difícil assim. Ele acha que não. Ele acha que o pessoal que é acomodado. E não é. Só quem mora é que sabe a realidade.

Há novamente uma forte ambivalência nesse movimento: ela deseja e não deseja deixar a família. Há uma fantasia de abandono na qual ela abandona, mas também se sente abandonada. Apesar de ter um casal de irmãos em São Paulo, ela fala como se todos seus irmãos tivessem ficado em Recife e só ela tivesse se distanciado da família.

Novamente vemos, agora da parte do marido de Beatriz, um discurso de desqualificação da população pobre de Recife, culpabilizados pela sua própria situação.

Em São Paulo, Beatriz morou cinco anos com sua irmã mais velha, cunhado e sobrinhos que já estavam há vários anos na cidade. Ao chegar aqui, as possibilidades sinalizadas por sua irmã não se efetivaram.

Eu vim para São Paulo aos 19 anos. Eu ia fazer vinte quando eu vim. Minha irmã falou que aqui eu ia estudar, eu ia fazer faculdade. Ela ia pagar curso de inglês, um monte de coisa e eu tinha vontade. [Você veio com muito sonho para cá.] Ah, eu vim. Porque ela falou que aqui tinha mais condições. Em São Paulo era mais fácil. Eu fui morar lá no (nome bairro). Quando eu cheguei em São Paulo eu fui morar lá na zona sul. Um ano e meio eu morei lá. Assim, mas chegando lá, não tinha nada. Não tinha emprego, não tinha escola, não tinha nada. Ela só fez a gente vir, na ilusão de: "Ah, você vem para passear. Se você não gostar." E eu no intuito de ajudar a minha mãe porque eu via as dificuldades. Eu via que as pessoas tinham uma casa grande e a nossa casa estava toda, não tinha piso. Era grande, mas não tinha piso. Tava se virando e eu queria que fosse igual também e eu vindo eu ia ajudar.

Beatriz sente-se enganada pela irmã e vê seus sonhos de estudo frustrados. O projeto de ir além das restrições vividas em Recife fica comprometido e ela volta à situação do não ter. É nesse período que ela relata o início de seus sintomas de depressão. Ela chorava muito e só queria dormir.

Com meus 19 anos começou. Eu vim para São Paulo morar com uma irmã e três crianças. Então, dentro da casa das pessoas a gente tem um certo limite. Eu chorava o tempo todo, eu só queria dormir, dormir, dormir. Eu acordava tarde, assim, não conseguia levantar, não tinha vontade de me arrumar, não tinha vontade de pentear o cabelo – nada. Saía para procurar emprego, não achava emprego e ficava pior ainda. Depois passou mais um tempo, eu vim para

(município no interior onde mora atualmente) e aqui era do mesmo jeito. Eu levantava, saía para procurar emprego e voltava a dormir. Nisso, a minha irmã xingava, falava que eu não ia conseguir emprego. As crianças também xingavam. Ela dizia que eu era uma pedra, que eu não fazia amizade, que eu ficava só dentro de casa.

Eu só chorava porque eu não conseguia arrumar emprego aqui. Fiquei seis meses sem conseguir arranjar emprego. Chorava, a minha irmã xingava, falava que eu só ficava dentro de casa, que eu era uma pedra, que eu era sapatão porque eu não namorava.

E eu comecei a trabalhar, aí comecei a mandar dinheiro para a minha mãe e já fiquei super feliz. Então, todo o mês eu mandava aquele dinheiro, uma quantia para ela – metade do meu pagamento – e a outra metade eu ficava para mim. Despesas de roupa, essas coisas, porque eu não dava nada na minha irmã. Porque o combinado foi: "Você vem, não precisa dar nada, só manda o dinheiro pra mãe." Então, foi o que eu comecei a fazer. E aquele medo, sabe, de perder a minha mãe no caminho, de não ver mais, então, eu trabalhava. (...) Só que eu não sabia o que acontecia comigo. Eu sempre com muito sono, muita canseira, uma... Não era preguiça porque quando eu estava no meu serviço eu mudava. Eu tinha vontade de trabalhar, eu corria, eu tinha disposição. Mas chegava em casa era aquela moleza, aquele sono, aquela tristeza. E eu não namorava, nem nada. Passou mais um tempo. Eu trabalhei cinco anos nesse meu primeiro emprego, mas do mesmo jeito: eu chegava meia noite, tomava um banho, não comia nada, acordava no outro dia. Assim, tinha que despertar o relógio, porque se não despertasse eu não levantava. Eu abria o olho e não tinha vontade de sair. Eu chorava muito por isso e eu não sabia o que era, até então.

No processo de migração, observamos um momento de crise no qual há uma grande ruptura com relação a seus lugares de apoio psíquico e seus referenciais identificatórios. Beatriz fica sem lugar entre "seu mundinho" (pequeno e protegido), seus sonhos e a realidade concreta da vida em São Paulo. Ela sofre uma grande desilusão ao chegar aqui.

Apesar de ser a casa de sua irmã, os códigos nesse novo grupo são muito diferentes daqueles de sua mãe. Ela se depara com outros parâmetros de reconhecimento: ter um trabalho e um namorado, âmbitos dos quais ela sempre esteve apartada. De modo oposto à situação da qual veio, sua irmã mais velha a desqualifica por não conseguir emprego e a empurra para conhecer homens e namorar. A menina assustada, resguardada e apegada à mãe se vê lançada abruptamente no mundo adulto.

A mudança para São Paulo ataca o contrato narcísico com seu grupo de pertencimento inicial: há uma ruptura no jogo de identificações e espelhamentos entre Beatriz e sua mãe/grupo familiar/comunitário. Ela não pode mais ocupar o lugar diferenciado de quem estuda e por isso porta a perspectiva de um futuro melhor. O ato

impossível de mudar sozinha a situação familiar para enfim qualificá-la a joga na vivência da impotência.

A separação e distância dos pais lhe geram fantasias de morte, ela tem muito medo de que seus pais morram nesse período em que ela veio para São Paulo. Simbolicamente "o medo de perder a mãe no caminho" pode estar associado à fratura dos referenciais parentais que nesse momento não dão conta de suas novas vivências. Isso se configura como um processo bastante conflituoso para Beatriz que sempre foi muito identificada com a figura materna. Se num momento anterior dessa separação simbólica surgem os sintomas psicossomáticos, vemos agora surgir a depressão.

Ela relata que nesse período sentia-se profundamente indefesa e vulnerável perante os outros. A separação de sua mãe, a desilusão perante a realidade encontrada em São Paulo, a dificuldade na busca de um emprego, as dificuldades de relacionamento na casa da irmã somam-se para lançar Beatriz no desamparo. Sua casa não se constitui mais como lugar de proteção. O apoio psíquico que ela encontrava em seu grupo familiar primário deixa de existir. Os conflitos vividos com a irmã a soldam ao lugar de desqualificação, que representa aquilo que ela luta para superar. Todos esses elementos se articulam no surgimento da depressão.

Beatriz fica confinada ao circuito trabalho-casa.

> *"Ah, então, eu vou trabalhar." Trabalhar, trabalhar, trabalhar, trabalhar. Aí era aquela coisa, eu comecei de novo, a dormir. Trabalhava, chegava em casa e ia dormir. Eu chegava a passar mal de fome porque eu não comia, eu só dormia. [Chegava em casa e dormia direto?] É. Eu tomava banho e dormia. Aí quando eu levantava, já era hora de eu ir para o serviço. Eu levantava, tomava banho e ia para o serviço. (...) Eu não jantava, eu não comia em casa, não porque não tinha comida. Porque se eu sentasse para comer o meu sobrinho falava: "Esse aí é meu. Isso o meu pai comprou. Esse aqui é meu. Isso aqui foi a minha mãe que fez. Você vai comer tudo? Tem eu." Então, para evitar, eu comprava Miojo e biscoito.*

Reproduz-se, agora na casa da irmã, a situação na qual ela não tem as coisas, ela é a última. Há a vivência de ilegitimidade, de desapropriação e não pertencimento à família de sua irmã. Ela é estrangeira naquele grupo que não lhe cumpre suficientemente o papel de apoio psíquico nesse seu momento de transição para a vida adulta. O sono surge como uma forma de apagamento do sofrimento. Beatriz parece novamente aprisionada em um "mundinho", entre os polos da impotência e da onipotência.

Nesse contexto, não é mais o estudo o caminho para mudar a condição na qual se encontra, mas sim arranjar um namorado e se casar.

Isso a coloca numa situação delicada, pois no que diz respeito a relações amorosas, Beatriz não tem conhecimento algum sobre isso. Ela sabia que existia sexo, mas não imaginava como era. Ela sente falta de uma orientação de sua irmã mais velha. Aos vinte anos, pensava que as mulheres engravidavam pelo umbigo. Vivendo sob as restrições maternas, Beatriz permanece menina e vê a sexualidade como algo pecaminoso e perigoso. A passagem de menina à mulher se dá de modo bastante sofrido, medo e culpa se colocam.

> *Eu tinha medo de homem. Eu morria de medo de homem! Não podia chegar perto de mim que eu ficava nervosa. Eu não sabia assim... Beijar na boca eu tinha beijado uma vez porque uns colegas ensinaram. A minha mãe sempre punha, sabe? Eu achava que aquilo fosse um pecado mortal. Que eu seria uma vagabunda se eu beijasse na boca de um homem sem ser casada. Casamento para mim era deitar na cama e dormir um do lado do outro. Eu achava que era só isso (ri) [Você nunca conversou sobre essas coisas?] Nunca! Sexo, nada. Eu sabia que tinha. Não sabia como era. Via porque eu via na televisão, as pessoas falavam, mas eu nunca tive nenhum tipo de contato não, próximo com... Inclusive porque na minha igreja, o meu pastor ele era bem leve. Ele sentava com os jovens e falava. Eu burrona, inocente demais, por conta da minha mãe. Porque ninguém acredita que uma moça de dezenove anos. Eu falei pra ele: "Pastor..." O meu primeiro beijo na escola. Eu já estava no segundo ano do segundo grau. E falei assim: "O rapaz tocou no meu seio". Pra mim foi a morte, eu saí correndo de tão desesperada! E todo mundo riu da minha cara. Aí o pastor falou: "Não, nada que você não queira, ele tem que fazer. Se ele começar a forçar isso, aí sim tá errado. Mas se você aceita não é um bicho de sete cabeças". Mas para mim, pela educação que eu tive aquilo já não era certo.*

A proximidade sexual com os homens é aterrorizante.

> *Quando eu vim pra São Paulo que eu comecei a trabalhar, teve um rapazinho que me chamou para sair. Eu falei para a minha irmã: "Ah, ele me convidou para sair". Ela falou: "Vai boba! Vai namorar!" Que ela sempre foi bem namoradeira. Só que eu subi na moto dele, ele deu uma volta no quarteirão e parou numa casa vazia. E aí ele já começou a querer que eu pusesse a mão, sabe? E eu fiquei desesperada, tirava a mão, ele punha. Até beijar eu sabia, mas o resto não era comigo. Então, eu saí correndo, em São Paulo. Entrei em casa que nem abri o portão de nervoso. E daí eu me retraí mais ainda porque eu tinha muito medo de, de... Minha preocupação era: arrumar um rapaz e eu não conhecer ele, de repente e se ele fosse um ladrão? Aí eu me envolvia sem saber. De repente ele me levava para algum lugar e fazia aquelas coisas que a gente via na televisão. A minha cabeça era essa. Então, eu tinha muito medo, muito medo.*

As representações e interdições transmitidas por sua mãe têm uma grande força na vida de Beatriz. Qualquer manifestação sexual só é permitida após o casamento. A mulher correta é aquela que é casta. O homem é visto como um ser perigoso por provocar a sexualidade. Todo homem parece ser um possível tarado, razão pela qual ela devia permanecer no campo protegido delimitado por sua mãe.

Apesar de ser uma mulher bonita, há em Beatriz um sentimento de inferioridade com relação à sua aparência.

> *E eu só tinha medo. Eu não conseguia me aproximar de homem algum, de rapaz, de nada. Eu era feia. Eu sempre me achei feia. Sempre me achei, sei lá. Eu tenho os olhos grandes. O rosto cheio de pintinhas. Hoje está manchado por conta da gravidez. Sempre me achei feia, então, eu sempre me retraí muito. Punha uma roupa, eu sempre colocava camisa de manga longa para ninguém reparar muito em mim.*
>
> *Eu me sinto feia. Eu sempre me senti feia. Às vezes eu me enganava. Eu não olho muito no espelho. O que eu posso, eu nem olho no espelho. Eu penteio o cabelo assim e aí. Tá bom? Tá bom, tá bom, tá bom. (...) Eu perdi os meus dentes cedo. A minha maior frustração é que eu não posso nem conversar muito com a pessoa de frente. Eu sempre estou procurando esconder o meu sorriso. Porque eu perdi muito cedo os meus dentes. Eu tinha treze anos e aí colocava aquela ponte de céu da boca da gente. Porque não tinha condição de comprar, fazer uma coisa melhor.*

Levantamos a hipótese de que o sentir-se feia e o gesto de esconder o corpo também estão associados à repressão da sexualidade, como um modo de afastar de si algo que é perigoso. Há uma dificuldade de se assumir a feminilidade em seu lado sexuado, reprimido a partir do vínculo com a figura materna. Vemos a transmissão e reprodução do discurso ideológico de repressão do prazer sexual na mulher, do feminino ligado à castidade e à pureza.

Segundo Beatriz, sua irmã mais velha, primeira da família a vir para São Paulo, cumpria uma função de receber os irmãos vindos de Recife. O fato de estar em São Paulo há mais tempo, dá a ela um lugar de ascensão sobre os outros familiares. Beatriz conta que sua irmã rivaliza muito, tendo uma forte necessidade de demonstrar superioridade no que diz respeito a suas condições financeiras.

> *A minha irmã mais velha, ela é assim, eu morei com ela cinco anos. Era tipo uma preparação. Tinha uma irmã, antes de mim, que morou com ela. Também o mesmo período, quase. Aí, depois fui eu e depois foi o meu irmão. Ela parece que preparava a gente para casar. Tipo, "Ah, vai." Mas só que ela não aceitava e nem admitia que você, que os irmãos saíssem numa situação melhor do que a dela, de quando ela veio para São Paulo. A gente tinha que esmolar, pedir esmola, se arrastar, se humilhar. Pedir para ela: "Me ajuda, socorro." Só que ela via que isso não acontecia e parece que ela tinha raiva, sabe? Se eu ganhasse uma roupa do meu namorado num dia, no outro, ela mandava o marido dela comprar para ela. Se eu fazia uma pintura no cabelo, no outro dia, ela ia fazer também. Sabe? Ela era meio louca da cabeça, assim. Até o corpo da gente. O meu corpo, por exemplo, ela dizia: "Ah, o seu corpo é tão bonito." Sandália minha ela quebrava, colocava no pé, queria ficar igual. Só que assim, dinheiro ela tinha, ela não era uma mulher feia. Só que não tinha muita vontade de fazer*

nada, né? Nunca teve. Sempre viveu vida de madame. Porque o marido dela sempre... [Ela não trabalhava?] Não trabalhava, não trabalhava. Então, ela ficava o dia inteiro em casa, mas não lavava, não passava, não cozinhava, não fazia nada. Só as filhas dela que se viravam. E eu ajudei muito a minha sobrinha, porque eu não achava justo uma criança de sete, oito anos na beira de um fogo com a mãe deitada na cama. E quando chegava, ainda apanhava do pai porque a mãe dizia que eles perturbavam o dia inteiro e que elas eram uma peste e não sei o quê. E elas não tinham feito nada.

Há uma forte ambivalência no vínculo e na ajuda que sua irmã mais velha estabelece com os irmãos que vêm de Recife para São Paulo. Beatriz sente-se constantemente humilhada na casa da irmã, sem conseguir reagir. Na vivência de humilhação e de ataques invejosos por parte da irmã, se repetem as experiências com relação a pessoas da comunidade em Recife.

Podemos levantar a hipótese de que os ataques efetuados pela irmã mais velha estejam associados não só à rivalidade entre os irmãos própria do complexo fraterno, mas também à raiva desse lugar desqualificado que a vida em Recife representa e à necessidade de negação da origem pobre. Ela é namoradeira e vive como uma "madame", colocando-se em contraposição aos códigos familiares originais: castidade e conquista das coisas pelo sacrifício.

Ao longo da entrevista de Beatriz, há uma diferença entre aquilo que ela almeja ser e ter e aquilo que ela sente que conseguiu. Ela identifica aí uma das causas de sua depressão: a não realização de seu desejo de estudar e poder dar o melhor para sua família.

Tudo o que eu quis na minha vida eu tenho. O que eu sempre sonhei ter, eu tenho. Mas eu penso assim: Eu tenho, mas a minha irmã lá não tem – essa lá do Recife. Ela tem uma casa, têm móveis, tem tudo. Mas, assim, é uma qualidade de vida muito abaixo. Se os filhos dela querem um Danone, pode esquecer, só quando receber. Já a minha filha não. Quer um Danone, tem lá. Então, isso também me faz sofrer muito. Eu acho que eu tenho esse problema porque eu fui o que eu não queria ser. Eu queria estudar mais, eu queria me capacitar mais. (chora)

Beatriz diz que não conseguiu ser aquilo que queria, cumprindo com o lugar herdado em seu grupo familiar e também respondendo às questões socioculturais enfrentadas em sua comunidade. Diante das idealizações construídas ao longo de sua infância e adolescência, ela se vê na vida adulta frequentemente colada ao lugar da impotência. Aquilo que é impossível (resolver os problemas financeiros de toda sua família) é vivido como incapacidade própria.

Beatriz melhora um pouco do desânimo após conseguir seu primeiro emprego e enviar dinheiro para a mãe.

Eu arrumei um emprego e foi quando melhorou um pouco. Eu fiz amizade, eu comecei a querer por uma roupa diferente. Eu não tinha. Não tinha porque eu não tinha dinheiro e porque a minha irmã não comprava para mim. Eu tinha o que eu trouxe do Pernambuco. Aí, a primeira coisa que eu comprei foi uma calça. Eu comprei uma calça e, dali para frente, fui querendo comprar roupa, roupa, comprar roupa, para andar sempre igual às meninas que saía, porque o pessoal ia sempre com uma roupa. E ela me restringia muito a comprar roupa – a minha irmã. (...) Ela dizia que eu não tinha que comprar roupa, que eu não tinha que... Aí eu comecei a me revoltar contra ela, tipo assim, a dizer não, que eu queria. No fim eu fiquei com um par de roupa para sair e toda a sexta-feira eu saía com aquela roupa de sempre. Eu não ia mudando. Eu ia mudando o que eu tinha em casa. E eu sentia falta, chorava muito.

Depois da figura da mãe, agora Beatriz projeta sobre a irmã o lugar de quem lhe impede as coisas. Se sua casa em Recife é lugar de coisas boas (proteção, cuidado, reconhecimento) e ruins (pobreza), na casa da irmã lhe sobra apenas a vivência daquilo que é ruim (desqualificação). Desta vez, Beatriz ensaia algum protesto, sem grandes avanços. O projeto de ter coisas melhores para si é novamente abortado.

Ela menciona várias vezes em sua entrevista a oposição entre comprar roupas, se arrumar e ficar desleixada, desanimada, só querer dormir. Em parte, o bem estar é dado pela aquisição de objetos de consumo. Ela deseja comprar roupas para se integrar ao grupo de colegas com que sai, se arrumar para o namorado. A beleza lhe é emprestada pelo olhar do outro (homem), não se sustentando em si de modo mais autônomo.

Eu já estava me sentindo mais bonita porque eu tinha alguém que tinha interesse por mim (seu primeiro namorado).

Como dito anteriormente, a situação de conflito na casa da irmã a leva a buscar saídas, no caso namorar e casar.

Eu sabia que ele (primeiro namorado) não me dava valor. Eu sabia que ele era um analfabeto. Eu sabia que ele era grosso. Eu sabia que ele era ignorante. Mas parece que eu buscava alguém para fugir da situação que eu vivia na casa da minha irmã. Então, eu buscava alguém que passasse a mão no meu cabelo, conversasse comigo. Eu não queria abraço, beijo, sexo, eu queria carinho. Então, eu sempre quis carinho. E eu achava que nele eu encontrava. Mas era só naquele momento. Depois daquilo: você prá lá e eu prá cá.

Três meses depois (de terminar com seu primeiro namorado) eu conheci esse rapaz que é meu marido hoje. Sempre eu queria me arrumar, sempre eu queria estar bonita, sempre com uma roupa nova. Eu tenho conta na cidade inteira, mas nunca desviei da minha responsabilidade, eu sou em dia assim, então... Eu conheci esse rapaz, namorei oito meses – namoramos, noivamos e casamos. Porque eu falei assim: "Essa pessoa serve."

O próprio modo como Beatriz coloca sua decisão de casar aponta um certo viés de utilidade: a pessoa serve. Dentre os sonhos que ela manifesta ao longo de sua entrevista, o casamento e a maternidade não surgem em primeiro plano. A necessidade de carinho e atenção supera o desejo de um amor sexuado.

Com o casamento e nascimento de sua filha, Beatriz sente que houve uma sobrecarga de tarefas.

> *Depois que veio a minha filha que foi ficando mais difícil. Porque primeiro filho, você fica muito aflita. Você não sabe o que, você tem muito medo. Se ela vai morrer, se ela vai dormir e não vai acordar. Se ela vai cair e quebrar um braço. Então, você fica com medo até que não vê o dia daquela criança crescer. Eu queria tanto, depois que eu tive, nossa! Eu não devia ter tido, porque a preocupação que eu tinha se desdobrou.*

Novamente observamos sua ambiguidade, agora com relação à maternidade, querer e não querer ter filhos. Suas preocupações dobraram depois que sua filha nasceu: ela é desejada, mas ao mesmo tempo um peso. O medo lhe toma conta. Beatriz reproduz com esta as fantasias catastróficas que sua própria mãe tinha com ela.

Ela se queixa que o marido não colabora com as tarefas de organização doméstica. Reproduz-se entre o casal a divisão tradicional de papéis entre mulheres e homens. Além de trabalhar, Beatriz fica em casa e cuida das coisas domésticas enquanto ele sai com os amigos para se divertir. Novamente, ela não tem um circuito social para compartilhar suas dificuldades, o trabalho lhe pesa. Ela vai revivendo a marca de ficar para trás que a persegue desde sua infância em Recife.

Como na experiência com sua irmã, a convivência em sua casa é desestimulante. Na oposição entre o dentro e o fora, Beatriz está constantemente insatisfeita com o grupo do qual faz parte.

> *Chega domingo, estou lá no sofá de pijama, com o cabelo dado nó, porque eu enrolo o meu cabelo e dou um nó. Do mesmo jeito, sem passar um batom e até mesmo sem escovar os dentes. Levanto, sento lá e boa. Porque eu já fiz todas as minhas coisas durante a semana, então, domingo eu procuro não fazer nada porque é a minha folga. É a minha folga. E ele (marido) vem falar: "No domingo nós vamos pra onde? Ah, vamos pra piscina." Aí vamos pro clube. Eu não quero ir pro clube. Mas minha filha quer ir pro clube, então, pra satisfazer a ela, eu vou. Eu não quero ficar de cara pro sol. Eu quero andar, quero conversar com pessoas, ver gente diferente, de outra cidade. Mas, pra ele, a diversão dele já foi na sexta-feira. Ele já bebeu com os amigos, já riu, contou piada. Ela vai pra escola. A criança não tem nada a ver. Vai pra piscina, adora piscina! Fica lá e se pudesse ficava o dia inteiro no clube. Mas e eu? Eu fico assistindo a vida dos dois e eu vou ficando pra trás. Eu penso assim. Mas eu não tenho atitude pra ir pra frente também. Não tenho disposição, não tenho nada. Eu não sei. Não sei.*

Em seu discurso, seu desejo nunca é contemplado ou legitimado pelo marido. Beatriz sente-se novamente estrangeira, acompanha a vida da filha e do marido "de fora". Ela parece viver uma vida que não é a sua, ao menos não aquela desejada, planejada. Fica presa a um "mundinho" desqualificado, menor do que suas expectativas e sonhos.

Uma das vivências mais enfatizada por Beatriz em sua entrevista é a solidão, a carência de alguém para ela compartilhar sua vida. Em sua família, o marido não cumpre essa função. Ela diz que por conta de sua rotina, não tem um círculo social maior de pessoas significativas a quem possa recorrer: ela não tem mais a mãe, não tem amigos ou vizinhos, os irmãos são afetivamente distantes.

A filha por vezes ocupou esse papel, Beatriz confiava seus problemas a ela (inclusive como depositária de sua frustração e agressividade).

> *Eu não tenho assim... (Entrevistada chora) Eu tenho uma irmã que mora aqui, eu tenho irmão, mas cada um tem a sua vida. E minha irmã, por ser mais velha, era a que tinha que dar atenção. Essas coisas da vida de casado. Que nem, eu casei, descobri tudo novo, mas eu não tenho, então, eu guardo pra mim. À noite, eu converso comigo mesmo, daí eu choro, choro, choro, ponho pra fora e depois passa.*

Ela tem poucas amigas e as vê raramente, antigamente ainda saía com os colegas de trabalho depois do expediente. Isso lhe dava ânimo e fazia muito bem, mas com o tempo o grupo deixou de sair.

> *[Amigos fora você não tem? É mais a família dele, a sua família?] É a família dele quando a gente vai de domingo que é só a mãe dele. Eu quase não vejo irmão. É só a mãe dele. Mas eu não converso nem com ela, que ela fica lá pra cozinha. Mal e mal eu converso com ela quando eu tenho alguma coisa pra falar. Não tenho. Tem as minhas amigas lá no (nome bairro), tudo fora de mão. E as que eu tenho perto, elas trabalham e a hora que eu estou em casa, elas não estão. E o assunto é. Às vezes eu quero conversar, não quero falar de filho, de marido, de casa. Fala alguma novidade, fala de outra coisa.*

Tanto o grupo familiar quanto o trabalho ficam muito aquém daquilo que por ela foi idealizado a partir de sua história de vida. Não é sobre marido, filhos e casa que ela quer ficar conversando. Diferente de outras mulheres entrevistadas, a vida doméstica não é o principal objeto de investimento de Beatriz, ela quer ir além disso.

Na relação com o marido, Beatriz também se queixa do uso de bebida alcoólica por dele.

> *Só que isso (sua depressão) tem ficado muito intenso por conta que o meu marido ele também bebe. Só que isso... Eu sabia quem ele era quando eu casei. Ele não é alcoólatra e também não bebe assim, que eu fale que ele bebe direto, toda*

semana. Ele bebe... Vai na sexta-feira com os amigos. Ele arruma uma forma para espairecer a cabeça. Mas quando ele vem pra casa, se bebe muito, eu já fico pensando que ele vai bater o carro, que ele vai atropelar alguém, que vai acontecer algum acidente. Isso vai me consumindo, aí eu ligo, ligo, ligo pra ele – bastante –, e ele acaba ficando com raiva, porque homem não gosta que mulher ligue direto no bar. Só que devido já à fama que ele já tinha antes, que ele capota carro, que ele bate carro, que ele dá perda total no carro. Já aconteceu já com a gente. Assim, não comigo, mas com ele, que o carro bateu, ele capotou, ele amassou, então eu fico mais... Sabe? Chega na sexta-feira, ele bebe. Tem sexta-feira que ele chega normal, bom, me abraça, e eu não gosto que ele chegue perto de mim quando ele bebe. Não gosto. Eu me sinto a pior mulher do mundo. Eu falo: "Eu trabalho, não sou nenhuma vagabunda e não admito, não aceito que você chegue sujo do bar e venha tocar em mim". Pra mim eu fico mal e ele acha ruim, ele reclama, tudo. Agora ele começou a tomar atitudes, tipo assim, de me assustar na sexta-feira, quando ele chega. Passa a semana inteira, chega na sexta-feira, eu fico tremendo, nervosa. [Assustar como?] Assim, outra vez que ele tentou me assustar ele pegou uma faca, não pra me agredir, brincando com ele mesmo, pôs a faca na boca. Aí eu falei: "Pára com isso!" Porque eu fico assustada. Eu não sei a reação de uma pessoa alcoolizada, né? E ele falou: "Você assustou? Você assustou?" Começou a dar risada e ficou com a faca assim, na garganta dele, sabe? Se eu discuto... E eu acho que o objetivo dele é esse: eu discutir. Ele provoca, provoca, provoca para eu discutir, brigar com ele e ele partir pra agressão. Mas se ele me der um tapa, acho que eu caio e acabou, porque ele é muito forte. Sexta-feira mesmo ele chegou, queria uma conta e não achava a conta. Eu tinha arrumado toda a casa, ele jogou todo o papel que eu tinha arrumado, jogou tudo no chão e largou lá. Aí eu não suportei e mandei ele pra aquele lugar, aí ele cresceu. Mas só que ele nunca me agrediu, nunca me bateu, mas ele fica me provocando. E eu já estou pra baixo, já não tenho vontade e ainda encontro um marido que está indo contra a minha pessoa.

Na relação com seu marido, observamos a repetição de representações transmitidas a partir de sua família primária: a cena do susto da menina sensível, o medo de que ocorra alguma tragédia fora de casa, a tentativa de controle da circulação no fora. Seu marido quer provocá-la de alguma forma, seja pela sexualidade, pelo susto ou pela irritação.

É reatualizada a representação do masculino identificado a uma sexualidade ameaçadora e suja. A mulher que se relaciona com homens de bares é identificada à prostituta, à vagabunda. Beatriz enuncia em seu discurso a oposição entre a mulher pura/esposa que fica em casa e a mulher vagabunda/prostituta que vive na rua. Há um conflito entre o uso de álcool/transgressão/sexualidade do homem e a moralidade/repressão da sexualidade da mulher.

Os lugares sociais tradicionais de homens e mulheres se reproduzem nos territórios de circulação dela e do marido. O acesso ao espaço público é facilitado e

legítimo ao homem, ele pode se divertir com os amigos e espairecer. À mulher é reservado o espaço privado do lar e dos cuidados domésticos.

Se em sua relação conjugal são recolocadas em cena novamente várias problemáticas já vividas anteriormente em sua infância e adolescência, por outro lado, como na casa da irmã, não há o lugar diferenciado da proteção e do reconhecimento.

Sobre a relação de Beatriz com a filha, observamos que esta surge como seu apoio diante das dificuldades no casamento. A menina é suporte para suas frustrações, seja por Beatriz compartilhar com ela seus problemas conjugais, seja por descontar sua raiva na filha. Como na relação entre Beatriz e sua mãe, vemos a repetição de um pacto de união mãe/filha.

> *Ele (marido) foi beber no sábado. Bebeu. Eu liguei pra ele e ele veio seis horas da noite, mas já veio chapado também. Aí eu pedi para a minha filha: "Não dorme, não dorme, fica comigo, não dorme." E ela falou: "Mãe, meus olhos estão inchados?" "Não tá." "É que eu estou com muito sono." Eu não deixava ela dormir, porque com ela, ele não vem para perto de mim. Porque ele fica querendo aquelas coisas lá e eu não me sinto bem. Ele vem sujo, da rua, fedendo a cachaça querendo me beijar, me abraçar, eu me sinto uma... A pior das vagabundas. Eu acho assim, se eu ceder, eu não tô me valorizando. E se eu não ceder pra ele, ele fica perturbando, sabe? Era três horas da manhã e eu não dormia. E ele lá, rondando. Ficava assistindo televisão, fica lá, parece que meio alucinado, não sei. E era o álcool, ele não usa droga. Se usa, eu não sei também. Nunca falou nada. Só o álcool. (...) Aí no domingo, a gente foi na mãe dele. Eu falei pra ela que eu não estava aguentando mais não. Que ele está exagerando. Todo dia ele chega em casa, tem uma cervejinha na geladeira e ele toma. Se não tem uma cervejinha, ele faz uma batidinha. Chega no final de semana, ele vai beber. Eu falei pra ela. Ela como mãe. Porque eu não tenho mais força, eu não tenho mais o que fazer, ele não me respeita mais.*

Beatriz relata que seu sogro, já falecido, era alcoolista e isso intensifica seus receios com relação ao uso de álcool por parte de seu marido.

Há uma oposição entre maternidade e sexualidade. Sem conseguir elaborar seus próprios conflitos, nem negociar com o marido, ela coloca a filha como um anteparo à sexualidade. Desse modo, Beatriz se coloca tão indefesa que é sua filha que a protege. Ela também recorre à sogra, pois julga não ter mais o respeito do esposo.

A rua, o fora sempre estiveram relacionados ao perigo e à sexualidade violenta na figura do "tarado". Vemos na relação conjugal a reprodução dessa lógica: manter relações sexuais com o marido que vem do bar se associa à sujeira, à mulher vagabunda, par oposto da mulher mãe de família.

Com relação ao tratamento, Beatriz começou a fazer psicoterapia na época em que morava com a irmã. Ela chegou a passar um ano e meio em atendimento individual no Ambulatório de Saúde Mental municipal. A partir disso começa a conseguir reagir perante as dificuldades e conflitos, sente-se mais segura e tem mais ânimo para fazer as coisas. Depois acabou parando por influência do marido. Segundo Beatriz, ele dizia que se fosse para conversar ela não precisava passar no psicólogo, poderia conversar com ele.

> *Aí que ele (marido) me convenceu: "Ah, você não precisa ir ao psicólogo, você tem eu pra conversar agora." E deixei a psicóloga, só que ele é uma pedra, não fala! (Risos) E aí voltou tudo aos poucos.*

Ela começou a sentir-se mais deprimida novamente há dois anos. Ao ser indagada sobre algum episódio que tenha ocorrido nessa época, ela conta que seu marido teve uma relação extraconjugal.

> *Eu trabalhava na padaria, então, eu trabalhava de domingo a domingo. Eu ia pra casa, pegava as crianças na creche, fazia as coisas. Quando o meu marido chegava, eu estava de pijama, cansada, com sono e não querendo... Aí umas discussões devido ao álcool, tudo, e ele me traiu. Ele me traiu e todo mundo falava: "Puxa..." Só que eu não me choquei com isso. As pessoas ficam loucas, né? Eu chorei. Assim, porque eu trabalhava de domingo a domingo, me esforçava, fazia tudo por um homem, pro homem chegar e fazer isso, trair você! E ele confessou pra mim.*

Beatriz nega ter se chocado com a traição do esposo, ela racionaliza construindo uma articulação entre sua sobrecarga de trabalho e cansaço, e a situação conjugal/traição. Ela se sente injustiçada por sofrer isso apesar de se esforçar muito no casamento, cumprindo com os seus deveres.

> *No segundo dia que eu fiquei sabendo (da traição), eu queria me arrumar e sair. Eu falei: "Não, ele vai ver quem eu sou. Ele está pensando que eu sou nada? Tem quem queira lá fora." Só que foi passando, passando aqueles dias, eu fui caindo, caindo.*
>
> *E desse tempo pra cá acho que foi isso, foi a traição que aconteceu. Sabe? Eu tinha vontade de me arrumar, depois que aconteceu a traição, de eu ficar bonita pra outro homem, porque pra ele... Eu acho que assim, se ele fez isso comigo é porque eu sou um lixo. Eu falei pra ele. Mas pra outra pessoa eu não vou estar. Então, eu me arrumava. Eu queria ficar bonita pra outra pessoa. Se pra ele, ele me traiu porque eu estou feia, descabelada, eu estou parecendo uma velha e não estou mais como antes, porque era diferente, então, eu vou me arrumar. Aí eu dei uma levantada, eu comecei a me arrumar pra outras pessoas, pra outras pessoas perceberem, não ele. Entendeu? Depois eu voltei de novo e caí em mim. Aí eu comecei a me fazer tipo de Joana D'Arc. "Ah, eu sou sofredora. Eu lavo, eu passo, eu cozinho. Ninguém me apoia, ninguém me dá carinho, ninguém me pergunta se eu estou bem, ninguém vem até a mim, ninguém conversa." Todo*

mundo só pergunta: "Você vai hoje?" Não pergunta: "Você está bem? Tem alguma coisa?" E ele do mesmo jeito. A vida toda, nesses oito anos que eu estou com ele, foi assim. Ele não chega: "Você está bem?" [Ele não é de conversar?] Não. Se eu estou doente... Eu posso estar com 40 graus de febre, ele vai olha e pergunta: "Você está bem?" Ele está vendo que eu não estou bem. Eu estou com febre e ele não vem trazer um comprimido que nem eu faço. Eu levo comprimido, ponho chinelo no pé.

Beatriz relaciona a traição do marido à questão de sua aparência, ao fato de ela estar muito desleixada. Se ele a traiu é por ela estar um lixo, feia, descabelada, velha. Como na adolescência, Beatriz esconde seu corpo entre moletons e pijamas. A sexualidade se mantém como campo conflituoso para ela.

Há uma ênfase na questão da exterioridade da aparência na relação entre homem e mulher. Beatriz reproduz a representação corrente do feminino em nossa cultura: a mulher nunca deve se desleixar de sua aparência, aspecto importante em poder de atração do sexo oposto e consequentemente de seu valor social.

Fora a questão da aparência (e da sexualidade), Beatriz busca cumprir o papel de boa esposa: cuida da filha, da casa, trabalha contribuindo com as finanças familiares, sendo uma boa funcionária. Apesar disso, o reconhecimento não lhe vem como seria esperado. Os possíveis lugares de apoio onde Beatriz poderia engastar seu projeto de vida se apresentam frágeis: o casamento, a maternidade, o trabalho.

A imagem de Joana D'Arc nos remete à figura da heroína (imaculada) que é martirizada, seria esse o símbolo de sua trajetória na qual ela saiu de Recife com muitos sonhos, sem conseguir realizá-los?

Logo após a traição, num movimento de revanche, Beatriz tinha vontade de se arrumar para outros homens que não seu esposo. Na oposição dentro e fora, ela quer procurar outra pessoa, para provar seu valor. O "de fora" sempre tem as coisas melhores. No entanto, essa estratégia tão recorrente em sua história de vida, já não surte efeito colocando-a no lugar da impotência e da depressão.

Eu acho que se eu tivesse encontrado alguém eu teria... Só que eu não acho justo. Eu não me sentiria bem pela minha filha. Eu tenho vergonha, eu tenho muita vergonha, tipo, fazer isso com ele depois que eu perdoei, depois que eu aceitei.

Ela atribui à filha a razão pela qual não busca outra pessoa. Podemos pensar que a agressividade de Beatriz com relação àquela também está marcada pelo lugar de ligação que ela possui num casamento insatisfatório.

A traição do marido lhe abre uma ferida narcísica, promovendo uma nova ruptura e soldando-a novamente à situação de desvalia, prendendo-a ao tão conhecido lugar de desqualificação e humilhação.

> *De um tempo pra cá, voltou de novo essa mesma falta de vontade. Faz, acho, uns dois anos que eu estou nessa. Não quero pentear cabelo, eu não passo batom, eu não me maquio. Raramente eu passo um batom, um lápis no olho. Cabelo eu só lavo e boa. As unhas a mesma coisa: eu não uso nada. Roupa eu não tenho vontade de por, é sempre aqueles moletonzãos. Tá bom pra mim. E eu estou nessa de novo. Só tenho vontade de dormir, não tenho vontade de trabalhar. Eu trabalho só que eu já estou muito esgotada, eu acho. Porque antes eu trabalhava, eu tinha força, tinha disposição no serviço e não tinha serviço em casa. Hoje eu tenho serviço em casa, eu tenho uma criança de seis anos, então, dobrou o serviço. Só que eu sentia prazer em fazer isso antes. Hoje, de dois anos pra cá eu já não sinto mais. Eu pedi a conta do meu último serviço faz um ano, mais de um ano, um ano e pouco. Porque foi chegando num limite, que eu comecei a chegar atrasada. Eu não faltava, mas chegava atrasada. Eu falava: "Eu não quero mais, eu não quero mais. Eu não estou agüentando mais!" Só aquele sono. Saí e já entrei no outro (emprego). Passei dois meses descansando e já entrei em outro, só que eu estou vendo que é a mesma coisa: eu não estou suportando ficar no local. Eu tenho mais vantagem, eu ganho mais, eu tenho mais dias pra ficar em casa, mas essa moleza, esse cansaço, essa tristeza, essa vontade de não me vestir, de eu não me sentir bem eu não sei de onde vem, não sei por que é. Já tomei Fluoxetina que o outro médico passou, dobra! Aí dá mais sono, mais moleza. Porque é uma coisa, sabe, que eu não consigo. Eu não tenho apetite sexual nenhum, acabou. O meu marido reclama muito. Acabou totalmente. Antes era o contrário, eu que procurava ele. Hoje ele me procura eu não tenho vontade, invento sempre uma desculpa. Faço por obrigação. Não vou dizer... Eu sinto prazer, mas, assim, passa um mês, duas vezes no mês eu sinto prazer, as outras são por fazer. E ele não quer. Ele fala que não, que não quer assim. Ele olha outras mulheres, fala: "Olha o cabelo da fulana. Você viu fulana?" Eu sinto isso. Eu quero mudar. Eu vejo na televisão as moças, eu quero fazer, mas chega no outro dia eu não tenho vontade. E estou nessa de novo. E agora? Mãe eu não tenho mais e... A minha vida está do mesmo jeito, sabe? Voltou tudo pra trás. Eu não sei o que acontece comigo. Não sei.*

Além das questões conjugais, Beatriz fala de uma situação de sobrecarga no trabalho. Este não cumpre a realização pessoal almejada. Em um trecho de sua entrevista ela afirma que não quer passar o resto de sua vida num balcão, desejando uma situação de trabalho melhor.

A esse contexto, somam-se as responsabilidades com a filha e os cuidados da casa que são diferentes da época anterior ao casamento. A desigualdade na divisão das tarefas domésticas entre homem e mulher pesa no cotidiano de Beatriz. Ela não consegue se cuidar mais como na época do namoro. A sexualidade, que já era uma questão delicada, fica em um segundo plano. Ela sente-se desamparada e perdida.

Eu acordava às seis horas da manhã. A minha filha, aquela coisa, eu não tinha com quem deixar. Tem que arrumar; Na hora de ir para a creche tinha que pegar perua. Aquilo foi me estressando de um jeito. Porque se fosse só você levantar e ir para o serviço é uma coisa, mas eu tinha a criança. Aí eu tinha que sair, tinha que fazer leite, arrumar a mala, vestir a criança, deixar tudo arrumadinho. Ele não. Quando acordava, penteava o cabelo, arrumava ela e colocava ela na perua. Aí depois pega ela. Então aquilo foi me estressando de um jeito que eu não queria mais trabalhar. Eu não queria, eu não queria. Agora eu vou dar atenção pra ela. Porque ela falava assim... Na creche ela pôs, o que a sua mãe é? Cada aluno pôs uma coisa. Ela colocou: trabalhador. Porque eu tô trabalhando muito e não dou atenção que a criança precisa. E aí aquilo vai acabando com a gente. Aí eu tinha que sair pra ir na reunião correndo. Se tem um problema na escola sou eu que resolvo. Ah, aconteceu um pepino no banco, você vai lá. Ah, o IPTU não chegou você tem que ir lá. Ele não se movimenta, sabe? Ele só dá o dinheiro, o resto eu que tenho que fazer. E eu não quero isso. Eu quero uma pessoa que fique ali comigo. Se você não vai, dá aqui a mão, vamos juntos. É o que eu quero fazer com ele, mas ele não tem sensibilidade. Ele não me dá essa abertura. Então, eu tô ficando pra trás, enquanto ele está curtindo a vida dele. Ele tá bebendo, tá saindo, tá se divertindo, tá dando risada. Como eu falei pra mãe dele no domingo agora: "Eu não saio. De casa para o serviço, do serviço para casa."

Novamente ela se queixa de seu marido não ser o companheiro que ela gostaria no que diz respeito ao carinho, atenção, ajuda e presença. Ele, diferentemente de Beatriz, transita por ambientes sociais de lazer. Frustrada com o casamento, sobrecarregada com suas responsabilidades domésticas e insatisfeita com o trabalho, Beatriz não encontra um lugar de apoio ou reconhecimento.

Ela acha que precisa ter alguma atividade para poder melhorar seu ânimo, fazer alguma atividade física, ir à igreja, no entanto ela sozinha não consegue sair da situação em que se encontra. Beatriz enfatiza sua solidão e isolamento.

Eu acho que já venho carregando isso (desânimo) há um tempo já, e só o fato dele (o marido) fazer assim só vai aumentando mais. Porque eu não tenho com quem conversar, eu não tenho com quem desabafar. Se acontece alguma coisa dentro da minha casa eu não tenho com quem falar. Eu não tenho um amigo, não tenho um vizinho, não tenho nada. Porque eu trabalho direto, também não vejo os meus vizinhos, entro e saio. Por isso que eu passo com a psicóloga, porque eu passei a descontar na minha filha o que eu tinha. Eu contava as coisas pra ela e se ela ficasse fazendo arte, eu ficava mais nervosa e partia para agressão. Então, eu comecei, procurei ajuda porque eu não queria maltratar a minha filha. Eu via que eu estava maltratando.

Ela começa a descontar suas frustrações na filha. Em vários momentos da entrevista, ela repete que a criança não tem culpa dos problemas que ela vive, como um discurso aprendido no grupo de orientação de pais do qual ela participa. No entanto, também em vários momentos, ela coloca os cuidados com a filha como algo que lhe pesa e prende (dificultando a realização de seus sonhos?).

Como em outras entrevistas, a criança se coloca como elemento mais frágil e passível de receber a carga de agressividade e frustração da mãe.

Nesse contexto, sobra o serviço de saúde como saída para sua situação seja ao procurar ajuda medicamentosa e psicológica para si, seja por estar descontando sua raiva na filha e participar de grupos de orientação familiar com a assistente social.

Sobre a questão do tratamento, conforme mencionado acima, Beatriz começa a fazer psicoterapia, no período em que ela morava com a irmã. Inicialmente ela procura a médica do Posto de Saúde, pois estava chorando muito e precisava de um remédio que lhe deixasse mais calma. Ela é encaminhada para avaliação psiquiátrica no Ambulatório de Saúde Mental. Como no caso das outras mulheres, a primeira resposta do serviço de saúde foi o encaminhamento para consulta médica para introdução de medicação psicotrópica. Chegando à triagem do ambulatório, ela conversa com a Assistente Social que lhe orienta que a melhor opção em sua situação seria uma psicoterapia.

> *Aí eu comecei a passar numa psicóloga, me inscrevi, tudo, aí comecei a melhorar, a reagir. Porque as pessoas falavam comigo, brigavam ou havia uma discussão e eu só chorava. Eu não me defendia, eu chorava e não conseguia falar. Tudo eu chorava. Tudo! E já com a psicóloga eu comecei a mudar. Eu fiquei um ano e meio passando na psicóloga.*

> *Aí foi quando eu comecei a passar na Rosana (psicóloga), aí eu comecei a comprar roupa, a reagir, a melhorar, sabe, assim? A me defender das pessoas. Porque eu chorava. Eu trabalhava na lanchonete, ninguém podia falar nada pra mim. Eu chorava, chorava, chorava e não conseguia parar de chorar, sabe? Eu só chorava. Aí, quando eu comecei a passar com a Rosana, eu fui melhorando. Ela falava que eu tinha que reagir. Eu fui começando a reagir. Meus sobrinhos me xingavam e eu já reagia.*

A psicóloga se constitui como um novo ponto de referência. Ela legitima Beatriz em sua afirmação perante os outros, tirando-a da posição de sujeito indefeso.

O trabalho do psicólogo é inicialmente diminuído como só uma conversa sem maior efeito.

> *Eu achava que aquilo ali (psicoterapia) não ia fazer efeito. Mas depois eu vi que eu fui saindo, eu fui vendo que eu fui aprendendo a reagir, sabe? Eu perdi a vergonha. Eu tinha muita vergonha. Eu comecei a expor as minhas ideias, vontades. Tinha vontade de falar, eu falava. Eu não agredia a pessoa, de forma alguma.*

Há um ano, Beatriz procurou o clínico geral do PSF, pois além do desânimo estava muito irritável. Ele lhe receitou um antidepressivo (fluoxetina). Segundo o relato de Beatriz, a prescrição da medicação parece ser feita de modo pouco controlado.

Aí eu voltei de novo àquela mesma coisa: um cansaço, um sono, muito sono. Onde eu encostasse eu queria dormir. Sabe? Aquele sono. Só tinha força para trabalhar e voltar para casa. Aí eu terminava de fazer o serviço, tomava um banho e só queria dormir, mais nada. Eu não tinha vontade de estar perto dele (marido), eu não tinha vontade de beijar ele. Eu não tinha vontade de fazer um carinho nele. Eu fui bem sincera com o médico, eu fui procurar ele porque eu tava me sentindo muito... Eu falei pra ele: "Eu não tenho vontade de nada, eu me sinto cansada. Se me belisca me dói uma dor terrível. Se eu me coço dói. Se eu encosto sem querer em algum lugar, que bato assim, não precisa nem de muita força, meu corpo dói." Ele falou que eu tava com a sensibilidade à flor da pele. "Mas dói, eu não posso e eu sinto muito sono, muito sono, se eu sentar eu durmo, onde eu encosto eu durmo." Aí ele falou da fluoxetina. Eu falei que eu não tinha ânimo pra trabalhar. E eu queria alguma coisa pra sentir novamente, ter mais prazer. Tentar voltar a ter a vida que eu tinha, sexual eu não tinha mais. Aí ele me receitou a fluoxetina. Eu falei que o problema não era só essa vontade. Eu não tinha vontade com o meu marido. Mas se eu me interessasse por outro homem. Eu queria outro homem, eu falei pra ele. Eu não sei se era porque o meu marido não conversava, não me dava carinho, não me dava atenção e outras pessoas me davam. Eu já ficava pensando outras coisas, entendeu?

Por isso que eu pedi pra ele (médico clínico do PSF), eu precisava de uma coisa que me relaxasse. Que não me deixasse nervosa no serviço.

Do corpo que apresentava erupções cutâneas, agora temos o corpo que dói: tudo provoca dor. A medicação surge como um modo de aliviar o sofrimento (seja para dar ânimo ou para acalmar). Ela é solicitada como uma resposta mágica, um amortecedor aos problemas vividos: diminuir o nervoso, aumentar o ânimo, melhorar a vida sexual. As problemáticas trazidas, no caso a insatisfação com o casamento e as dificuldades no trabalho, não são pensadas.

Beatriz, no entanto, não sentiu um efeito positivo ao usar a fluoxetina: ela sentia mais sono ainda e a irritabilidade não melhorou. Ela parou de usar a medicação por contra própria. Segundo ela, o médico havia lhe dito que:

Se fosse bom pra mim, que eu continuasse, se tivesse outro efeito, que eu parasse.

Beatriz tomou alguns meses o antidepressivo, mas parou, pois está querendo engravidar novamente. Ela acha que uma outra criança agora ajudaria a melhorar o seu ânimo. Sem sentir efeitos com o uso da medicação e sem um lugar para elaborar seus conflitos, Beatriz se lança a um novo projeto para resolver sua depressão, assim como foi com o estudo, o trabalho e o casamento.

Além da medicação, outro recurso indicado pelo serviço foram atividades que lhe servissem como uma espécie de higiene mental.

Aí eu fui procurar ajuda, eu estava de férias ainda. Aí eles (equipe PSF) falaram que eu precisava de uma atividade. Porque eu só sentava e chorava. Sentava, chorava, chorava, não conseguia falar. "Olha, você precisa espairecer. Parece a Joana D'Arc." A enfermeira falou pra mim. Aqui tem um grupo que faz isso, que faz aquilo. Só que como eu tava de férias, dava para eu fazer. Só que com a menina já não dava também. Aí eu fui fazer ginástica, fiz ginástica duas semanas só. Eu já voltei a trabalhar e não dava. Eu trabalhava cedo, de tarde eu estava trabalhando, de noite não tinha. Aí passou. Eu fui ficando do mesmo jeito.

Por conta das dificuldades na relação com a filha, Beatriz começou a passar em um grupo de orientação familiar coordenado por uma assistente social.

A minha psicóloga que eu passo... Psicóloga não, eu passo, é acho que é assistente social que fala. É para a minha filha, para eu aprender a lidar com ela porque ela é muito arteira.

Já faz uns três anos que eu passo com ela (grupo com assistente social em um serviço de atendimento à criança do município). Pra mim, agora, pra minha filha eu não conto nada, eu não falo nada, porque ela não tem culpa. Mas ela sabe. [A sua filha passa no psicólogo?] Não, eu que passo. É tipo uma terapia, uma terapia em grupo. [Mas é a assistente social que faz?] É. E ela ajuda a gente, tipo assim, na agressão. Essas coisas de tirar a fralda, essas coisas ela ajuda. Eu vou aqui no (serviço de atendimento à criança do município), com a Marisa. E a minha filha tem seis anos, mas ela é muito esperta, sabe? Ela percebe as coisas fácil, ela fala. Quando eu estou preocupada ela fala que é por causa do meu marido. Ela percebe fácil. Só que eu tenho guardado isso pra mim.

O profissional de saúde é aquele que vai orientar, ensinando-a como agir com os filhos. Como em outras entrevistas, há uma confusão com relação aos profissionais da área. No caso, a assistente social é confundida com a psicóloga (aquela que conversa). Faltam espaços nos quais ela possa elaborar suas questões. As respostas se focam no sintoma sem tocar os aspectos subjacentes a eles.

A partir da análise apresentada, consideramos que a depressão de Beatriz emerge como um sintoma a partir da constituição de seu lugar familiar e social: pertencer a uma família pobre, sentir-se inferiorizada em relação a uma parcela de sua comunidade, não conseguir cumprir com o seu desejo de estudar e mudar a situação econômica familiar, não encontrar um retorno suficientemente satisfatório com relação ao casamento, maternidade e trabalho.

A introjeção da imago materna lhe incute uma forte repressão da sexualidade. O intenso controle exercido pela mãe durante sua infância e adolescência, ao mesmo tempo em que protege Beatriz, também a deixa extremamente desamparada quando ela

se vê longe de casa. É com grande dificuldade e angústia que ela enfrenta as novas situações que encontra em São Paulo.

Afastar-se do referencial materno, bem como não conseguir realizar seus sonhos encontrando dificuldades de diversas ordens (na família da irmã e em seu casamento), desorganizam seus pontos de apoio narcísicos, abrindo caminho para a depressão.

Beatriz não é aquilo que desejou ser. Ela não consegue renunciar a seus ideais não realizados, aos quais subjaz um desejo onipotente de transformar a condição social de toda família. A depressão emerge num contexto de insatisfação no qual ela não consegue atingir a situação de completude nos projetos de vida e no casamento.

Iolanda

Então eu sou assim. Se o meu filho sai, eu me preocupo. Se o meu marido sai, eu me preocupo... A minha vida é uma bola e eu fico trancada dentro da preocupação.

Iolanda tem 46 anos, casou aos 18 anos, tem um filho de 23 anos (Marcos) e outro de cinco (Daniel). Seu marido (José) é pintor autônomo. Ela é branca, estudou até a 5ª série e trabalhou como faxineira e empregada doméstica até os 39 anos. Sua renda familiar mensal é de aproximadamente R$1.200,00.

Iolanda cresceu numa fazenda onde se criava galinhas, cultivava-se milho e café. Ela viveu numa colônia de agricultores até os 17 anos. Seus pais, irmãos e tios trabalhavam na plantação. Com 11 anos, enquanto a família ia trabalhar na lavoura, ela cuidava da casa, esmerando-se em deixar tudo sempre muito limpo e arrumado. Aos 14 ela ajudava na colheita de café da fazenda.

> *[Você começou a trabalhar muito cedo, não é?] É. Apanhava café. Às vezes o meu pai ia fazer um biquinho de carpir, eu ia junto. Mas não que meus pais me obrigavam. [Você ajudava?] É. Eu sempre fui uma pessoa trabalhadeira, sabe? Eu nunca fui aquela menina vagabundinha, preguiçosa, com preguiça de fazer as coisas. Eu sempre aprendi a ser... A trabalhar, a cuidar de uma casa.*
>
> *Na época, eu com 11 anos, cuidava de uma casa de fazenda, encerava tudo com aquela coisa vermelha, fazia almoço, minha mãe só não deixava eu lavar roupa, porque ela gostava de cuidar das roupas bem... (...) A minha mãe trabalhava na granja e eu ficava em casa, cuidava da casa, e fazia o almoço, fazia café da tarde pra ela tomar o café e fazia janta.*

Iolanda sente-se valorizada por ser trabalhadeira, por saber cuidar bem de uma casa. Aqui, como no relato de outras mulheres, o universo doméstico vai se constituindo desde cedo como seu principal espaço de referência e de reconhecimento.

Ela descreve as relações em seu núcleo familiar primário.

> *Meu pai era um anjo. Minha mãe não, minha mãe já era mais nervosa. Ela batia na gente. (...) Minha mãe foi uma pessoa que ela não era de bater pouco, ela batia muito, entendeu? Tinha uma irmã minha que vivia chorando. Hoje eu falo pro meu marido: "Minha irmã tinha depressão." Eu tenho certeza. (...) Eu lembro, quando eu era criança, e ela só chorava. Ela arrumava a cozinha*

chorando, ela trabalhava, vivia em casa só chorando, e a minha mãe, ao invés de conversar com ela, eu me lembro disso, ela pegava e batia nela. Ela batia mesmo, com cordão de ferro elétrico que tinha, aqueles ferros antigos. Ela apanhou muito da minha mãe. Minha mãe batia muito nos filhos, né? Eu apanhei muito dela. Mas eu amo ela. Graças a Deus, amo.

Mas o meu pai foi um pai maravilhoso. [O seu pai já não era tão bravo assim?] Não! Ele era um anjo. Não tinha boca pra nada. Ele nunca me bateu. Nunca me bateu! Até eu, por esse motivo dele ser tão bonzinho, às vezes eu respondia pra ele. Hoje eu me arrependo. E a minha mãe não. Minha mãe, se ela olhasse assim torto, se tivesse visita, ela arrumava a mesa de café, ela olhava assim, a gente já sabia: "Fica quietinho lá, deixa a visita tomar café sem encher a paciência." Eu já sabia que eu ia apanhar depois. E se respondesse ela então, era um tapa na boca. Até hoje ela é brava.

Iolanda fala de uma mãe bastante agressiva com os filhos, o impulso hostil com relação a essa figura materna ameaçadora é reprimido e transformado em seu oposto. Se o nervoso da mãe era descontado nos filhos, do mesmo modo, como colocaremos mais adiante, o nervoso de Iolanda é descontado no filho menor. Nesse circuito e como também vemos em outras entrevistas, a criança surge como o elo mais frágil do grupo, sendo muitas vezes objeto depositário da agressividade e das frustrações.

Em oposição à braveza da mãe (que consegue assim controlar os filhos), temos um pai "bonzinho" e passivo, que também não a confronta. A figura materna é representada de tal modo que parece ofuscar a figura do pai.

Neste trecho, Iolanda ainda faz menção à irmã que devia ter depressão. Aqui, como em outros pontos de sua fala, a depressão é associada ao choro constante.

Iolanda fala de seu apego à mãe e de seu lugar no grupo familiar primário:

[E como é que era essa relação com seus pais?] Ah, bem! Nossa, eu era super apegada com a minha mãe. Super! Depois que eu casei, eu sentava no colo dela, minha irmã mais velha sempre teve ciúmes de mim, até hoje. Eu aproximava da minha mãe, ela já tinha um sentimento assim, que dava pra perceber, sabe? Que eu era a caçula, mas, que nem, agora eu ainda tô mais gordinha, mas eu pesava 42 kg. [Miudinha.] É, bem magricelinha.

Eu sou a 8ª filha da minha mãe, eu sou a caçula. A mais velha tem... Você olhando ela e a minha mãe, você fala que as duas são irmãs. E eu sou a caçula da minha mãe.

Em seu grupo familiar, ela se diferencia dos irmãos pela posição de ser a caçula de sua mãe. O lugar de menor parece garantir certo privilégio com relação ao carinho de sua mãe.

Quando perguntada sobre o início de sua depressão, Iolanda diz que foi há sete anos, a partir de um conjunto de episódios difíceis em sua vida: parou de trabalhar por

causa de fortes dores nas costas (ela teve um início de hérnia de disco), seu marido atropelou uma mulher que acabou por falecer por conta do acidente, teve uma gravidez indesejada.

Iolanda acha que, bem antes disso, teve um episódio de depressão quando estava com 11 anos e cursava a 5ª série.

> *Agora, depois de passar tantos anos, que eu tive essa depressão, eu analiso. Quando eu estava no ginásio, que eu estava na 5ª série, eu tive uma crise que eu acho que foi uma depressão. [Por que você acha?] Porque eu tinha... Assim, minha mãe teve que fazer uma operação. Eu era muito apegada. Ela teve que fazer uma cirurgia, três cirurgias em uma só vez e ela quase morreu. Meus irmãos iam visitar; como eu era pequena, eu não podia ir. Quando eles chegavam, eles chegavam tudo chorando porque diziam que ela estava muito ruim e eu peguei um medo de perder ela. [Porque você não via?] É. Quando eu entrei na escola, no ginásio, na 5ª série, eu comecei a ter umas crises. De repente me dava uns choros, sabe? As professoras não sabiam o que fazer comigo, achavam que eu estava menstruando e... Elas perguntavam tudo pra mim, mas eu sabia já o que era a minha situação. [Te dava um choro, é isso?] É. Começava a pensar na minha mãe, eu queria estar perto dela. Eu queria estar perto dela e eu tinha medo dela morrer de acidente. A gente morava numa fazenda e quando ela ia vim para a cidade, eu ia ter que ir embora e eu tinha medo dela não voltar à tarde, de acontecer um acidente, alguma coisa assim. [Era cirurgia do que, você lembra?] Era uma cirurgia no útero, ovário e bexiga, parece. [Várias coisas.] Várias coisas. Ela ficou muito ruim, então eu tinha medo de perder ela. Eu chorava por causa disso: eu queria estar junto com ela. Sabe de você querer estar junto? Medo de acontecer alguma coisa. Quando ela estava... Tinha ônibus pra fazenda três vezes no dia. Então ela vinha de manhã e eu ficava esperando o ônibus chegar para eu ver ela.*

Como mencionado acima, Iolanda associa a depressão ao choro ininterrupto. Nesse primeiro momento, a cena se configura a partir da ameaça da perda da mãe. Esse episódio se constitui como uma espécie de evento traumático na história de Iolanda que instaura um momento de crise. Aí, seus recursos egoicos de paraexcitação não dão conta da carga afetiva envolvida.

Kaës (2005a, p.16), retomando a categoria de intermediário na obra de Freud, aponta o caráter de proteção vital que este lhe dá, como elemento de paraexcitação. Nesse sentido,

> A falha dessa função intermediária e dessa proteção vital constitui perigo para a integridade do organismo psíquico e, de maneira geral, para o organismo vital. (...) Se as formações intermediárias são assim associadas a uma função vital, isso significa que a experiência das rupturas, a experiência das crises e a experiência do traumatismo vão sempre convocar esse tipo de formação.

No caso de Iolanda, observamos que a situação de crise a leva a constituir outros intermediários, agora como sintomas: as crises de choro e tremores.

A ameaça da perda real torna-se presente de um modo precoce na existência de Iolanda. Há nesse contexto um ataque ao apoio representado por seu grupo familiar primário, fragilizando-a.

Segundo Kaës (2005a, p.60) "as falhas na segurança do ambiente são também uma experiência geradora de angústia, na medida em que a perda do código reatualiza os conflitos intrapsíquicos entre as tendências de amor e de ligação e as tendências de raiva e de desligamento."

Por ser a menor, ela não pode visitar a mãe no hospital. Nesse contexto, o não ver é colocado como falta de autonomia e pretexto para o desenrolar de fantasias catastróficas de acidente e morte. Podemos levantar a hipótese de que os impulsos agressivos reprimidos contra a mãe se manifestam nessas fantasias de morte. Ela só se tranquiliza *ao ver* a mãe. O ver restabelece o controle e a ordem sobre a situação.

Os irmãos mais velhos chegam em casa chorando após a ida ao hospital. A intensidade dos sentimentos de ameaça e medo da perda parecem contaminar todo o grupo familiar nesse momento, transbordando pelos olhos. Impedida de ir visitar a mãe, o modo como Iolanda consegue pertencer ao acontecimento grupal é pelas crises de choro: olhos que veem ou não veem, olhos que choram.

Após a cirurgia da mãe, todas as situações de separação de Iolanda com relação a ela lhe geram crises de choro e tremedeiras:

> *Uma vez eu fui passar umas férias na casa da minha irmã mais velha e eu também tive um momento, eu me lembro, de choro. E se eu punha a roupa eu ficava com calor, se eu tirava me dava um frio, uma tremedeira e começava a chorar. Daí ela teve que me trazer logo pra minha mãe porque... E na minha casa também às vezes eu tive, quando eu era pequena. Depois nunca mais. [Mas era assim: uma situação de quando você estava longe da sua mãe?] Até depois, quando a minha mãe estava aqui, a gente morava... O quarto dela era longe do meu, tinha noite que eu tinha. Aí ela me levava pra dormir com ela. Me dava umas tremedeiras e ela até ficava preocupada se tinha acontecido alguma coisa comigo, alguma coisa... Ela ficava fazendo umas perguntas. Depois passou, mas eu sempre sentia medo de dormir, não acordar. Sabe medo de dormir e não acordar? [Sei.] Morrer.*

A complicada cirurgia da mãe e as crises de choro de Iolanda se dão no período em que ela está passando pela puberdade. Período no qual ela precisa enfrentar a passagem e o luto do corpo de menina para a aquisição de um corpo de mulher, marcado pela fertilidade e pela sexualidade adulta. A ameaça de perda real da mãe surge

num momento marcado pela perda simbólica das figuras parentais infantis. Nesse contexto, a figura da morte é símbolo de identificação entre mãe e filha.

O choro aqui é a possibilidade de ficar junto à mãe (dormir com ela) e evitar a situação de separação, perda e luto. Segundo Kaës (1994), o sintoma introduz um vínculo, atravessando a descontinuidade. Num movimento regressivo, Iolanda não consegue falar sobre seu sofrimento e o expressa chorando. Neste trecho, o sono (separação) é identificado com a morte. A passagem entre a vigília (controle, poder ver) e o estado de sono (perda de controle) é ameaçador. No discurso de Iolanda, as situações de passagem são constantemente identificadas à morte. Há a fantasia de uma ida sem volta (a mãe que pode partir e não voltar mais) que também irá permear suas relações com o marido e o filho.

As tremedeiras são mencionadas também em outros trechos:

> *Minha mãe me levava em tudo quanto é médico, até em outras cidades, pra ver se eu era doente. Aí minha mãe me dava muito carinho e ela nunca deixava faltar nada. Eu fazia tratamento porque eu tinha problema de fraqueza. Dava assim umas fraquezas e o Dr. Alair dava umas vitaminas pra mim. Até que ele foi tirando, me mandou pra [nome cidade] pra fazer tudo quanto é exame, na época, e aí ele foi tirando e eu fui fazendo vitamina com fruta, batida de fruta. Eu parava de tomar os remédios que eu tomava, duas vitaminas, começava a dar tremedeira. [E o que era?] Diz o médico que era fraqueza, que eu era fraca.*

No trecho acima, Iolanda se descreve como uma criança fraca, que precisava constantemente de vitaminas. Sua fraqueza e seu tamanho garantiam novamente a manutenção dos laços com sua mãe, de algum modo negando seu desenvolvimento como mulher e o necessário afastamento da figura materna. Diante de uma mãe muito brava, ela conseguia seu carinho através do adoecimento/fraqueza. Sua mãe, ao mesmo tempo em que é ameaçadora, é também protetora com relação a ela. Nessa configuração dos vínculos familiares, deixar de ser pequena (confrontando sua mãe e se separando dela) pode ser perigoso.

Iolanda possuía o corpo magro como o de uma menina. Ela diz que sempre se sentiu muito complexada com relação a sua aparência física. Inclusive quando ela se casou, tinha muita vergonha de ficar nua na frente do marido.

> *Assim, eu sempre tive complexo de inferioridade. (...) Hoje eu tenho complexo da minha barriga. Falo que hoje é a barriga. Antes era a magreza, que eu era reta demais. [Mais com relação ao corpo?] É. Eu sou super complexada. Eu coloco pra disfarçar... Tudo o que eu puder colocar pra disfarçar meu corpo, eu coloco – uma roupa mais larguinha...*

Iolanda fala de um corpo que não pode ficar exposto e visível. Novamente temos a oposição entre ver e não ver agora naquilo que deve ficar escondido, expressando o conflito entre o corpo de menina e o corpo de mulher.

A questão do apego (inicialmente referido à mãe) é bastante enfatizada por Iolanda como uma característica sua. Possivelmente isso surge como um modo de criar um campo de proximidade e intimidade que controla os possíveis ataques e afetos hostis. Por outro lado, essa sua característica gera grande sofrimento a cada momento de afastamento, perda ou separação.

> *Assim, eu pego amizade facinho com as pessoas. Eu me apego às pessoas. E eu, quando eu tenho uma amizade, eu sou sincera com a pessoa.*

O apego à mãe é posteriormente transferido para o marido. Juntamente com o apego vem o medo de que aconteça algum acidente:

> *Depois foi passando o tempo, me casei e me apeguei demais ao meu marido. Sempre assim: quando ele sai e passa do horário eu já fico preocupadérrima, sabe? Com o filho também. (...) Então eu sou assim. Se o meu filho sai, eu me preocupo. Se o meu marido sai, eu me preocupo... A minha vida é uma bola e eu fico trancada dentro da preocupação.*

Enquanto os familiares saem, Iolanda fica trancada na preocupação. Como na relação com a sua mãe, vemos a repetição de fantasias catastróficas relacionada à separação, aqui localizada na passagem entre o dentro e o fora. Há uma oposição dentro/fora, no caso associado ao sair de casa, o dentro é o lugar da união e da proteção e o fora o lugar do perigo, do risco de ocorrer algum acidente. Acidente que podemos associar ao imponderável, ao azar, àquilo que escapa ao controle.

Iolanda se descreve como uma pessoa muito ansiosa e perfeccionista. Ela diz que sempre foi assim, mas sente que ficou pior com o acúmulo de problemas da vida. Iolanda conta que tem medo de seu futuro, do futuro dos filhos. Tem medo de seu marido ficar doente, do filho sofrer algum acidente.

> *Eu sou muito ansiosa. [Você sempre foi assim, Iolanda?] Eu acho que sim. Eu sou super ansiosa, eu sou super... Eu sou perfeccionista. Eu gosto das coisas certinhas, no lugar. Eu sou assim: a gente está na sala, conversando, eu e o meu marido, e eu estou olhando para estante, se eu vejo algum objetozinho que está afastadinho do lugar, eu vou lá e coloco. Eu sou uma pessoa assim. [Que quer ver as coisas certinhas.] É. Ele vai lá, mexe, quando ele sai, eu vou e arrumo as almofadas certinhas. Eu sou assim. Agora, eu deixo o Daniel bagunçar o quarto dele, esparramar brinquedo, me incomoda. Eu não deixo (esparramar) pela casa inteira, mas no quarto dele eu deixo, mas depois tem que arrumar tudo no lugar porque eu gosto de tudo arrumadinho, porque eu fico... Eu sou ansiosa. Se eu*

tiver uma coisa pra fazer, eu fico... Sabe? Se eu tiver uma conta pra pagar amanhã, eu já fico preocupada hoje, tanto que eu tenho uma agendazinha que eu marco tudo nela; R$1,00 eu marco lá porque... A minha cabeça não está funcionando muito bem... Então eu marco tudo, o dia, porque eu gosto de lidar certinho, assim, super... [Mas você acha que você era assim desde criança, por exemplo, ou isso foi aumentando conforme vieram esses problemas?] Eu acho que eu já era. Porque a minha mãe trabalhava e eu deixava a casa nos trinques, bem arrumadinha e eu era menina ainda. E acho que aumentou.

Desde criança, a responsabilidade com os afazeres domésticos é tomada como a de um adulto. Restrita em outros campos de circulação, Iolanda passa a maior parte de seu tempo em casa. Apesar de seus problemas na coluna, ela até hoje se esmera na limpeza. O ambiente doméstico é um lugar de grande investimento afetivo, ela enfatiza ao longo de sua entrevista o quanto gosta de ver as coisas muito bem arrumadas. Vemos, como em outras entrevistas, o lugar da mulher como cuidadora do lar, o espaço privado do lar sendo seu principal reduto.

Sobre este espaço se manifesta sua necessidade de controle perante o desamparo (as dificuldades financeiras, os problemas com o filho etc). A mudança ameaça e é desorganizadora: as coisas não podem sair do lugar e se desarrumadas devem voltar ao lugar onde estavam.

Sobre a depressão, Iolanda conta que seus sintomas começaram há sete anos:

[Como é que foi essa história no começo, quando você começou a ter os sintomas de depressão?] Bom, que eu comecei a ter os sintomas foi quando eu trabalhava de faxineira, num serviço bem pesado. [Onde era?] Eu trabalhava três vezes na semana numa casa perto de casa e os outros dias também eu trabalhava. Essa época eu tinha muita dor na coluna, já não estava aguentando mais e o médico já tinha avisado que eu tinha que parar de trabalhar, há um ano atrás, mas eu continuei trabalhando. Meu marido trabalhava por conta, como trabalha até hoje. [Ele trabalha do quê?] Pintor. Aí eu comecei... Ele parado, sem serviço e eu trabalhando, porque dinheiro de mulher é pouco, não era muito. Aí eu comecei... E tinha dois meninos na casa onde eu trabalhava e um me atormentava o dia inteiro. Eu abria a janela para passar roupa, ele fechava. Ele só me atormentava e eu comecei a ter umas crises de choro. Comecei a ter umas crises de choro e o meu marido em casa. Eu trabalhava o dia e quando chegava em casa tinha que tomar remédio para poder fazer o meu serviço, de tanta dor nas costas que eu tinha. Eu comecei a ficar preocupada com esse tipo de coisa: meu marido sem serviço, nossa casa sem terminar – um monte de coisa para fazer. Acho que eu fui pensando muito, muito e comecei a ter essa depressão, que eu não sabia que era. Ele pegou, me levou no médico, um médico conhecido da gente, primeiro. Minha família sempre participou com ele. Não era psicólogo, ele era cardiologista e clínico geral e ele disse que era depressão. Não lembro o nome dele, não me pergunte. [Não, tudo bem.] O médico deu remédio... Disse que eu tava com depressão porque eu comecei a chorar muito a hora que eu comecei a conversar com ele. Ele me deu o remédio tarja preta e eu comecei a tomar. Só que eu comecei a tomar, tomei parece que dois dias e parece que eu fiquei pior. Eu não

dormia, chorava... Meu marido pegou o remédio e jogou tudo fora. Ele falou: "Esse remédio está deixando você doida!" Tirou tudo, bateu na descarga e puxou. Aí eu parei (de tomar). Foi assim. Aí eu parei de trabalhar. Larguei o serviço mesmo meu marido estando parado. Eu parei e fiquei só em casa. Desde então eu nunca mais voltei a trabalhar.

Iolanda associa a depressão (que a princípio era algo desconhecido) à preocupação com os problemas. Em seu discurso, ela confunde psiquiatra com psicólogo, achando que este prescreve medicamentos. Ela começa a tomar um "remédio tarja preta" (provavelmente um ansiolítico), mas em função de suas reações o marido interrompe o tratamento. O gesto de José de decidir algumas coisas por Iolanda vai se repetir em outras situações. Ele, por exemplo, não a deixava tomar anticoncepcional, pois tinha receio que o uso da pílula prejudicasse sua saúde.

O momento de início do episódio depressivo de Iolanda é marcado por uma conjunção de diversas dificuldades, perante as quais ela sente-se impotente: seu marido está sem trabalho e o 'dinheiro de mulher' é pouco para sustentar a casa, ela está com fortes dores na coluna que a impedem de trabalhar e não consegue lidar com o mau comportamento do filho da patroa. Esse momento crítico em sua vida abala seus pontos de segurança psíquica: seus meios de subsistência, o trabalho e o corpo. Como no passado, em suas tentativas de se afastar da situação ameaçadora e resgatar um continente materno protetor, Iolanda tem novas crises de choro.

Pouco tempo após essa situação, numa noite, quando a família estava voltando para casa, José atropela acidentalmente uma mulher. Ela estava numa aglomeração de pessoas por conta de um rodeio que estava acontecendo na cidade e se colocou na frente do carro em movimento. Nesse incidente, Iolanda conta que as pessoas na multidão queriam linchar eles. A mulher foi socorrida, mas acabou falecendo. José teve que sair do hospital protegido pela polícia, pois os familiares e amigos da mulher queriam agredi-lo fisicamente. Depois, eles ficavam ligando para sua casa ofendendo e ameaçando-os.

Nessa época, em função de seu estado ela começou tomar antidepressivo.

Tanto eu quanto o meu marido, a gente só chorava. Acho que até ele ficou meio depressivo. Ele não se conformava. A gente não se conformava. Isso foi em outubro. Daí eu comecei a fazer tratamento, tomar remédio pra depressão. Comecei a tomar remédio pra depressão de novo.

Toda essa situação tem um caráter traumático para Iolanda. Observamos a reatualização das fantasias catastróficas e da fragilidade do continente primário: a desgraça temida em sua infância do acidente e da morte efetivamente ocorre.

Três meses após o atropelamento, ela, sem desejar, ficou grávida de seu segundo filho (Daniel).

> *Depois de três meses que aconteceu isso, eu engravidei do Daniel, assim, involuntariamente, sem querer, com 40 anos! A minha vida estava planejada para ter só um, mas no fim eu engravidei. Passei a gravidez só chorando. Eu não aceitava a gravidez. Tinha hora que eu aceitava, mas tinha hora que não. O povo falava que era gravidez de risco, que poderia nascer com Síndrome de Down... Tinha dia que o meu marido tinha que chamar o meu filho mais velho e falava: "Vem aqui, vamos orar, fazer alguma coisa pra sua mãe." Eu chorava o tempo inteiro, não dormia e a médica não podia dar remédio – diz ela que eu não podia tomar nada. Eu chegava a tomar maracujá puro, com semente e tudo, e açúcar. E não dormia nem de dia e nem de noite. Foi isso. Eu falei: "A hora que o neném nascer eu durmo." Aí o neném nasceu e eu não podia fazer o tratamento depressivo porque eu estava amamentando ele. E ele foi terrível, ele chorou quatro meses. Ele chorava, eu chorava e o meu marido não sabia se me socorria ou se socorria o Daniel – o neném. Quatro meses foi só choro. Terrível! Ele é terrível! Não sei se ele é hiperativo. Eu estou passando ele no psicólogo também, é chorão, teimoso. Com dois anos o médico falou: "Põe esse menino na escolinha, tira ele do peito, senão você vai ficar pior." Eu estava doente já. Aí coloquei na escolinha particular, apertamos o cinto até o último, ficamos sem comprar nada por um ano pra poder manter ele na escolinha depois do almoço. Aí, com dois anos e meio, eu consegui tirar ele do peito. Ele ficava a tarde inteira mamando em mim.*

Quando Iolanda se casou não queria ter filhos:

> *Eu não queria ter nenhum filho quando eu casei, entendeu? O meu pensamento era não querer nenhum filho. Eu não queria ter nenhum filho.*

Foi com o tempo e o desejo do marido que eles tiveram o primeiro filho. José queria mais uma criança, mas ela se preocupava com as dificuldades financeiras. Com o passar do tempo a questão da idade também pesou na decisão de só ter um filho, ela tinha receio de que o bebê nascesse com algum problema. Dentro do jogo de identificação entre uma Iolanda-pequena-menina-fraca e uma mãe-protetora-ameaçadora, a questão da maternidade é vivida de modo ambivalente.

Na sucessão de eventos difíceis a partir dos quais ela já se via extremamente fragilizada, a gravidez vem completar o quadro catastrófico. Ela tem muita raiva de ter ficado grávida pela segunda vez, não aceita tal fato e culpa o marido por isso. Iolanda se queixa muito do filho caçula ao longo de sua entrevista. Observamos, no trecho acima, uma fantasia de destruição na qual o bebê suga e consome a mãe, adoecendo-a. Se por

um lado para Iolanda, a separação é algo angustiante, por outro a impossibilidade de se separar de seu filho mais novo é algo aprisionante e insuportável.

José ficou sem trabalho durante toda gravidez dela e isso a preocupava intensamente. A família passou um período bastante difícil, eles não tinham dinheiro para comprar as coisas do bebê. O enxoval, banheira e berço foram ganhos com a colaboração dos amigos. Além disso, Iolanda relata que, enquanto que com Marcos, ela teve a ajuda e suporte da família (irmãs, mãe e sogra), com Daniel, não ocorreu o mesmo, o casal teve que cuidar sozinho do filho. Esse fator também colabora para aumentar a sensação de desamparo.

Ela acha que Daniel sofre de hiperatividade. Desse modo, há a tentativa de explicar o comportamento do filho, circunscrevendo os problemas vividos a um diagnóstico e ignorando as questões que estão postas nos vínculos familiares. Ao longo de sua entrevista, vemos uma ligação mãe-filho marcada pela díade ódio e culpa. Iolanda tem muita raiva do filho e se sente culpada, isso gera um intenso conflito que transparece em suas atitudes com relação a Daniel.

> *O meu marido ficou super feliz (com a gravidez), mas ele ficou preocupado com o meu pensamento, com a minha atitude e com medo, porque eu ouvi falar que depois dos 40 anos talvez nascesse com problemas. Então eu colocava a mão na barriga, pedia desculpas, pedia perdão pro neném, sabe? Pedia perdão a Deus de eu ter pensado as 'besteiraiadas'. Foi a gravidez inteira só choro e não aceitando o bebê – uma hora eu aceitava, outra não aceitava. Aí o Daniel nasceu... Tem horas, até hoje, quando ele começa a me irritar muito eu tenho a impressão que eu ainda não aceitei ele, entendeu? Tem horas que eu falo: "Meu Deus do céu!" Olha como eu fiquei! Fiquei com uma baita de uma barriga, que eu não me conformo. Porque o médico disse que quando a gente tem filho depois dos 40 a pele está flácida e não volta mais. Eu fiquei com barriga por causa do Daniel, enchi de vasinho na minha perna – varizes. Eu fico assim, jogando tudo nele. Às vezes parece que eu estou rejeitando ele. (...) Nessas crises que eu tive de depressão quando ele era menorzinho, eu tive vontade de morrer, não tinha vontade de viver mais. Eu queria morrer. Eu tinha medo de bater nele, matar ele. Eu tinha medo das minhas atitudes, sabe? Tinha dia que o meu marido precisava vir e falar: "Calma, bem! Calma!" Não tem problema eu falar isso? [Não.] Eu tinha medo de acontecer alguma tragédia, porque a gente ouve, a gente escuta na televisão: "Mãe matou o filho." Eu falava: "Meu Deus do céu, eu tenho medo que aconteça isso!" Depois, quando eu caía em si, já foi! [Era uma coisa que você não conseguia controlar, né?] Hum, hum! (concorda) Então, às vezes... Ele era pequeno, eu pegava ele e tinha vontade de fazer ele ficar quieto, fazer ele parar de chorar na minha cabeça porque eu não agüentava mais! Eu pensava: "Eu não agüento mais esse choro!"*

Iolanda projeta sobre Daniel a causa de todos os seus males. Na relação familiar, ele é descrito como um elemento intruso e indesejado, estragando a sua vida e aquilo que ela planejou e idealizou como sua estrutura familiar.

Novamente o choro surge associado à impossibilidade de separação: o choro de Daniel, o choro de Iolanda. Ela passa por um processo de regressão intenso, no qual José não sabe a quem socorrer, se a esposa ou o filho: ambos vivem um profundo desamparo. Iolanda por um longo período não consegue sair com o filho e também lhe dava de mamar o tempo inteiro porque ele chorava muito. Essa situação lhe mobiliza afetos violentos. Ela descreve sintomas de um provável quadro de depressão não tratado.

Assim como na relação com sua própria mãe, há uma dificuldade no processo de discriminação e separação entre mãe e filho. Iolanda reproduz com Daniel o padrão de mãe protetora-ameaçadora: ela o deixa mamar o tempo inteiro em si ao mesmo tempo em que tem vontade de agredi-lo.

Ela pergunta à pesquisadora se pode falar sobre seus afetos violentos com relação ao filho, se isso é normal. O peso da representação socialmente construída acerca da maternidade recai sobre ela: todos os filhos devem ser desejados e amados pela mãe.

Ela sente que seu filho mais velho ficou distante depois de sua segunda gravidez. Marcos tem bastante ciúme do irmão.

> *Daí depois que eu engravidei do Daniel ele se afastou de mim, o meu filho mais velho, e eu sinto isso. Ele começou a sair. Ele não saía. Tinha 18 anos e começou a sair. Aí ele começou a namorar, mas uma moça muito boa.*
>
> *Nós brincávamos muito, eu, o Marcos e o meu marido, de luta mesmo. Umas brincadeiras. Eu estava deitada na cama, ele vinha e deitava em cima de mim e do meu marido. E aí eu engravidei, o meu marido falava: "Marcos, cuidado com a barriga da sua mãe. Cuidado com o neném." E ele foi se afastando de mim e... [Você acha que ele tinha um pouco de ciúmes?] Ele tem ciúmes. Ele tem ciúmes. Ele mudou comigo. Ele... Eu abraço, beijo... Ele é alto, bem altão, e eu sou baixinha, então eu alcanço aqui nele. Aí eu dou uns beijos no peito dele, abraço. Porque eu falo direto pros meus filhos que eu amo eles. Aí ele fala: "Tá bom, tá bom!" (de um modo seco), sabe? Eu quero que ele retribua o que eu estou dando a ele. Não sei se é o jeito dele, então eu sinto muita falta que ele seja um filho diferente nessa parte, entendeu? [E mudou desde que você ficou grávida?] É. Eu quero que ele me abrace, me beije e fale... Eu falo pra ele: "Eu te amo. Vai com Deus." Ele fala: "Tá bom. Eu também.", sabe? Ele fala: "Tá bom, mãe. Tá bom, tá bom!" Ele fala assim, sabe?*

Marcos tinha 18 anos quando Daniel nasceu. Iolanda tem dificuldades em lidar com o crescimento e distanciamento do filho. Ela atribui esse afastamento ao nascimento do filho caçula, sem associar ao fato de que Marcos já está se tornando um adulto. Há uma demanda grande por parte dela de demonstrações de afeto.

Em seu cotidiano, com o fato de ter parado de trabalhar, mais a segunda gravidez, Iolanda se restringe ao lugar de mãe e a seu núcleo familiar. Ela fica em conflito entre sua insatisfação e aquilo que é socialmente esperado de uma boa mãe. Nesse contexto, ela acabava descontando suas frustrações em Daniel, agredindo-o.

> *Porque eu batia demais no Daniel. Agora eu não estou mais batendo, eu estou me controlando. Eu batia. Eu não agüentava! Tinha dia que eu não agüentava ouvir a voz dele. Mirna, ele fala demais! Sabe aquela criança que fala, fala, fala, fala, fala. Quando quer alguma coisa, fica: "Mãe, pega isso pra mim." Eu falo: "Eu já vou Daniel, que a mamãe está ocupada." Aí ele fala, ele repete, ele repete... Sabe? No ponto de eu dizer... Chega uma hora que eu pego e eu dou um berro: Aaaahhhh! Bem alto! Aquele berro pra eu desabafar. [Porque vai enchendo?] Vai. Eu dou um berro! Aí, quando eu começo a ficar nervosa, começa a me doer a cabeça. Eu começo a pensar, eu falo eu acho que eu não aceitei ele ainda até hoje, sabe? Como que pode isso? Eu sei que é pecado isso. Eu não quero fazer isso, eu não quero pensar isso, mas às vezes eu falo assim com o meu marido. "Eu tinha uma vida. Eu parei a minha vida. Eu parei. A minha vida parou em prol do Daniel." Eu fazia ginástica, por causa da minha coluna mesmo e era bom pra depressão também. O médico mandou eu fazer ginástica. A prefeitura tinha e eu e minhas três colegas íamos e era uma maravilha! O que a gente dava de risada na hora da ginástica, dos exercícios, das caminhadas que a gente fazia no ginásio! Era muito bom! Fazia muito bem pra mim. Eu fiz dois anos e meio. Depois chegava e ainda dava aula de crochê, limpava a casa. Porque eu adoro cuidar da minha casa! Aí eu engravido. (...) Parei de fazer tudo o que eu fazia. [Desde então.] Desde então. Aí eu fiquei um ano e pouco sem poder sair de casa porque o Daniel chorava demais e eu tinha vergonha. (...) Parei a minha vida e falava: "Nossa!" Às vezes, eu ficava nervosa, irritada, eu falava: "Bem, a minha vida parou! Parou, por causa do Daniel. É culpa sua! Porque foi culpa sua que eu engravidei!" E na verdade foi.*

Daniel rouba a sua vida, estragando toda sua rotina. Ele também seria o responsável pelas dificuldades em seu casamento. Ela brigou muito com o marido ao longo desses anos, culpando-o pela gravidez. Isso pelo fato de ele não ter concordado em se prevenir no período em que ela estava fértil.

> *Eu acho que ele (Daniel) tirou a minha privacidade de muitas coisas. Inclusive eu e meu marido a gente saía sempre junto, desde que a gente casou, é igual namorado, ou mão dada ou abraçado. Mercado junto, loja junto. A gente ia pra São Paulo comprar alguma coisa, ia junto. Ia para (nome cidade), ia junto. Eu não saio quase mais. Primeiro não saía porque eu amamentava o Daniel quase o dia inteiro em mim. Ele ficou dois anos e meio e não bebia nem água. [Só no peito.] Nem água, não comia nada, era só no peito. Aí depois o que aconteceu? O meu marido... Nós não temos mais o nosso tempo de ficar junto, nós não saímos*

mais junto. Às vezes ele fala: "Vamos no mercado, bem?" Ele quer que eu saia. Ontem mesmo ele tinha que comprar umas coisas e queria que eu fosse e eu falei: "Vai você sozinho. Deixa eu aqui, é melhor." Aí eu fico fazendo as coisas que já vai adiantando também. E ele já leva o Daniel e geralmente eu mando ele deixar o Daniel comigo que de vez em quando ele cria um caso, sabe? Abre a boca, chora... [Pra evitar essas coisas?] Pra evitar. Eu tenho vergonha, entendeu? Porque eu vejo que as pessoas vão olhar e falar: "Poxa, esses pais parecem que não dão educação. Esse menino é sem educação." Porque eu já pensei isso. Eu falo: "Nossa, parece que é um castigo isso!" Reparei e agora eu estou com uma criança que eu não consigo dominar. Tem dias que eu falo: "Meu Deus do céu, eu não consigo dominar meu próprio filho." Então eu acho que ele me prendeu, ele tirou a minha... Como que diz? O meu lazer que eu tinha com meu marido. Nós íamos na casa dos nossos amigos. (...) Quando pensa em fazer um passeio, a primeira coisa que foca é o Daniel. "Será que ele vai se comportar?" Antes de sair, a gente já conversa com ele. Mas não adianta.

Daniel quebra com a rotina do casal e com o clima de namoro que eles viviam. Ele afasta os cônjuges. Como dito anteriormente, Iolanda se descreve como uma pessoa que faz amizade facilmente e logo se apega às pessoas. Há um movimento constante de incorporação do outro a um registro de intimidade. A relação com Daniel se contrapõe a esse movimento: ele "afasta" o filho mais velho e o marido. Ele representa aquilo que Iolanda mais teme: a perda do controle, o afastamento e a separação, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma união sufocante. Há aí uma forte ambivalência: o desejo e o medo da adesão.

O processo da amamentação foi algo bastante sofrido. Perdida em seus conflitos de ódio e culpa com relação ao filho, ela tem muita dificuldade de fazer o desmame da criança.

Iolanda evita sair com Daniel, pois ele faz birra, chora, não se comporta. Ela fica com vergonha dessa situação. Vemos uma diferença significativa entre as gerações no que diz respeito à autoridade dos pais perante os filhos. Se Iolanda se comportava só com um olhar da mãe, o mesmo não ocorre na relação dela com Daniel: diferente de sua mãe, ela não consegue dominar o seu próprio filho. Ao contrário, parece ser ele quem "domina" os adultos, levando-os a desistir de alguns passeios ou sendo o foco das preocupações quando eles vão sair. Iolanda também descreve situações nas quais sente ter pouca autoridade com relação a seu filho mais velho, Marcos.

Há uma diferença de parâmetros da relação entre pais e filhos entre as gerações. Tal situação também surge no discurso de outras mulheres entrevistadas.

Sobre sua relação conjugal, Iolanda elogia muito o marido. Ela e José viviam como namorados.

Ele é um ótimo marido, sabe? Eu não tenho o que reclamar do meu marido, se ele pudesse ele me dava um castelo, entendeu? Assim, no sentido figurado. A gente vivia uma vida conjugal super legal, antes do Daniel nascer.

[E ele (José) entende essa questão de você ficar mais deprimida? Como é que ele lida com isso?] Ele me entende. Às vezes ele reclama: "Bem, eu te procuro, você não quer. Você me rejeita e eu fico pensando que você não gosta mais de mim." Eu falo: "Não é isso." Aí eu começo a chorar, eu explico pra ele que eu não quero estar assim. Mas ele é assim, ele me entende. Ele me entende muito. Nossa! Se não fosse ele, eu não sei como seria a minha vida, porque ele é tudo, sabe? Eu falo que ele é meu pai, meu amigo, meu irmão, meu esposo, meu companheiro. Ele é tudo! Ele é um ótimo marido, amoroso... Nossa, ele é super carinhoso, super! Aquele maridão assim: fez aniversário, coloca cartão, mensagem, dá presente. Natal, Dia das Mães ele me manda, me dá alguma coisinha, sabe? É assim.

A relação conjugal nossa era dez, sabe? Dez! Porque assim, era um relacionamento normal de um casal. E domingo o nosso dia era almoçar, eu arrumava a cozinha, a gente ia deitar, a gente ficava junto, tinha o nosso relacionamento normal. Eu era diferente. Eu procurava ele, eu queria. Aí, depois que o Daniel nasceu – isso foi depois que ele nasceu – eu fiquei diferente. Nossa, eu cheguei a ficar um mês dele me procurar e eu não querer. Ele já reclamou muito! Ele falou: "Bem, como é que vai ficar o nosso casamento, assim, igual dois amigos? Não é assim. Eu sinto vontade e desejo de ter você." Eu entendo ele, mas sabe aquela falta de vontade? Agora eu dei uma melhorada. [Fica fria?] Fria. Eu não era assim. Eu falo: "Não quero ser assim." Às vezes eu choro, falo pra ele: "Bem, eu não quero ser assim, eu não tô assim porque eu quero, entendeu? Eu não estou assim porque eu estou querendo ser assim. Eu quero voltar a ser o que eu era com você".

Iolanda descreve um casamento excelente com um marido que a completa em todos os aspectos. Todos os problemas do casal são depositados sobre a gravidez e consequente depressão que ocasionou uma redução de seu desejo sexual.

Daniel é colocado como bode expiatório do grupo familiar, sendo o culpado pelas transformações nas relações familiares estabelecidas até então. Ele tira as coisas dos lugares e representa a mudança tomada como algo indesejado: mudança do corpo de Iolanda, das relações familiares de filiação e de conjugalidade.

Essas mesmas transformações poderiam ser vistas também como decorrentes da passagem do tempo em um grupo familiar: o afastamento do filho que se torna adulto, a diminuição de um clima de namoro entre um casal que convive há vários anos, a transformação da sexualidade e do desejo na vida conjugal, o envelhecimento do corpo. Essas questões todas, depositadas na figura de Daniel, escamoteiam o enfrentamento de conflitos antigos como a passagem do tempo, transformação das relações e as separações/perdas necessárias.

Considerando a teoria do apoio e da relação das questões do sujeito com o metaenquadre sociocultural, compreendemos que esses conflitos se constituem de modo articulado a um contexto social mais amplo. Nesse sentido, as precariedades econômicas e sociais colaboram com os conflitos subjetivos e intersubjetivos. Em sua entrevista, Iolanda menciona diversas vezes a inconstância do trabalho de seu marido e as dificuldades financeiras vividas por sua família. Isso sempre a angustia muito.

O fato de José ser pintor autônomo e ter vários períodos sem trabalho, sempre a deixa extremamente insegura e preocupada. Há três anos, eles estão com dívida no banco. José fazia dívidas para comprar os itens básicos para a casa nos períodos em que estava sem trabalho. Além disso, houve outros episódios nos quais perderam dinheiro: um empréstimo de R$4.000,00 a um familiar que não foi pago até hoje e a venda de um carro em que o comprador deu cheques sem fundo.

> *A gente negociou com o banco, tudo, mas a gente ainda não conseguiu pagar as dívidas e isso me perturba demais! Sabe? Todo ano eu peço a Deus: "Eu quero entrar no novo ano, nem que for sem nenhum centavo na mão. Mas sem dever nada!" Dívida me deixa muito preocupada. Tudo me deixa meio preocupada. (...) A gente não está com essa dívida porque meu marido é caloteiro, porque eu sou caloteira, é porque foi uma fatalidade. (...) Outro dia veio o valor, se eu não me engano veio um valor bem alto, entendeu? Porque já passou três anos, então vai correndo juros, né? O banco não deixa... A minha vida vive em torno disso. Eu esqueço um pouco, falo: "Vou ficar tranquila." Meu marido fala: "Fica tranquila. Deixa comigo que eu resolvo isso daí." Mas aí depois eu começo a lembrar. Chega lá correspondência, eu abro e quando eu vejo, eu já fico... Sabe? (...) Agora meu marido está parado, aí eu fico preocupada, fico nervosa... Super preocupada.*

A dívida também tem um caráter moral e Iolanda se justifica, afirmando que não se trata de serem mal pagadores. Sem trabalho e renda própria, ela se vê impotente diante dessa situação. O enfrentamento e a resolução do problema cabem a seu marido. Ela fica em uma situação de minoridade na relação conjugal, vamos observar essa situação se repetir em outros momentos de sua entrevista.

Com relação ao fato de ter parado de trabalhar, Iolanda fica incomodada. Ela sente por não ter o próprio dinheiro para comprar as suas coisas, roupa, cremes. O dinheiro de seu trabalho não é visto como contribuição efetiva para as finanças da família.

> *[E te incomoda não trabalhar, hoje em dia?] Então, eu gostava muito de trabalhar porque eu sempre gostei de comprar as minhas coisas, assim, de ter o meu dinheiro. Todo o mês eu ia lá na loja, comprava uma roupinha. Porque mulher adora comprar uma roupinha diferente. [Ser vaidosa?] É. E cuidar também da minha pele, passar um creme. Eu não consigo ficar sem dar uma*

cuidada. Está certo que quando eu fico deprimida, depressiva, tem hora que eu acordo e nem olho pro espelho, amarro o meu cabelo, não quero... Mirna, eu já fiquei sem lavar o meu rosto o dia inteiro. É por causa da depressão, não é? [De desânimo. Sem vontade de nada.] Sem vontade de nada. Mas eu sempre gostei de ter minhas coisinhas, sempre gostei de ir na loja. Na época usava fazer muita roupa, então comprava pano, mandava a costureira fazer. Até meu filho falava: "Mãe, todo o mês você vai na costureira." Eu gostava! O meu dinheiro era só meu, o meu marido não me deixava ajudar em nada, assim, pagar conta, nada. Era meu. Ele falava: "Seu dinheiro..." Eu comprava roupa pra ele, comprava pro Marcos. As roupas dele eram todas eu que comprava, e pra mim. E às vezes ainda meu dinheiro não dava e ele dava uns troquinhos. Aí, quando eu larguei de trabalhar, eu fiquei muito mal. Eu fiquei um ano uma época, um ano sem comprar um nada, sabe? Só os meus xampus, os meus creminhos – um nada mesmo. Foi muito difícil. Um ano. Só que assim, meu marido sempre me dá um dinheirinho. Ele compra meus xampus, meus cremes de Avon. Mulher, né?

Segundo, Iolanda, o dinheiro que ela ganhava era "só dela", para suas "coisinhas". Seu marido é quem cuida das despesas domésticas e das questões com o banco, o lugar do público. A contribuição financeira de Iolanda tem um lugar menor, a compra de roupas para a família não é vista como ajuda nas despesas domésticas. Nas negociações da dívida do banco, nos conselhos ao filho mais velho sobre seus negócios, Iolanda ocupa um lugar de pouca autoridade. Há a reprodução do lugar tradicional da mulher com relação às finanças familiares, no qual ela fica numa posição mais dependente e infantilizada, e do feminino ligado à vaidade. Limitada ao espaço privado, à Iolanda resta a preocupação e a angústia.

Com relação à ajuda financeira em casa, apesar de ganhar mais do que seu pai, Marcos contribui apenas com a parte da cesta básica, cerca de R$70,00. Iolanda se incomoda com o fato de ele não guardar nada do dinheiro que ganha. Ela conta vários negócios atrapalhados que o filho fez com compra e venda de carros. Ele gasta com equipamentos e logo vende, perde dinheiro, teve intimações por conta dos negócios feitos com o carro. Marcos gasta muito dinheiro com roupas de marca, vitaminas e suplementos alimentares para o corpo. Em seu processo de diferenciação do grupo familiar, ele segue o caminho oposto de seus pais em vários aspectos.

Na questão dos relacionamentos, Iolanda se apegou muito à primeira namorada do filho. Ela chegou a ficar depressiva quando seu filho terminou o namoro com a garota. Iolanda achava que Marcos poderia ter se casado com essa namorada.

Eu me apeguei demais a ela. Eles namoraram três anos e meio. Foi a primeira namorada dele. Ele começou a namorar e era uma filha lá em casa, sabe? Deitava na cama junto comigo e meu marido, como se fosse uma filha, e eu via meu filho maltratar ela. Assim, ele é meio grosso, ele não é igual ao pai dele,

carinhoso e amoroso. Aí eu começava... Eu chorava de ver aquilo. "Você não pode fazer isso." E ele dizia: "Ah, não tem nada a ver, mãe!"

Observamos, como em outros momentos de sua entrevista, um movimento no qual Iolanda toma para si aquilo que é do outro. Identificada pelo sofrimento, ela não pode ver as pessoas sofrerem sem ficar mal. Há um traço de indiscriminação nos vínculos estabelecidos por Iolanda.

No que diz respeito aos amigos de Marcos, em alguns ela confia, pois os conhece desde pequenos, já outros não, são amigos novos que fumam e consomem bebidas alcoólicas. No discurso de Iolanda, assim como no de Maria, os amigos, as pessoas de fora da família surgem como uma possível ameaça no que diz respeito ao filho. Além das questões subjetivas e próprias da relação entre pais e filhos nesse período da fase de adolescência e jovem adulto, há de se considerar a real exposição a fatores de risco no que diz respeito ao uso de drogas e bebidas alcoólicas por parte dessa população.

A segunda namorada de Marcos engravidou acidentalmente, o que deixou Iolanda inicialmente triste, mas posteriormente muito feliz. Muito próximo ao momento do parto, a bebê acaba morrendo ainda no ventre da mãe. A família suspeita de erro do hospital. Iolanda ficou muito mal com isso, chorava o tempo todo e recorreu novamente ao antidepressivo.

Aí, sabe, desabou o mundo pra mim! (entrevistada chora). (...) Eu não me conformo até hoje! A gente no quarto, a enfermeira trouxe o bebê – perfeita, linda, cabeludinha, enroladinha, peladinha, assim, morta e... Nossa! Desabou o mundo na minha vida. O quartinho tudo arrumadinho com os moveizinhos, tudo os bichinhos, tudo decorado. A gente já sabia que ia ser menininha (...) Daí eu fiquei mal, mal mesmo! Aí eu tive que voltar na médica. Fui na médica, conversei com ela... Meu marido falou: "Bem, você está pior que todos. Nem a Cristina, que perdeu a filhinha, está tão ruim igual você."(...) Nossa, até hoje eu lembro, sabe? Poxa, eu tinha dois filhos homem. A primeira netinha! Ia ser uma menininha! Nossa, eu estava super feliz! Todo mundo perguntando: "Quando vai nascer sua netinha?" E eu espalhei pra cidade inteira que eu ia ser vó. Todo mundo que eu conversava, eu falava: "Ah, eu vou ser vó." Aí não... não foi, sabe? Meu filho: "Mãe, mas eu tenho 23 anos. Eu vou ainda ter um filho." / "Eu sei disso." Mas eu queria ela, entendeu? Ela já era da gente.

A neta, designada como o *seu bebê*, já havia sido totalmente incorporada imaginariamente por Iolanda. Ela se depara com a dolorosa impotência perante a morte do bebê. A cada nova situação de perda ou conflito, seu mundo desaba e ela fica muito mal. A ruptura com aquilo que foi idealizado, com a fantasia de completude, e o contato com a castração lançam Iolanda na depressão.

Ela nos conta que vive numa preocupação e ansiedade ininterruptas.

Eu tenho medo do meu marido ficar doente, medo de acontecer algum acidente com o meu filho. Eu vivo em torno de medo – medo de tudo. Ai, não sei, dá uma dor aqui, eu já penso besteira.

Iolanda descreve seus sentimentos quando está deprimida:

Eu sinto desânimo, uma tristeza, uma angústia, eu quero só ficar deitada, eu não fico porque eu não... Eu não tenho vontade de arrumar a minha casa, de fazer serviço. Eu fazia um pouco de crochê, eu dava aula de crochê, voluntária, e não dou mais, nem na minha casa e nem na igreja. E pouco eu faço também. Perdi a vontade. Mas, assim, eu faço. Tipo, crochê, esses dias eu estava até fazendo algumas coisinhas, mas a minha casa eu gosto que esteja nos trinques, porque se eu vejo uma bagunça, alguma coisa fora do lugar, é pior. Então eu gosto de ver tudo arrumadinho, entendeu?

O dia que eu estou ansiosa, muito deprimida, eu começo a sentir dor aqui, sabe? Dor nas costas. Me dói a cabeça. Eu tinha muita dor, muita! Parece um peso, que alguém colocou um peso.

Com relação a tratamentos, ela já começou e parou de tomar medicação psiquiátrica várias vezes.

Na verdade o tratamento psicológico eu já comecei várias vezes e parei o medicamento, eu mesma, porque eu não me conformo de ter que ficar tomando remédio. Porque eu me casei, sempre fui feliz e eu sempre fui uma pessoa... (...) Eu sou uma pessoa assim: brincalhona, palhaçona. Quando a gente se junta, eu sou a mais bagunceira. O povo até fala: "Você reclama do Daniel, mas ele é igualzinho a você! Você é bagunceira. Você reclama dele, mas você é igual a ele."

Tem hora que eu fico deprimida por causa dele (Daniel). Aí parei o tratamento, parei mesmo umas três vezes. Assim, tem o remédio lá e vou lá... Achei que fiquei meio ruim, vou lá e tomo – na época. Achei que melhorei, paro de tomar. [O que você está tomando?] Eu tomo duas fluoxetina de manhã e tomo Diazepan à noite, meio comprimido – 10mg. Então eu parava por conta própria, voltava por contra própria.

Iolanda toma o remédio quando acha que está ruim, e quando melhora, para. A medicação é utilizada numa tentativa de amortecimento do sofrimento, como uma espécie de analgésico. A necessidade do uso de medicação psicotrópica é algo que a contraria, como se fosse um símbolo da falha, da falta, da quebra da felicidade idealizada. Quando está bem, Iolanda se descreve como uma pessoa bastante alegre e expansiva, oposta aos momentos de depressão.

Ela diz que quando tem mais tempo para si, fica melhor. No entanto, esses momentos são poucos já que tem que cuidar da casa e do filho.

No que diz respeito aos cuidados com Daniel, Iolanda fala de muitas dúvidas. Apesar de ser o segundo filho, ela se sentia muito mais insegura do que com Marcos.

> *O Daniel eu amamentava. Eu saí do hospital, o pediatra falou pra mim: "Começa a dar mamadeira pra esse menino à noite senão você não vai ter sossego, porque esse menino é grande e ele é bem esperto, hein?". Só que eu comecei a amamentar e a outra pediatra falou: "Não. Você não pode dar água, não pode dar chá, não pode dar nada." Eu parecia mãe de primeira viagem, marinheiro de primeira viagem. Tudo o que a médica, a pediatra falava, eu fazia. "Não pode dar nada. Nada!" Eu comecei com três meses a dar papinha. Eu fui falar pra ela e ela falou: "Não, não pode porque vai prejudicar alguma coisa no cérebro da criança. Tem que ficar no peito." Eu falei: "Então tá, é só peito." A noite inteira, até ele dormir, até os seis meses. Ele dormia comigo! Acostumou a dormir com a gente – o berço do lado. Mamava a noite inteira, você acredita? Aí eu comia, eu tomava café com ele no peito. Eu comia com ele no peito, no almoço, na janta e ele não dormia, nem de dia e nem de noite, e não deixava eu com meu marido dormir. Ele não dormia, não. O soninho dele era de meia hora. Não podia ninguém dormir, ninguém abrir a porta dentro de casa que esse menino acordava. [E a médica falou que era pra amamentar quando quisesse?] Era pra dar de três em três horas, mas ele queria mamar direto. Eu não estava agüentando mais. Não estava agüentando. E a depressão, aquela época, parece que foi pós-parto... Terrível! Brigava com o meu marido. [Muito irritada?] Irritada. Eu não podia ouvir nem o choro do Daniel. Aí a médica falou: "Coloca esse menino na escola." Ele estava com dois anos e três meses. [Mas a médica depois falou pra tirar do peito? O que ela falou?] Com seis meses ela mandou tirar ele do peito e começar a dar papinha. E como que eu conseguia? Ele não pegava nem mamadeira! Nem mamadeira ele pegava. Ele ficava sem mamar, mas não pegava. Aí mãe, você sabe, né? Aí foi.*

Ela não amamentou o primeiro filho, pois não queria ficar com os seios flácidos. A maternidade surge em oposição à sexualidade, seja pelo fato de estragar o corpo desejável (seios flácidos, barriga, varizes), seja pelo fato de diminuir o desejo sexual. Já com Daniel, Iolanda queria amamenta-lo. No entanto, as conversas com os médicos são desencontradas, deixando-a muitas vezes confusa.

Iolanda conta um episódio com a médica pediatra de Daniel.

> *Eu tenho medo do futuro dos meus filhos. Tenho medo do futuro do Daniel, que ele é meio teimosinho, chatinho. Eu tenho medo porque o outro foi bonzinho e é um bom filho, não tem vício, nada. A pediatra me falou assim: "Você tem que dar um jeito no seu filho porque senão... O seu filho tem toda a possibilidade de crescer e ser um viciado em droga." [Ela falou isso?] Imagina como fica a cabeça de uma mãe!? Porque ele é teimoso. Eu falo com ele, ele teima. Eu falo de novo, ele teima. É tipo uma criança hiperativa. Se ele tivesse aqui, ele estava andando, falando e chamando a nossa atenção. Ele quer falar, ele quer cortar a conversa. Aí eu fico preocupada. Eu falo: "Meu Deus do céu!" Eu morro de medo do Daniel crescer e ser rebelde. Fico com esse medo.*

O discurso médico é representado como algo que a ameaça e aliena, se não amamentar ele poderá ter uma má formação cerebral, se não colocar limites ele poderá ser um “drogado”. Tudo isso vai aumentando a preocupação de Iolanda. O lugar do discurso técnico parece contribuir com a construção de “uma mãe insuficientemente boa”. As dificuldades da relação entre Daniel e os pais, vai ganhando o “diagnóstico” de hiperatividade.

A recomendação médica vira uma regra inflexível a ser seguida por Iolanda, sem olhar a situação na qual ela se encontra. No caso, com um quadro de depressão. Os limites da especialidade parecem focar apenas o bebê sem considerar as dificuldades da mãe. Iolanda já vive um grande conflito com relação à culpa pela rejeição que sente por seu filho. Nessa situação, a possibilidade do bebê ter problemas se não amamentado exclusivamente com leite materno casa com suas fantasias de morte e destruição. Nesse sentido, deixar de amamentar Daniel surge como algo extremamente difícil. A estratégia de persuasão pelo ato de incutir o medo, convencendo a população a seguir certas normas de conduta, é algo bastante comum nas instituições de Saúde. No caso de Iolanda, isso produz mais sofrimento num cotidiano cheio de ansiedades. Ela começa a viver em função do filho.

Irene

quando eu não estou me sentindo bem eu acho que eu vou morrer logo, sabe? Eu fico com isso. Essa sensação, assim. (chora)

Irene tem 29 anos, é branca, casada há dez anos. Começou a namorar o atual marido com 16 anos (foi seu primeiro namorado) e se casou com 19. Ela tem duas filhas, uma de nove anos e uma de quatro. Seu marido (Paulo) trabalha há 14 anos na área administrativa em uma cooperativa e acabou de concluir o curso de administração de empresas. A renda familiar mensal é de R$1800,00. Ela tem o segundo grau completo como técnica em contabilidade. Trabalhou como babá e faxineira. Há aproximadamente dois anos ela parou de trabalhar para cuidar da casa e das filhas.

Irene nasceu em uma pequena cidade no norte do Paraná. A família possuía um sítio onde tinha criações e plantações que eram comercializadas. Devido às dificuldades financeiras para manter a lavoura, seu pai mudou-se com a família para uma cidade no interior de São Paulo. Irene tem um irmão mais novo que mora com os pais e há seis anos sofre de síndrome do pânico, sendo atendido pelo psiquiatra do ambulatório de Saúde Mental.

Irene foi indicada para a entrevista pela psicóloga, por apresentar sintomas de depressão há algum tempo: desânimo constante, irritabilidade, choro frequente. Com relação a tratamento ela foi encaminhada a um grupo psicoterapêutico. Irene nunca tomou medicações psiquiátricas.

Ao ser indagada sobre as causas que a levaram a procurar ajuda psicológica, ela fala:

> *Ah, eu tava muito nervosa. Muito estressada, tipo assim, eu sempre fui muito nervosa, desde pequeninha eu me irritava por qualquer coisa. Se eu perdia alguma coisa e não encontrava, nossa, eu ficava assim, de pequena. Aí vai tendo os filhos, da primeira filha eu já percebi que eu, na época ninguém sabia desse negócio de depressão, né? Ninguém conhecia. Aí eu fiquei meio deprimida. Eu tive ela, não tinha paciência com ela. Eu ficava nervosa. Ela chorava e me irritava o choro. Aí o tempo foi passando. Aí depois de quatro anos eu tive a outra. Aí isso começou a me deixar mais irritada ainda. Às vezes eu pedia alguma*

coisa para o meu marido pra me ajudar e ele não colaborava. Então, me deixava mais nervosa ainda. Às vezes, elas pequenininhas: "Ah, olha pra mim que eu preciso fazer isso." Ele não queria, sabe? E com o passar do tempo foi piorando. Foi aí que eu procurei a Ana (psicóloga), né? Eu tava muito nervosa.

Irene identifica seu problema como um nervoso excessivo que vem desde a infância: as pequenas falhas deixavam-na muito irritada. Isto fica mais frequente com o casamento e a maternidade. O nome depressão, na época desconhecido, vem dar sentido e explicar o conjunto de reações que ela teve com a chegada da primeira filha. Irene aponta a questão de gênero que marca a divisão das tarefas familiares, essa configuração irá aparecer em diversos momentos de sua entrevista.

O excessivo ciúme do marido, suas brigas e falta de colaboração são citados como eventos que fazem ela ficar mal e muito nervosa.

Há um mês, Irene acha que piorou novamente: ela começou a sentir uma fraqueza constante, desânimo e excesso de sono. Ela associa isso ao fato de ter cuidado do bebê de quatro meses de uma vizinha que estava passando por uma depressão com tentativa de suicídio.

Ela (vizinha) tinha um bebezinho. Aí o bebezinho precisou ficar comigo. E menino, né? Sempre fui apaixonada por menino. Eu acho que mexeu muito comigo isso. [Você gostaria de ter tido um menino?] (começa a chorar) Aí ela melhorou um pouquinho e levou embora. Se eu escuto o choro dele, nossa, eu fico muito... Ele ficou, acho que quarenta dias em casa. Ficava de manhã, à tarde eles vinham buscar. E tipo assim, não era pra eu ter me apegado tanto, mas, assim, a tia não tem muitas condições para criar. Aí ela começou a falar pra mim, eu nem tava tanto com isso na cabeça. Ela começou a falar que a mãe não queria a criança. Se eu tivesse pedido um dia ela teria dado para mim. Isso começou a mexer com o meu psicológico, nossa! Foi muito forte para mim. Aí de repente volta, não deixa mais comigo, fica lá, sabe? Nossa! Faz um mal para mim... [Ele era bebezinho ainda?] Faz sete meses agora. Ele é muito esperto, sabe? Inteligente. Eu acho que eu me apeguei demais, nossa! [Você ficava o dia todo com ele?] Ficava. Teve um dia que ele pousou em casa, que a mãe tentou se matar. Ela tá com depressão também. E eu arrumava toda a roupinha, lavava, passava. Aí o dia que eu levei ele, nossa! Foi muito forte. [Aí você ficou mal depois, né? Ficou como se fosse seu filho por quarenta dias.] É. Uma sensação de perda, sabe? E eu comecei a me sentir assim... Quando eu não estou me sentindo bem eu acho que eu vou morrer logo, sabe? Eu fico com isso. Essa sensação, assim. (chora)

Irene se apega muito ao bebê da vizinha nesse tempo em que cuidou dele, isso lhe mobiliza antigos desejos. Ela sempre quis ter um filho homem e justifica isso pelo fato de ter ajudado a cuidar do irmão quando pequeno, enquanto sua mãe ia trabalhar na plantação, e também de vários primos. Nesses momentos, ela ocupava em sua fantasia o lugar da própria mãe, a identificação com a figura materna é marcante em sua história,

como veremos a seguir. As questões edípicas são revividas na cena atual. Irene diz que nunca havia passado por sua cabeça a possibilidade de ficar com o bebê da vizinha. O mecanismo de negação, que neste momento revela o desejo de ter para si o bebê da outra mulher, é bem frequente ao longo de sua entrevista.

Nas duas vezes que engravidou, ela tinha certeza que seria menino, tendo inclusive escolhido o nome.

> *Aí quando eu fiquei grávida, eu tinha certeza que era menino. Aí escolhi nome só de menino. Eu fui fazer ecografia e eu fiquei com aquilo na cabeça, que era menino. Aí nasceu menina. Na segunda a mesma coisa. [Você ficou meio decepcionada?] Não. Não fiquei. Eu me apaixonei pela minha filha a mesma coisa, mas eu acho que tipo assim, ficou, né? No meu psicológico, que eu tipo assim... Eu gosto... Eu, é... Aceitando ela. Acho que ficou isso. Eu vejo um menino e fico doida pra pegar no colo. Roupinha de menino, coisinha.*

Irene nega que tenha se decepcionado pelo fato de ter tido duas meninas, ela se atrapalha ao falar e deixa escapar um ar de resignação. A irritação com as filhas e aquilo que ela descreve como uma depressão após o nascimento da primeira filha podem estar associados em parte à frustração de não ter tido o seu filho homem. Se por um lado isso nos remete à equação bebê = falo, mais precisamente, bebê menino (que diferentemente de sua mãe, Irene não consegue ter); por outro, como veremos adiante, o bebê menina vem com a marca intergeracional do não ser desejável.

Como no discurso de outras mulheres entrevistadas, a representação de mãe socialmente aceita é aquela que ama incondicionalmente o filho, qualquer hesitação com relação a isso é ilegítima e deve ser reprimida sob o risco de gerar grande culpa.

Sobre sua família primária, Irene fala que seu pai sempre foi muito nervoso e agressivo.

> *Então, o meu pai sempre foi muito bravo pra mim. Tipo assim, ele, quando eu comprava alguma coisa. Ele comprava e depois se arrependia. Ficava xingando, ficava criticando alguma coisa que tivesse comprado [Tipo o quê?] Qualquer coisa, tipo assim. Uma roupa que ele tivesse comprado para nós. Mesmo que gostasse da outra, não podia ser tinha que ser daquela que ele achava que era. Então sempre foi assim, ele muito irritado, nervoso, sem paciência. Acho que eu puxei isso também. Sempre fui acostumada naquele ritmo, hoje em dia eu não tenho paciência também. Eu sou nervosa. [Ele brigava muito com os filhos?] Muito. Muito! [Chegava a bater?] Batia! Batia mesmo. Batia. Não tinha paciência nenhuma.*

Irene caracteriza seu pai como uma figura ameaçadora, uma pessoa bastante autoritária na família. Suas críticas duras e constantes contribuem com a colocação dos filhos num lugar de desqualificação. Ela descreve cenas nas quais a vontade e o ritmo

do outro prevalecem, violando o seu próprio espaço psíquico e gerando a vivência de opressão. Com relação à irritação e nervoso, ela acha que herdou essas características do pai e reproduz isso com as filhas.

A mãe de Irene passou muitas dificuldades com relação à postura do marido, ele não gostava de comprar roupa para a família e ela tinha que depender da doação de pessoas próximas para vestir os filhos. O pai de Irene também é caracterizado como um homem extremamente ciumento e possessivo, provocando grande sofrimento à esposa.

> *Ela fala que desde que ela casou, ele era muito ciumento. Se saísse para algum lugar, chegava de carro, voava com o carro, de ciúme porque achava que a minha mãe tinha olhado para alguém. (...) [Ele agredia a sua mãe?] Não. Não chegava a agredir a minha mãe. Mais com palavras, né? Palavra que humilhava mais do que se tivesse batido. (...) Eu sempre vi a minha mãe pelos cantos chorando. Deprimida quando ela era mais mocinha. Quando você é pequena, você não entende muito. Mas eu sempre via ela chorando pelos cantos por causa dele.*

Desde pequena, Irene vê a tristeza de sua mãe com relação ao casamento. Ela se mostrava bastante submissa aos destemperos do marido. A relação marcada pela dominância do homem sobre a mulher/objeto a ser controlado e os filhos está posta na família primária de Irene e vai se reproduzir em sua relação com o marido. O ciúme dos homens apresenta traços de intensa persecutoriedade[12].

O desgosto dela com relação ao ciúme do marido era tanto que ela desejou que Irene não nascesse.

> *A minha mãe fala que a gravidez inteira, quando ela ficou grávida de mim, ela às vezes preferia a morte, preferia que eu não nascesse, porque ela passava muito nervoso com ele. E acho que ela passou tudo isso pra mim.*

A agressividade da mãe ao invés de se voltar contra o esposo recai sobre si e sobre a filha. Há no enredo familiar de Irene um desejo de morte, de não existência que marca a relação inicial entre mãe e filha. O investimento narcísico necessário sobre a criança fica comprometido, diante de uma figura paterna invasiva que inflige sofrimento. Irene é nesse momento uma filha não desejada, esse lugar no roteiro fantasmático familiar, vai marcar outras passagens em sua vida.

Retomando a situação em que Irene cuida do bebê da vizinha, podemos pensar que ela recoloca em cena elementos que remetem a questões delicadas para Irene: a mãe que deseja a morte de si e da criança. Neste momento, na fantasia de aniquilamento que

[12] Ao descrever os sintomas do irmão que tem síndrome do pânico, Irene também fala de um sentimento de persecutoriedade constante e traços obsessivos.

povoa sua origem, ela pode ocupar o lugar de quem cuida e salva a criança da mãe "suicida". Identificada nessa cena tão primitiva em sua vida, Irene fica mal e acha que vai morrer logo. Nesse momento surgem novamente as fantasias de morte vividas na relação inicial com sua mãe. Ao ser indagada sobre esses pensamentos, ela diz que procura não se deter neles.

No meio do conflito entre os pais, não lhe sobre muito espaço de expressão e de segurança. Ela menciona várias vezes o gesto de descontrole do pai que corria muito com o carro quando em suas crises de ciúme, colocando em risco a segurança da própria família por conta de seus conflitos. A rejeição da mãe e a agressividade de seu pai abrem em Irene uma ferida narcísica que subjaz a seus momentos de irritação.

Podemos analisar o "nervoso" (elemento constante nos vínculos familiares de Irene) como um certo prejuízo das funções do pré-consciente de simbolização. Aí as relações familiares não podem ser pensadas: Irene afirma em vários momentos que procura não ficar pensando em seus problemas, pois isso lhe gera sofrimento.

> *Sempre fui nervosa. Nossa, minha mãe disse que tinha uma época que se eu não conseguisse fazer a lição de escola, eu arrancava os meus cabelos, sabe? Então, eu sempre fui. Acho que desde a gestação dela. Ela passava muito nervoso. Ela ficava tão nervosa que eu acho que ela falava que não queria. Acho que eu senti tudo aquilo lá. Rejeição, assim.*

Vamos percebendo que o "nervoso" de Irene vai se construindo inicialmente, dentro da configuração das relações familiares de seu grupo primário, é algo que foi transmitido por seus pais: puxou a irritabilidade do pai, sentiu-se rejeitada pela mãe antes de nascer.

Do mesmo modo com ela viveu essa rejeição por parte da mãe, assim ela transfere esse conflito a suas gestações, nas quais o fato de gerar uma menina também é algo indesejado.

A partir da dinâmica familiar apresentada por Irene, podemos supor que há uma insuficiência de espaços transicionais confiáveis em sua infância. Os poucos momentos de sua entrevista em que ela demonstra alguma vivacidade referem-se ao trabalho na terra (do qual ela fala com gosto) e pelo cuidado com o irmão mais novo.

> *Eu queria sair dali (da casa onde mora atualmente) pra ter um quintal, plantar uma verdura, porque eu gosto dessas coisas. Porque lá no sítio a gente tinha de tudo. Graças a Deus. [E você ajudava a plantar?] Ah, eu gostava. Eu desde os cinco anos estava com a enxada na mão. Sempre trabalhei. [E depois vocês vendiam.] É, então. Algodão a gente vendia, milho, plantava trigo também. Tudo vendia. Tudo vendia. Agora verdura era para nós mesmos. Criava porco, galinha, vaca. Meu pai matava duas vezes por ano um boi. Então, graças a Deus, era*

fartura. (...) Eu gosto, sempre falo, sonho em mexer com terra. E ali (casa onde mora) não tem espaço para nada. E eu gosto de espaço para eu plantar uma verdura. Você sentir prazer em comer uma coisa que você plantou. É tão gostoso mexer. [E não tem um quintal, né?] Então, tem uma coisa lá, um pedregulho. Não dá para mexer. Nem planta, essas coisas. Não tem terra boa. É gostoso ficar mexendo com planta.

Irene também se descreve como uma pessoa bastante contida, caracterizando-se como extremamente tímida, principalmente na infância e adolescência.

[Você tinha amigos no Paraná?] Lá eu tinha, no sítio. As meninas do sítio. O pessoal do sítio lá. Tinha umas duas e só também. E essas duas mesmo não gostavam de ficar comigo. Sempre fui assim. Era tímida, sabe? Vergonhosa. Então, elas não gostavam de sair comigo. Às vezes até ia comigo de carona, né? Aí chegava na cidade, ficava elas duas e eu ficava só. Mas tinha umas meninas lá, tadinhas, uma vizinhas nossas, umas meninas mais simples, elas ficavam junto comigo. Até hoje quando a gente vai lá a gente tem amizade. Mas dizer que eu tinha amiga assim, não acontecia. [Você era mais tímida?] Sempre fui tímida. Tinha vergonha de conversar.

Na escola ela também passou por dificuldades por conta de sua timidez:

Eu ia bem na escola, mas quando era para apresentar algum trabalho, gente do céu! Eu chegava a chorar. Se botava um círculo lá e falava: "Agora cada um." Eu tinha aula acho que de psicologia, psicologia da educação. Eu fazia magistério. Quando chegava na hora lá, quando eu olhava na apostila me dava um branco. Sabe quando dá um nó que não sai nada? Eu nunca conseguia apresentar um trabalho. Se fazia um teatro, uma apresentação no ginásio de esportes, sempre tinha as minhas falhas. Depois eles ficavam vendo no vídeo (ri) e falando o que eu tinha feito de errado: "Ó lá, ó. Fez errado." Eu sempre fui assim, nunca conseguia fazer nada certo, sabe? E trabalho de grupo, ninguém queria fazer comigo por causa disso, porque sabia que eu ia ser só um estorvo lá. Porque eu não ia conseguir adaptar o... Apresentar alguma coisa. Eles apresentavam e eu só tremia, porque eu não conseguia. Eu não conseguia apresentar nada. Falar em público. Eu nunca consegui fazer isso. [Dava muita vergonha?] Nossa!! Muito! Ficava muito nervosa. Muito nervosa. Não conseguia nada. Dava um nó, chorava e não saía nada. Sabe quando você não consegue falar? Nada. Nem uma palavrinha. Não sai. Então, eu sempre fui assim na escola. Então, hoje eu fico com isso também. Às vezes, você tem medo de expressar, por alguma coisa e não conseguir falar. Eu não gosto assim, de me expressar muito, né? Porque vem disso, desde pequena. Muita dificuldade que você passa.

Eu era totalmente discriminada na escola. Fazer trabalho, ninguém queria fazer comigo. A professora falava assim: "Ah, vai com eles ali." E o grupo fazia assim, ó (faz cara feia). Porque eu sobrava. Ia jogar alguma coisa na aula de educação física, eu era péssima em tudo. Aí as meninas iam escolher e eu ficava sentadinha, ninguém me escolhia. Daí o professor falava: "Ah, vai com elas ali." E as meninas (faz cara feia). Porque sabia que eu não ia ajudar em nada, né? Então, eu sempre fui assim na escola.

Na fala de Irene, observamos um forte movimento de desqualificação de si: ela não sabe fazer as coisas direito, é um estorvo, é péssima em tudo. Seu lugar de indesejada com relação às figuras parentais é transferido na relação com seus colegas. O grupo se constitui como uma cena de sedução multilateral e polimorfa (Kaës, 1997). Para Irene, a situação grupal na qual ela precisa se expor é algo extremamente ansiógeno.

Segundo Kaës (1997), há uma diferença entre os contratos narcísicos que se dão no grupo primário e nos grupos secundários. No caso do grupo primário este se dá por meio dos investimentos do narcisismo primários, dos enunciados de palavras e mitos, dos roteiros de lugares e figuras identificatórias. No caso dos grupos secundários, os contratos narcísicos se dão em continuidade, complementaridade ou oposição com o grupo primário. Aí é recolocado em questão, de modo mais ou menos conflituoso, o submetimento narcísico às exigências do conjunto intersubjetivo (Kaës, 1997).

No caso de Irene, a participação nos grupos secundários, recoloca os conflitos vividos no contrato narcísico primário. Expressar-se em seu núcleo familiar, contrariando a posição do pai ou chamando a atenção de possíveis admiradores e concorrentes (como no caso de sua mãe), é algo ameaçado de retaliação. Irene torna-se assim uma pessoa "vergonhosa" e também desqualificada (só "as coitadinhas", pessoas muito simples a aceitavam como amiga).

A violência do vínculo operado pelo ciúme excessivo do pai de Irene aponta falhas do funcionamento do pré-consciente, gerando uma situação de não pensamento no vínculo conjugal e familiar. Sem ser pensada ou elaborada, a problemática do ciúme é transmitida para Irene, sendo repetida agora em casamento. Em sua eleição amorosa, ela se casa com um homem tão ciumento quanto seu pai. Há nessa situação uma identificação entre Irene e sua mãe. Em seu conflito edípico, ela imaginariamente ocupa o lugar de sua mãe na relação conjugal.

> *E o pior que tipo assim, isso (ciúme) passou para mim, porque o meu marido é muito ciumento. Passou tudinho para mim. Parece que aquele filme passa tudo na minha cabeça de novo. [É como se fosse repetido.] Isso. Tudo repetido. Às vezes a reação dele, eu vejo o meu pai. A forma que ele reage, sabe? Eu falo pra ele: "Ó, esse filme passa todo na minha cabeça" Parece que eu volto de novo a quando eu era pequena. Volta tudo de novo. [O que ele faz?] Ah, ciúme né? Agora que melhorou um pouquinho mais, mas se a gente saísse em algum lugar, ele já achava que estava olhando. "Ah, você conhece aquela pessoa? Com a camiseta tal?" "Eu nem vi quem que era." "Aquele lá. Você estava olhando pra ele." Eu falava: "Eu não conheço. Eu não tenho a mínima ideia de quem seja.". E ele*

tinha certeza de que eu conhecia. Eu saía, tipo assim, se eu olhasse para os lados, ele achava que eu estava olhando alguém, estava pagando pau, tava olhando, encarando. Nossa! Era horrível. Agora ele melhorou mais, há alguns meses, de um ano para cá. Mas é muito sofrimento. Às vezes, ele não falava nada. Só que chegava em casa, ele com aquela cara feia. Começava a me xingar, me humilhava, sabe? Nossa. Eu só chorava, vivia direto chorando. Final de ano era só tristeza, sabe? Ele sempre fazia alguma coisa. Estava tudo bem, a gente chegava em casa, ele de cara feia e eu não sabia por qual motivo.

Eu fico com muito receio de sair com ele. Porque a reação dele na hora de ele voltar. Porque ele vem com o carro, que nem o meu pai. Vem voando com o carro porque está nervoso, vem assim. E a menina com nove anos percebe, né? Ela me vê triste, nervosa. Ela fala: "Ah, eu não quero que a senhora e o pai fique brigando." Ela sabe, né? Criança, nossa. Aí eu fico, isso é ruim. [É briga mais verbal ou chega a agredir fisicamente?] Não. Não chega a agredir, mas eu procuro o máximo manter a calma por causa das meninas. Nunca fiz nada de escândalo que alguém ouvisse. Todos esses anos, sempre escondi, até dos pais dele que achavam que ele era um santo, que ele nunca brigava. (...) No ano novo eu estava tão mal. Sabe? Com medo desse jeito. Por mim eu nem iria na casa do meu sogro. É do lado a casa. Eu nem ia lá de tão mal que eu tava com ele. De cara feia comigo, emburrado, sem mais nem menos. Já vira na cabeça dele as coisas e ele já começa a ficar com raiva de mim. Aí na hora da virada, todo mundo contente vendo os fogos e eu chorando. Você imagina, né? Perto da família. Porque eu já estava com aquilo entalado, estava passando mal. [E porque você acha que ele faz isso?] Não sei. Medo de perder. Inseguro. Alguma coisa assim. Porque eu nunca fiz nada de errado. Uma pessoa que trai o outro, não vai ter confiança mais. Trair, sair com outra pessoa. Mas, cara! Nunca fiz nada de errado. Só namorei ele, todos esses anos estou com ele, sempre levando na cabeça. Sempre fico dentro de casa, não saio. Semana inteira dentro de casa. Busco a menina na escola. Busco sempre quando ele chega, já estar com a janta pronta. Tenho o maior cuidado para ver se ele... Para não reclamar, sabe? Para não dar motivo para ele reclamar. "Ah, você está em casa, você não faz isso, não faz aquilo." Sabe? Então, eu procuro fazer certinho as minhas coisas. Mas esse negócio é complicado. Às vezes, você se sente desvalorizada. Porque você faz tudo para deixar tudo arrumadinho e ele... Sei lá. Ainda fica com essas coisas na cabeça.

Acho que eu tenho muita paciência. Eu sou muito irritada, nervosa, mas por esse lado eu tenho muita paciência. Porque se fosse outra, se não fosse por amor mesmo, acho que já tinha largado faz tempo. No primeiro mês de casados! Porque nossa! O que eu passei na primeira semana de casados. [Como é que foi?] Ciúme. Tinha ciúme do irmão que era casado também, disse que eu ficava paquerando. Não podia conversar. Não podia dar risada. Se desse risada já estava... "Que lá eu sorrio. Em casa eu não dou risada, nada." Fica aquele clima chato. Sempre foi assim.

Irene relata a vivência de uma grande opressão por parte do marido, perante a qual ela permanece submetida. O ciúme excessivo de Paulo mantém Irene em uma

grande restrição de sua circulação social: ela passa o tempo todo confinada em casa, cuidando dos afazeres domésticos.

Nessa relação, ela novamente se encontra no lugar de quem não faz coisa alguma certa, de quem não pode se expressar mais livremente. Aí ela "volta a ser pequena" e desamparada, revivendo as cenas de violência de sua infância.

Observamos no caso de Irene aquilo que Kaës qualifica como uma *transmissão-repetição* traumática, na medida em que "não transformada, consagra-se à repetição do mesmo através das gerações ou entre contemporâneos" (Kaës, 2005a, p.136). Tal repetição se dá a partir dos objetos psíquicos não elaborados pela geração precedente através da função simbólica do pré-consciente. Diante da raiva e das agressões do marido, Irene reprime sua própria hostilidade contra ele. Nesse contexto, se repete o par opressor/oprimido, como no casal parental, no qual a criança é novamente testemunha.

Além da questão do ciúme, Irene queixa-se de que o marido não a ajuda nas coisas que ela solicita (consertos de itens domésticos, cuidar das filhas), não reconhece seu trabalho e nem escuta suas opiniões sobre os projetos para a família.

> *[Lá (no Paraná) tinha plantação?] É. Plantava algodão, a gente plantava milho, plantava amendoim, tudo. Eu não me esqueço, porque eu sou apaixonada por sítio. Eu gosto demais. Eu queria... Eu tô naquela casa que a gente mora. Eu tenho dois cômodos em casa em baixo, tem a casa em cima. Meu marido fez a garagem agora. Mas eu não gosto dali. Eu falo pra ele que eu tenho pânico de altura, sabe? Eu não gosto. [Você gosta de quintal.] É. É. De mato, terra. E se está muito alta a casa eu já... Se der um vento, você não sabe o desespero que eu fico. Sempre tive medo desde pequena de temporal, de chuva. E ele vai erguendo aquilo, vai erguendo. Tudo o que eu falo pra ele. Tipo assim: "Ah, não vamos investir aqui pra gente juntar dinheiro pra comprar um terreno, financiar, sei lá, alguma coisa." Não, ele vai erguendo, sabe? Tudo o que eu falo que não concordo, ele vai lá e faz, sabe? O que dá na cabeça dele, ele vai lá e faz. Eu não concordo com as coisas, mas ele vai lá e faz. Ai, isso me irrita, me deixa nervosa. Eu fico quieta, não falo nada. [Vocês não chegam a um acordo?] Não. [Ele faz da cabeça dele.] É. Eu falo: "A gente não vai fazer." Ele até fala: "Ah, tá." Aí quando vai perceber ele já comprou todo o material e já ergueu. É assim. Eu falo: "Mas a gente tem que ter um acordo, a gente é um casal." Eu falo para ele isso aí. Se fala que o casamento é os dois juntos. Se um não concordar, então a gente não vai fazer isso agora. Vamos guardar dinheiro pra isso. Mas ele não.*

Irene mantém um lugar de grande subordinação com relação a Paulo. Ela não tem participação e nem voz ativa nas decisões que são tomadas pelo marido e consequentemente nos projetos familiares. As manifestações de incômodo ou qualquer coisa que possa deixar o marido nervoso são evitadas. Observamos no casal a reprodução de uma configuração social tradicional na qual a mulher tem um lugar de

minoridade e menos valia, mantendo uma posição passiva. À mulher cabe zelar pela paz e harmonia familiar: ao invés de confrontar o marido, Irene guarda para si sua raiva num esforço para "colocar panos quentes" sobre a situação, evitando "escândalos".

Como mencionado acima, no discurso de Irene, a irritação (nervoso) vem muito associada a situações de contrariedade e frustração. Observamos em sua vida uma restrição da possibilidade de sublimação e de prazer, através dos quais ela poderia encontrar outras vias de realização pulsional. Se em sua casa falta espaço físico para ela poder plantar suas verduras, em seu grupo familiar os limites do espaço psíquico subjetivo são constantemente ameaçados e invadidos: o ciúme provoca a colagem dos sujeitos, não permitindo a discriminação eu/outro.

A relação de dependência e subordinação ao marido se dá também na questão financeira. Irene trabalhava como faxineira, mas por conta das circunstâncias em que se encontrava acabou largando o serviço fora de casa.

> *Aí foi mais faxina nas casas. Aí eu trabalhei quase que dois anos na Casa dos Bordados. Aí depois que a minha menina não era mais tão pequena eu voltei um tempo. Depois eu fiquei com dó de deixar ela, não tinha quem levasse para a escola. Aí ficava aquela complicação. Eu sei que eu voltei a trabalhar duas vezes com eles. [Mas essa coisa de parar de trabalhar foi uma escolha sua.] Porque eu gosto de ter as minhas coisas organizadas. Não gosto de roupa suja acumulada, as coisas muito bagunçadas. Eu gosto das minhas filhas bem limpinhas, bem arrumadinhas. Eu gosto de deixar as coisas em ordem. Para levar na escola não tinha quem, eu ficava preocupada. Com quem que ela vai vir da escola? Então eu já não ia trabalhar sossegada. Meu marido falou: "Melhor que você cuide dela porque não vai ter quem leve, quem busque ela." [E ele não achava ruim que você trabalhasse fora?] Não. [Com relação a isso ele não tinha ciúmes?] Não. Às vezes, se chegasse dois minutos. Que a loja da Marília (onde trabalhava) era subindo ali. Aí a Marília me trazia. Se tirasse cinco minutos ele estava de cara feia comigo. [Se atrasasse?] É. Até a Marília fechar lá. Nossa ele chegava: "Olha, cinco minutos atrasada" Aí também vai chateando a gente. Imagina, toda vez falar que você está um minuto, dois minutos atrasada. Por fim eu falei: "Ah, acho que é melhor eu ficar em casa com as meninas mesmo." E a minha casa também como é porão, ficava fechada o dia todo. Tudo embolorando, as roupas estragando, chegava de noite, tinha que abrir as janelas, aquele cheiro de bolor. Aí eu falei: "Ah, não. Vou cuidar das minhas coisas, das minhas filhas."*

Como no caso de outras mulheres entrevistadas, é dada uma grande importância aos cuidados e arrumação da casa. O universo doméstico tem a prioridade de investimentos por parte de Irene. Num primeiro momento, ela nega que Paulo tivesse ciúme do fato dela trabalhar fora, no entanto, logo a seguir ela relata que ele controlava demasiadamente seus horários. Repete-se com a entrevistadora, o movimento de tentativa de minimizar a situação de conflito vivida no casal.

Com relação às economias domésticas, é o marido quem sustenta a casa. Segundo Irene, ele não lhe dá dinheiro algum. Quando é necessário fazer compras, Paulo sai com ela e as filhas. Ela diz que não tem coragem de pedir dinheiro, que nunca em sua vida fez isso, nem para os pais. Irene se vira com a limpeza que realiza nos finais de semana na casa da mãe, de onde tira R$30,00 por faxina.

A raiva e agressividade de Irene além de se voltarem contra si mesma, se manifestam em grande parte com as filhas.

> *[E como é com as suas filhas?] Ah, é bem, mas de vez em quando eu dou uns tapas. Eu não tenho paciência, né? Tipo, você acaba de falar pra ela. Você fala uma coisa. Ela não faz. Aí você repete de novo, ela não faz de novo. [A mais velha?] A mais velha. Ultimamente as duas. Porque acho que vê que a outra não faz e aí ela não quer fazer. Aí eu já dei uns tapas nela. Tipo assim, nossa. Eu procuro... Eu converso, ajudo a fazer a lição de casa. Graças a Deus, nunca teve problema na escola.*
>
> *Mas tipo assim, às vezes eu sinto que eu não consigo amar (as filhas), sabe? Aquelas coisas de ficar abraçando, beijando. Às vezes, elas começam com muita pegação e isso me irrita, sabe? Não sei por quê. Às vezes, eu me sinto mal por isso. Tipo, na hora do nervoso eu dou um tapa. Depois isso me machuca tanto. Nossa! Eu não vi o que eu fiz. Às vezes eu não penso. Depois fico pensando. Na hora que eu vi, já fiz. Nossa! Mas faz mal pra mim.*

Irene passa o dia todo com as filhas em casa, ocupada nos afazeres domésticos. Há uma agressividade reprimida que explode em alguns momentos de frustração. Em seu grupo familiar, a agressividade se volta sobre as mulheres e aqueles que são mais fracos: sua mãe, ela, suas filhas.

Há uma identificação mãe/filha que se sustenta ao longo das gerações. Sua filha também é tímida como ela foi na infância e adolescência.

> *[Elas vão bem?] É só uma que vai na escola. A outra não vai. Mas vai super bem, a professora elogia ela, que ela é super educada. Graças a Deus. Sai comigo, não dá trabalho, não é menina bagunceira, não mexe nas coisas. Sempre foi. O problema dela é assim, você fala as coisas pra ela e ela não. Fala pra fazer as coisas. Ela sabe que é para fazer certo, mas ela não faz. Até acho que às vezes o psicológico dela dá, sabe? Eu até pensei em passar com o psicólogo, uma coisa assim. Na escola, ela é muito tímida. Pior que eu era desse jeito e você sofre muito com isso. Nossa. O que eu sofri. (...) E eu não quero que isso aconteça com ela. Daí eu sento, converso com ela. Falo: "Faça amizade com os coleguinhas." Que o menininho que é vizinho ela conhece. Eu falo: "Converse, vai na hora do intervalo, faça amizade. Não fique que nem a mãe que isso aí você sofre. Faz mal pra gente isso aí.*

Irene demonstra um pouco mais de ânimo e alegria quando fala da inteligência das filhas.

Ela (filha mais velha) vai bem na escola. Ela lê super bem já. A letra dela é bonitinha. Ela é inteligente. Gosta de ler. Ela é super inteligente. Desenha bem. As duas, a pequeninha também. Se você visse cada desenho que ela faz, a de quatro anos. Você fica impressionado com os desenhos dela. Ela é super inteligente.

Podemos levantar a hipótese de que a inteligência das filhas é a possibilidade de elas conseguirem conquistar aquilo que Irene não conseguiu em matéria de realização a partir dos estudos. Irene completou o ensino técnico em contabilidade, mas nunca chegou a trabalhar com isso. Ela também chegou a tentar trabalhar como vendedora em uma loja, mas não gostava de tratar com o público, tinha vergonha.

Suas filhas também brigam constantemente entre si. O registro do nervoso é algo comum: assim como ela era nervosa quando criança, sua filha também o é.

[E você fica o dia inteiro com ela (filha) em casa.] Com as duas. É um brigueiro. Nossa! Você não tem ideia o quanto elas brigam. [Por quê?] Uma concorre com a outra com as coisas. Uma vai pegar, a outra vai também. Nossa. É um brigueiro. Briga o tempo todo as duas. A outra vai lavar a louça a outra fica que quer lavar louça. Agora, hoje não, tava concordando, tava lá brincando de boneca. Mas às vezes, uma quer lavar, a outra quer lavar também. Fica brigando, não concorda. Não quer secar, uma lavar e outra secar, não, as duas querem lavar. Eu falei, a outra maiorzinha devia entender. Não você pega e fala assim: "Então, deixa ela lavar que você vai secando." Ela já não concorda, já fica nervosa, já sai nervosa, brava, batendo as coisas. Toda nervosa. [E isso vai dando nervoso em você?] Eu fico nervosa.

Ela também se queixa de sua sogra que é uma pessoa bastante invasiva.

Desde quando as meninas eram pequenas. Ela (sogra) me irritava. Era um chorinho de nada e ia ela lá. Ficava xingando a gente, sabe? Acho que isso foi acumulando.

Às vezes, com a minha sogra. Eu não sei se é coisa minha, porque ela fica muito no pé, qualquer coisinha. Se ela escuta um barulhinho em casa ela começa. "Nossa, o que foi?" Se eu quebro um prato ela quer saber o que eu quebrei. Se eu dou risada quando eu estou conversando com o meu marido, ela quer saber do que eu dei risada. Ah, eu tô conversando com ele, sabe? Tudo ela quer saber. [É vizinha de parede?] É. E às vezes eu tô fazendo as minhas coisas e ela está sondando lá em cima com a cabeça assim (por cima do muro), sabe? Ai, é horrível isso aí! Às vezes, você não tá muito bem, aí é aquela pressão. Ela fica cobrando. Às vezes eu acabo de chegar de algum lugar ela pergunta se eu recolhi a roupa. Eu tô abrindo o portão! Nem cheguei ainda, sabe? [Ela fica fiscalizando você?] Fica. Muito. Demais! Às vezes eu até evito de conversar muito com ela porque ela pergunta muito, sabe?

Irene, como outras mulheres entrevistadas, vai descrevendo um circuito fechado que carece espaços de abertura a outras realidades além daquela do grupo familiar. Em sua história também não observamos outras figuras de identificação além

da relação pais e filhos. Ela quase não tinha amigas e começou namorar na adolescência, logo se casando.

Nesse cotidiano, ela não pode manifestar de um modo legítimo seus desejos e suas necessidades. Conforme mencionando anteriormente, observamos que Irene nega constantemente seus sentimentos de frustração:

> *[E ele reconhece as coisas que você faz em casa?] Nunca reconheceu de ficar falando: "Ah, que bom, você fez isso." [Ele te elogia em alguma coisa?] Não. É muito difícil elogiar. Mas eu nem ligo para isso mais. Eu me importo de estar bem, que eu sei que eu fiz, que eu tô me esforçando ao máximo. Porque eu não posso ficar muito focada que ele dê valor nas coisas que eu faço, né? O importante é que eu tô fazendo, que eu tenho o meu valor. Se eu ficar muito focada nisso eu fico mais nervosa ainda: poxa eu fiz isso e ele não falou nada, fiz isso e ele não falou.*
>
> *Tem que saber como ficar (nos lugares fora de casa). Às vezes eu até dou risada assim e ele fala: "Ah, nesse lugar você sorri, aqui não." Tem que saber maneirar. [Você acha que isso vai te deixando triste, vai te oprimindo?] Sabe que eu acho que até me acostumei com isso? É que são tanto anos. Dez anos não é um dia, né? É bastante tempo. Tipo assim, eu me acostumei. Às vezes, eu procuro esquecer, né? Porque eu não posso muito ficar lembrando coisa que já passou. É o momento lá, né? Se ele tá bem, se eu vejo que ele não tá pensando essas coisas, falando, né?*
>
> *[E você tinha ou tem vontade de continuar estudando?] Não tenho vontade nenhuma. Eu sempre sonhava, sabe? Ah, eu quero fazer psicologia na faculdade. Mas isso eu não tenho mais ambição, sabe por quê? Porque você tem que ter um tempo para dedicar e eu tô muito família ainda. Muito com criança. E aí eu acho que ter tempo pra estudar. Eu acho que eu não vou ter tempo pra isso. Eu queria que fosse uma coisa que eu me dedicaria mesmo àquilo. Me dedicar bastante. Aí isso já saiu da minha cabeça.*

Irene nega o desejo de ser reconhecida e valorizada pelo marido, de continuar estudando. Ela busca se conformar com a situação em que vive, se esforçando para esquecer ou não pensar sobre as coisas que lhe incomodam. Esse processo de repressão se associa à formação dos sintomas de irritabilidade (atuada sobre as filhas), desânimo, sentimento de desvalia.

Quando procurou ajuda psicológica no PSF, ela ficava pensando muito nas brigas do marido e na falta de reconhecimento por parte deste. Remoer essas ideias lhe fazia muito mal. Irene avalia que o grupo psicoterapêutico de mulheres ajudou-a a aprender a não se importar tanto com essas coisas.

> *[E no que você achava que o grupo (psicoterapêutico) ajudou?] Então, eu ficava muito preocupada querendo que ele desse valor nas coisas "Que bom, você fez isso." e hoje em dia eu não ligo mais para isso, sabe? Foi isso que me ajudou.*

Ficava fazendo mal para mim. Às vezes eu ficava querendo que ele falasse alguma coisa e ele não falava.

Hoje em dia tem coisas que eu peço e ele não faz. Daí eu nem peço, vejo lá, vou lá e faço. São coisas que me ajudou. Porque eu ficava com aquilo, ficava me machucando mesmo. Eu ficava cobrando, cobrando, nervosa. E chegava um ponto que não adiantava nada, ele não ia fazer. Então, isso aí me ajudou bastante também. Muita coisinha assim, de orientação que ela deu.

Ela diz que lá teve orientações e aprendeu a lidar melhor com algumas situações como as descritas acima, de não ficar esperando pelo reconhecimento do marido, ou tomar a frente em coisas que ela antes pedia ajuda e não recebia. Se por um lado, Irene aparenta estar mais independente do marido em algumas demandas, por outro, não observamos uma reflexão ou elaboração sobre sua situação conjugal.

Com relação ao grupo psicoterapêutico, Irene chegou a frequentá-lo durante dois meses. Após esse período, ela alega que estava um pouco melhor e, como não tinha com quem deixar a filha mais nova, acabou deixando de ir.

Após algum tempo de entrevista, Irene dá outra justificativa para sua ausência no grupo.

Às vezes, eu saía de lá nervosa. Vou falar a verdade para você tudo. Porque só um falava (bate na mesa). Ai! Só um falava, ai! Era duas, três semanas. Chega sempre a mesma pessoa, com as mesmas coisa. Dava impressão que só ela. Aquele monte de, cinco, seis, oito pessoas lá e dava impressão que só ela tinha problema. Ela não deixava ninguém falar. Aí dava cinco pras cinco, cinco horas acabava o grupo. Você ia embora pra casa do mesmo jeito que você estava. Você não conseguia expressar. Às vezes eu queria falar alguma coisa. Nossa, eu comecei a ficar nervosa. Eu já passo um sufoco, não tem quem fica em casa com a menina. Aí eu arrumo alguém para ficar e eu chego lá e não consigo falar nada. Volto até mais nervosa. Não adianta eu chegar lá, o pessoal começa a falar eu fico até mais nervosa ainda. Tinha que dar um tempo para cada um poder falar, poder se expressar, como foi a semana de cada um. [Você não conseguia falar?] Não. Era só uma pessoa. Tinha cinco, seis, sete pessoas lá e era uma só que falava. E toda semana era a mesma. Aí eu falava, ai meu Deus! Sei lá, se é chatice minha. Mas não, eu tô me sentindo mal, porque toda semana sempre a mesma pessoa que fala. Tanta gente para poder falar. Você via que as pessoas ficavam assim, sabe? Querendo falar alguma coisa e só ela falava. Depois achei que tava melhor. Aí eu falei: "Ah, eu acho que não vou precisar ir mais." Daí não fui mais. Mas parei sem ir lá falar pra ela.

Foi difícil para Irene num primeiro momento criticar o grupo, é como se perante um representante dos profissionais da saúde, ela tivesse que manter o discurso oficial de aprovação da ajuda oferecida. Depois, ela questiona a dinâmica do grupo no qual apenas uma pessoa toma o espaço de fala no grupo. Ali se repete mais uma vez a

experiência tão recorrente de ter seu lugar restringido, de não poder se expressar. Isso a angustia mais ainda. Ela ainda se questiona se isso é uma questão de "chatice sua", como no caso do incômodo com relação a sua sogra. É como se sua opinião não tivesse legitimidade. Ao sentir-se um pouco melhor e sem elaborar as questões que lhe fazem sofrer, Irene desiste do grupo.

Um lugar onde Irene encontra apoio é na religião. Ali ela tem alguns amigos, mas o convívio se restringe às atividades da igreja.

> *O que ajuda muito é que eu saio e participo da igreja, né? Da Renovação Carismática. Então, segunda feira eu participo do ministério, eu vou cantar, então eu esqueço um pouco. Hoje tem ensaio, então eu vou, sete e meia. Quarta feira tem reuniões. Então, eu participo que eu procuro esquecer.*

Observamos na história de vida de Irene, uma tendência a um funcionamento grupal isomórfico que atravessa gerações e compromete o processo de diferenciação dos sujeitos implicados no núcleo familiar. Ali as pessoas ficam restritas a seus lugares estabelecidos a partir do contrato narcísico grupal e das alianças inconscientes.

Segundo Kaës (1985, p.8) "sobre la base de uma isomorfía individuo-grupo, las partes del sí mismo se asignan por proyección y por identificación proyectiva, em los objetos grupales externos (sociales). Todo lo que sucede em el afuera sucede entonces también em el adentro."

O perigo projetado nos possíveis rivais externos que podem disputar o amor da mulher estabelece um círculo vicioso de opressão e controle sobre esta. Por sua vez, a figura do opressor paterno internalizada é projetada por Irene sobre os outros que a ameaçam em qualquer situação de possível exposição.

Na produção dos sintomas apresentados por Irene, há o cruzamento de diferentes organizadores: socioculturais (naquilo que diz respeito às relações de gênero) e psíquicos (marcados pelos pares opressor/oprimido, agressor/agredido, ativo/passivo e pela persecutoriedade da figura masculina e a colocação da mulher como objeto a ser controlado para conjurar a ameaça).

Analisando a história de Irene, podemos também identificar algo da ordem do que Kaës denomina como negatividade relativa:

> A negatividade relativa constitui-se sobre a base daquilo que permaneceu em sofrimento na constituição de continentes e conteúdos psíquicos. Ela sustenta um campo do *possível*. Na negatividade *relativa*, a positividade se manifesta como perspectiva organizadora de um projeto ou de uma origem: alguma coisa foi e não é mais; ou, não foi e poderia ser; ou ainda, aquilo que tendo sido não o foi

> suficientemente, por excesso ou por falta, mas poderia ser *de outro modo.* A negatividade relativa sustenta o espaço potencial da realidade psíquica. (Kaës, 2005a)

A fala de sua mãe de desejar morrer e não querer que Irene nascesse em função do sofrimento vivido com o marido, marca sua existência com um início que poderia não ter sido; com algo que se tivesse sido, ela própria não existiria. Essa “infidelidade” do continente materno sustenta parte do sofrimento de Irene. O lugar de ser indesejada é ocupado diversas vezes por ela, principalmente nas situações de rejeição grupal vivida fora do ambiente familiar em sua infância e adolescência.

Gabriela

Eu estou inconformada comigo. Eu não estou me aceitando como Gabriela hoje [chora]. Eu nunca fui essa Gabriela.

Gabriela tem 44 anos, é branca e casada há 22 anos. Seu marido (Marcos) é serralheiro e já teve problema de alcoolismo. Eles têm um casal de filhos: um rapaz de 22 anos (Rafael) e uma menina de 16 (Juliana). O filho casou-se há alguns meses e mora na mesma rua dos pais. Ela estudou até o primeiro ano do colegial, trabalhou como caixa de supermercado e empregada doméstica. Parou de trabalhar há pouco tempo por conta de seus problemas de saúde. A renda familiar mensal é de R$1000,00.

Seus problemas de depressão começaram quando Gabriela desenvolveu uma epilepsia com aproximadamente 29 anos.

> *Eu comecei a ter desmaios, mas eu achava que era queda de pressão. Daí fui procurar um médico, foram feitos alguns exames: foi feito tomo, foi feito rádio. Foi feito um monte de exames e descobrimos que eu tinha uma epilepsia na região temporal esquerda. Daí foi aquele negócio de colocar a Gabriela numa redoma de vidro, sabe? Tudo! A Gabriela não pode subir escada, a Gabriela não pode sair sozinha, não pode ir aqui, não pode ir ali, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo.*

Com a epilepsia, ela sente-se extremamente cerceada. A imagem recorrente da redoma remete tanto à proteção quanto a uma limitação, a um aprisionamento. Isso lhe causa grande sofrimento.

Segundo os médicos, as convulsões são geradas pelo excesso de nervoso e de preocupações.

> *Eu sempre tive problema: que eu sempre carregava a minha casa nas costas porque o meu marido é um alcoólatra, mesmo ele não assumindo. Porque se você bebe mais de um copo por vez, você é um alcoólatra. É a mesma coisa que eu falar que eu não sou fumante. Se eu fumo mais de um cigarro por dia eu sou fumante. Mas ele é aquele alcoólatra assim: uma época ele bebe, principalmente quando ele tem um problema financeiro. Ele bebe e ele não vai trabalhar. Ele levanta de manhã dizendo que vai, e fica no bar, bebe, chega em casa embriagado e ele não se preocupa se tinha o que comer, se não tinha o que comer, que jeito que está. Então, com isso, foi aquele negócio: como é que a Gabriela pode ficar numa redoma, se eu tenho dois filhos pequenos?(...) E sempre*

foi aquela história: como é que eu vou fazer? Eu tenho que sustentar os meus filhos. E eu tinha que trabalhar pra sustentar os meus filhos. Eu tive que por eles na creche, eu tive que deixar com pessoas estranhas porque eu precisava. Eu sentia necessidade de agradar mais a eles porque o que o pai fazia não era suficiente. Daí foi quando... Não sei, começou a dar as convulsões, que deu esse negócio que eles diziam que era uma epilepsia, que o meu marido jogava na minha cara dizendo que era frescura, que não era nada daquilo. [Como que era?] No começo eu achava que era queda de pressão e o médico dizia que era por causa de muito nervoso, por causa de muita preocupação.

Segundo Gabriela, sua principal fonte de preocupações era com o sustento da casa. O comportamento do marido de, ao se deparar com problemas, refugiar-se na bebida e não ir trabalhar, lhe traz uma grande insegurança. Também com relação à educação dos filhos, o marido lhe delegava a responsabilidade: "Você que é mãe, você que resolve". Na relação conjugal, Marcos ocupa um lugar desqualificado: ele é alcoólatra (mesmo não assumindo) e não supre a necessidade dos filhos. No pólo oposto, Gabriela ocupa a posição de quem deve de modo onipotente "carregar a casa nas costas", sendo o alicerce da família.

Em contrapartida, Marcos desqualifica a doença de Gabriela, considerada como "frescura".

Por conta da epilepsia, ora ela conseguia trabalhar, ora não. Maria foi operadora de caixa em supermercados por vários anos, algo que ela gostava muito.

[E como era o seu trabalho como operadora de caixa?] Era bom, era gostoso, eu amava fazer isso. Eu não queria parar. Se dependesse até hoje. [Onde você estava trabalhando?] Eu trabalhava em (nome cidade), num supermercado que se chamava X. Primeiro eu comecei no Y, depois eu fui para o X, depois o mercadinho Z. Mas era uma coisa que eu não ficava só sentada. Eu não precisava ficar só sentada. Eu podia estar de caixa, eu podia levantar. Eu saia no corredor para ver o preço de uma mercadoria. O dia que não tinha movimento, eu estava fazendo o serviço de reposição pra não ter que ficar parada ali.

Como em sua casa, Gabriela cumpre diversas funções em seu trabalho. Ela diz que sempre foi muito agitada e ressalta, em vários momentos, a necessidade de estar em constante movimento. Quando criança, sua mãe chegou a levá-la ao médico para ver se havia algo de errado. Ele a tranquilizou dizendo que era coisa da idade. Essa agitação continuou ao longo de sua vida.

Em todo o discurso de Gabriela, sobressai a questão da doença e um forte processo de medicalização. Há algum tempo ela vem sofrendo de labirintite e tem constipação crônica há vários anos. Começou a tomar pílula anticoncepcional de modo

contínuo para suspender a menstruação, pois com a tensão pré-menstrual tinha mais convulsões. Devido a seus vários problemas de saúde ela toma diversas medicações:

> *Então, eu tomo um Diazepan de 10mg à noite, um Cinarizina de 75mg à noite e um Gardenal de 100mg à noite e um de manhã. E de manhã eu tomo um Gardenal e um Fluoxetina.*

Há cinco anos ela toma antidepressivo (fluoxetina) e ansiolítico. Ela já fez uso também de Amytril. Além do tratamento psiquiátrico, ela fez cinco anos de psicoterapia de grupo no Ambulatório de Saúde Mental do município e está participando há um ano do grupo de psicoterapia no PSF.

Ela diz que cada vez que vai ao médico descobre algum problema novo.

> *Eu passo no neuro, ele me muda o medicamento e me dá outros sintomas. E daí o médico me manda para o urologista e dá alteração no exame da urina. Quer dizer... Invés de eu estar abrindo. Eu acho que eu estou melhorando, cuidando da minha saúde, eu estou descobrindo coisas. Isso tá me incomodando muito também.*

A cada medicação que Gabriela toma surgem outros sintomas, demandando outras consultas e outros especialistas. Ela inclusive afirma que muitas medicações têm para ela o efeito contrário do esperado.

Há uma oposição entre Gabriela e Marcos com relação aos cuidados com a saúde. Enquanto ela vai ao médico constantemente, seu marido se recusa a passar em consulta ou tomar qualquer tipo de medicação. Ele critica a postura de Gabriela de toda hora estar indo a médicos e diz que ela fica “procurando sarna para se coçar’.

> *Eu não sei se foi coincidência ou se foi o meu organismo porque juntou os dois medicamentos (Gardenal para a epilepsia e Cinarizina para a labirintite). Aí eu fiquei assim. Continua dando uns brancos e eu ando feito bêbada na rua. Eu estou tomando remédio para labirintite junto com o Gardenal. Nos primeiros 15 dias que eu tomei, a médica disse pra mim: “É normal.” Eu voltei lá e falei pra doutora: “Eu não consigo fazer nada. Eu ando feito bêbada dentro de casa. Eu ando tropeçando.” Eu consegui quebrar o dedo mindinho em dois lugares. Eu bati o dedo na parede por causa desse negócio. Levanto do sofá com a intenção de ir para um lugar e vou para outro. Aí junta com esse problema da baixa visão e eu entro em parafuso. (...) Pô, eu vou procurar o médico pra me ajudar... Eu vou fazer um check up. Tá. Se você não vai ao médico, você continua sentindo dores. Você vai ao médico, cada vez que você vai ao médico você vai descobrindo mais coisa.*

A lista de problemas de saúde de Gabriela é grande. Ela relata com detalhes parte deles, perguntando inclusive se a entrevistadora gostaria de ver alguns de seus resultados de exame. Em sua vida, tudo tem um caráter visceral e ao longo da entrevista,

ela vai “expondo suas entranhas”. O corpo se manifesta como objeto de grande investimento libidinal.

Além da epilepsia, ela sofre de miopia maligna desde a infância, tendo atualmente visão subnormal (ela tem uma perda de aproximadamente 90% da visão). Isso a impede de fazer muitas coisas e se configura como uma grande perda em sua vida, gerando-lhe muita angústia. Ela se sente novamente presa em uma redoma.

> *Olha, a minha vida inteira, o que eu mais fiz, sempre foi correr atrás da minha visão. A primeira coisa que eu sempre pedi pra minha oftalmo foi: “Faz uma cirurgia nos meus olhos.” E ela sempre disse: “Agora não é hora. Espera mais um pouco.” E esse pouco chegou nos doze, chegou nos catorze, chegou nos dezesseis. Ela falou: “Não. A sua miopia está aumentando muito. Não pode ser feita a cirurgia”. Em outubro eu voltei lá. “Então tá doutora, e agora? Passaram-se trinta anos, eu não fiz a minha cirurgia.” Ela disse: “E nem vai fazer.” Quer dizer, eu passei uma vida esperando uma coisa que eu tinha certeza que eu ia conseguir, que era a minha visão de volta. E de repente... A médica me olha e diz: “Não, ó, este olho diminuiu mais a visão. E o daqui também. Aqui você tinha 10% e agora não tem 10%. Do lado de cá, você tinha 20, agora você só tem 10.” Então eu saio inconformada de lá.*
>
> *Cada dia que eu vou no médico, “Hoje eu vou chegar lá e ele vai falar que melhorou, que tá melhor, pelo menos um pouquinho.” Que nem, o médico falou: “Você está com três riscos na lente e vai ter que ligar para marcar uma consulta com a Dra. Marina para fazer uma lente nova. Só que eu aconselho você a só fazer do esquerdo. Porque não adianta mais fazer do direito que é um dinheiro que você vai gastar à toa.” Nossa! Para mim já foi... Chegar em casa e pronto, não tem mais conserto. Não vou nem fazer essa. Vou ficar com essa quebrada no olho. Porque eu falei que tava incomodando essa lente. Eu não sei, é um negócio estranho. É difícil a gente se acostumar com as perdas.*

Por décadas, Gabriela pensou que fosse possível realizar uma cirurgia para recuperar sua visão. Há alguns anos, ela descobriu que por se tratar de um problema na retina não há como resolver a situação através de intervenção cirúrgica. Gabriela não consegue lidar com a perda e não se conforma com isso.

> *Eu digo pra ele (médico): “Doutor, transplanta. Põe outro, põe uma córnea. Não diz que para outro serve?” Porque ele diz que a minha córnea não serve pra mim, mas para outra pessoa é perfeita. “O problema é que na sua córnea você não tem nada. O problema está na sua retina e na sua retina, nós não temos o que fazer.” É? E eu tenho que esperar? Esse negócio de não temos o que fazer e esperar ficar cega? E você fica contando nos dedos o dia que vai ficar cega? É que nem ele falou. Porque quando eu comecei a perder a visão do olho direito, ele disse que poderia acontecer com o olho esquerdo. A impressão que eu tenho é que eu vou pegar dormir e que eu vou levantar no outro dia e vou ver aquele vulto, como começou com o direito. Isso me incomoda muito. Então, acho que isso está me fazendo perder muito o sono. (...) E o que está acontecendo comigo agora, eu acho que é isso. A impressão é que dá medo de dormir. Que eu vou acordar e não vou enxergar. Mas tem aquele outro lado que fica: “Gabriela, mas se você não*

dormir, o que você vai fazer amanhã no seu dia? Você vai dormir o dia inteiro? Porque se você não dormiu à noite, você vai ter que dormir durante o dia." Daí outro dia não. Outro dia eu quero deitar e já vou dormir, que deu vontade de tomar meia dúzia de comprimido, que é pra deitar, dormir e esquecer de tudo. Sabe? Dar um apagão. Eu não sei como me controlar. Eu não sei. Estou meio que perdida em mim. A Gabriela está perdida nela.

E eu fico inconformada, não aceito a perda da minha visão. É a mesma coisa que quando você perde alguma coisa e você fica procurando na casa inteira. E tem dia que eu faço isso na casa inteira. Eu fico procurando algo que eu sei que não vou encontrar (chora). Que não está ali mais. E isso me incomoda muito. Que eu não sei como lidar, eu não sei como...

O processo de perda da visão é algo torturante. Tanto esta quanto a epilepsia colocam para Gabriela limites sérios. Ao mesmo tempo em que as doenças desorganizam sua vida, também a organizam, é em torno delas que sua vida circula. A situação de não ter o que fazer e aceitar o que está acontecendo é algo insuportável. Gabriela tem muita dificuldade em lidar com a castração. O choque com a impotência lhe gera angústia e depressão.

Esse conjunto de doenças é articulado pelo "nervoso": se ela fica nervosa tem convulsão, se tem convulsão sua miopia aumenta, se sua miopia aumenta, ela fica mais nervosa.

Segundo seus médicos:

O meu grau de miopia foi aumentando, daí eu fui no Oftalmo e o Oftalmo falou pra mim: "Gabriela, se você não controlar as suas crises convulsivas a sua miopia aumenta." E eu fui num Neuro e o Neuro disse a mesma coisa: "Se você não controlar as suas crises convulsivas a miopia aumenta." E a minha miopia, como ela está aumentando muito, faz com que eu tenha mais convulsões. Então eu fico que eu não sei como controlar. Eu fico dividida. [E quando que dá mais convulsão?] No começo era no período pré-menstrual. Era sempre na TPM. Hoje não. Depois de algum tempo começou a dar tudo o que mexesse com o meu emocional. Se eu ficar muito ansiosa, muito animada com alguma coisa, me dá convulsão. Se eu ficar muito aborrecida, muito deprimida com alguma coisa, me dá convulsão. É uma coisa que eu não consigo controlar. E é aquele negócio: eu quero tomar conta de mim, mas de repente eu me vejo com os meus filhos tomando conta, os outros tomando conta de mim – e isso me incomoda.

Gabriela menciona uma diversidade de profissionais da saúde nos quais passa costumeiramente. As medicações anticonvulsivantes que ela tem tomando não estão controlando as convulsões, nem as psiquiátricas, o nervoso. Ela ocupa todos os espaços de tratamento possíveis. O fazer constante, a agitação entram no registro da atuação, surgindo como forma de lidar com o desamparo, evitando a impotência e também o

trabalho do pensamento. Sem poderem ser elaborados, as emoções e os conflitos geram convulsões. Lá onde o psiquismo não dá conta "o corpo padece".

Uma das coisas mais mencionada em sua entrevista é o incômodo constante com as contrariedades:

> *Porque sempre foi aquele negócio assim: "Eu combinei com fulano tal horário. Tal horário eu tenho que estar lá." E eu acho que se ele não chegar naquele lugar naquele horário, do mesmo horário, do mesmo que se eu não chegasse ele ficaria bravo comigo, eu fico ofendida com ele também. E acontece muito isso em casa, sabe? Vamos combinar de fazer tal coisa em tal horário e às vezes não coincide e não dá certo, eu fico irritada, eu fico nervosa, eu já não quero mais fazer e me dá convulsão. E com isso foi aumentando o meu grau. E depois que eu fui sentindo que a minha visão foi diminuindo, as minhas convulsões começaram a dar mais freqüentes.*

A convulsão surge como uma birra, um protesto, uma saída perante a contrariedade que desloca as atenções e os cuidados para si. A doença colabora para manter seu lugar central no grupo familiar. Se antes isso era garantido pela sua "força de alicerce" agora é dado pelo pólo oposto da fragilidade.

Além de não trabalhar, o fato de também ter muita dificuldade para fazer as atividades domésticas incomoda Gabriela.

> *E eu fico assim meio que perdida. Então o que eu quero? Quero ficar deitada na minha cama. E ele (marido) diz assim: "Não você tem que ficar, você perde muito tempo dormindo." "O que você quer que eu faça!? Se eu não posso." Eu vou lá e lavo meia dúzia de louça, o meu olho começa a arder muito e eu começo a sentir dores, sabe? Começa a queimar, dá a impressão que a bola dos olhos vai sair para fora. Daí eu paro. Eu começo a fazer a comida, começa a entornar tudo. Por isso que a minha filha se queixou para a minha mãe nesta semana: "Ó vó, faz duas semanas que a minha mãe não faz comida." E eu não vou fazer mais. Pra eu botar uma panela de arroz, cozinhar e ela queimar lá porque eu não enxerguei que a água secou? Prá eu colocar o café para coar e eu não estar enxergando o bule para coar o café? Eu não vou fazer mais. Porque além de eu estar correndo um risco de me queimar, eu vou estar estragando um alimento. Então faça outro que eu não quero fazer.*

Gabriela sempre se esmerou muito nos cuidados domésticos, deixando tudo sempre em ordem, as refeições prontas, as coisas limpas e bem organizadas. Ela é bastante exigente e perfeccionista.

As crises convulsivas e atualmente a perda da visão lhe retiram de seu lugar de reconhecimento. Diante de toda essa situação, ela se sente perdida.

> *Quando eu procurei a Ana (psicóloga) foi que em abril do ano passado. Eu estava com uma coisa assim: Eu me sinto duas Gabrielas: uma Gabriela que é uma coisa, uma Gabriela que é outra coisa. E até agora eu estou assim. Eu não sei qual Gabriela eu vivo.*

Nos últimos tempos diz que se vê dividida entre duas Gabrielas: aquela que enxergava, que queria abraçar o mundo e cumpria com todos as suas tarefas de modo impecável, e esta que não quer fazer mais nada.

> *É uma coisa assim: no mesmo momento que eu quero estar fazendo uma coisa, eu quero fazer um passeio, eu quero ir... Eu quero estar num lugar diferente, eu quero estar... Eu chego num lugar, eu não quero mais. Eu quero voltar pra casa, eu quero ficar trancada dentro do meu quarto, ficar dentro da minha casa. Outro momento é aquela Gabriela que está trancada dentro do quarto. Eu não quero abrir a porta pra ninguém pra nada, não quero fazer comida pra ninguém, não quero que... Quero que esqueçam da Gabriela, mas é aquele negócio que assim: eu quero que esqueçam da Gabriela, mas que fiquem batendo na porta e perguntando da Gabriela. É um negócio assim...*

Gabriela possui traços de caráter histérico. A teatralidade marca suas condutas e seu discurso que buscam mobilizar afetivamente o outro e todo seu grupo familiar.

Ainda sobre as "duas Gabrielas", personagens de sua história, ela nos conta:

> *Eu vou fazer uma comida, eu não sei, dá uns brancos, dá uns negócios na minha cabeça e eu esqueço. Eu boto uma panela com arroz e eu esqueço que eu estou com a panela no fogo. Eu ligo a máquina pra lavar, eu ligo a mangueira pra aumentar a quantidade de água, pra encher mais depressa, eu esqueço a mangueira ligada e não vejo a água e derrama tudo. Eu começo a lavar roupa e, de repente, eu cansei e eu largo a louça e vou embora, sabe? São umas coisas assim, que não é... Que parece ser involuntário. Eu faço, mas não é... A Gabriela não faria isso.*
>
> *É uma Gabriela assim. É uma Gabriela que na mesma hora que ela queria tudo em ordem, tudo impecável, tudo bonitinho, tudo arrumadinho. Sair, passear. Quero aproveitar a minha vida enquanto eu tenho a minha vida, porque amanhã eu não sei se eu tô aqui. A outra Gabriela acha que já acabou tudo, nada tem mais valor.*
>
> *Então é um negócio assim, é um negócio que está acontecendo comigo, mas eu não aceito que está acontecendo comigo. Que não é comigo isso. Eu sinto assim, tá acontecendo com a Gabriela, mas não é com a Gabriela que era para acontecer. Eu não sei me explicar como é que é. [chora] Essa Gabriela que eu era. Eu não sou a Gabriela hoje. Mudou muito essa Gabriela. É o oposto uma Gabriela da outra em questão de comportamento, em questão de agir, em questão de falar, de retrucar. [Sei. E você preferia a outra Gabriela?] Ah sim, com certeza. Eu gostava da outra Gabriela que pelo menos não tinha... Era um negócio assim, é pra brigar, vamos brigar. É pra rir, vamos rir, é pra chorar, vamos chorar. Que não tinha aquele negócio de... Hoje eu dependo do meu filho para... Dependo da minha vizinha para me levar lá no posto de saúde. (...) Eu me sinto presa porque é uma coisa que eu não consigo fazer por mim. E coisa que eu fazia por mim e pelos outros. Isso me incomoda muito. Era uma Gabriela que abraçava o mundo. Que queria resolver problema de todo mundo.*

O fato de ter que depender de outras pessoas e a perda do controle imaginário a angustiam. Seu registro funciona entre os pólos do tudo ou nada. As "duas Gabrielas" simbolizam a oposição onipotência/impotência, num conflito com relação à castração. Ela briga incessantemente com a questão dos limites.

Eu acho que eu já fui muito cobrada e hoje eu acho que eu não tenho que ser mais cobrada, eu acho que tenho que fazer de livre e espontânea vontade. Eu vou, eu faço se eu quero, se eu posso... Não sei, se eu tenho horário, se eu... É aquele negócio assim... Porque eu não gosto de ordem, eu não aceito ordem. Eu não gosto daquele negócio assim: "Você tem que fazer tal coisa."

(O problema da visão) Me proíbe de fazer o que eu mais gostava de fazer. Hoje eu não posso fazer. Eu gostava muito. Eu gostava não. Eu gosto muito de ler! Mas hoje se eu quero ler (tira uma lupa da bolsa e mostra para a pesquisadora), se eu quero fazer alguma coisa eu tenho que usar isso. Eu ponho a lupa que é para facilitar, que é para eu não forçar a minha visão. Isso aqui para mim é um, nossa! Eu tenho vontade de fazer isso aqui voar longe! Mas na mesma hora que eu tenho vontade de fazer voar longe, isso aqui é a minha salvação. É o que eu posso ver hoje.

Aí eu fico naquele negócio: eu quero feito, não tenho coragem para fazer, porque eu começo a fazer e começo a me sentir mal, eu largo de fazer. E se eu deixar pelo meio do caminho me incomoda. Então se eu começar, eu tenho que terminar.

É aquele negócio assim. Eu tô me sentindo novamente naquela redoma que me colocaram há quinze anos atrás quando eu descobri que tinha epilepsia. Só que agora é por causa dos olhos. Você tem que tomar muito cuidado com a sua retina. Porque se você arrastar esse sofá, você pode descolar a sua retina. [Não pode fazer esforço.] Se você subir e descer escada, você pode descolar a sua retina. Se você for para o fogão e ficar tomando muito bafo na panela, você pode descolar a sua retina. Mas não tem como você deixar tudo. Não tem como você deixar sem fazer. E você vai contar com quem?

Da Gabriela de antes ela relata:

Ela (sua mãe) diz que o meu problema é que eu sempre fui super ativa. Eu entrava na sala de aula, eu fazia a minha lição. Aí eu via que o fulaninho lá não tinha terminado, eu ia lá ajudar o outro a terminar a lição dele, para ficar mais tempo sem fazer nada. Para ter mais tempo para brincar. Então eu revolucionava a sala de aula. Por quê? Porque eu fazia o meu e não contente de fazer o meu, eu fazia o dos outros. E eu acabava prejudicando os outros. E a minha vida inteira sempre foi assim. Além de fazer o meu eu fazia. É aquele negócio de querer abraçar o mundo. Então é por isso que hoje eu me sinto assim. Eu sempre fiz isso e hoje eu estou me sentindo ao contrário. Não sei como é que é. É ao contrário ou avesso? Do avesso. Eu sempre abracei todo mundo. Hoje, eu sinto que eu tenho que ser abraçada, mas na mesma hora que eu quero ser, eu não aceito ser. É difícil, é.

Há algum tempo atrás, você não seguraria eu sentada nesta cadeira, num sofá sentada aqui por mais que meia hora. Hoje eu não sei mais quanto tempo faz que

a gente tá falando. [Faz uma hora que a gente tá falando.] E você não ficava comigo, sabe? Porque eu sou muito agitada. Eu não tenho paciência nenhuma. Você vê, eu cheguei, sentei e fui despejando. Eu tive que acender o meu cigarro, eu tive que sair, eu tive que andar. Porque ficar parada me incomoda. [Isso desde criança?] Sempre eu fui assim. Sempre eu fui essa Gabriela. E numa posição ainda que praticamente eu estou imóvel desde a hora que eu cheguei aqui. Há pouquíssimo tempo atrás eu já tinha mudado daqui, já tinha sentado aqui, já tinha sentado aqui, já tinha sentado naquele outro sofá. Porque é uma coisa que me incomoda. Como é que a gente diz?O que não tem mudança me incomoda muito. Eu tenho que ter mudanças. Eu tenho que ter. [Por que fica muito fixo?] É. Nada, nada de parado. Nada de serviço parado que exija que eu fique ali muito tempo ali fazendo. Não presta pra mim. Eu tenho que estar pra lá e pra cá. Porque esse negócio de ficar parada em um lugar fazendo a mesma coisa. Eu não entro em uma fábrica para ficar fazendo uma coisa só porque não presta. Porque eu não sirvo para sentar numa máquina e ficar naquela máquina o dia inteiro fazendo aquela mesma coisa.

Gabriela resgata sua infância em situações nas quais havia uma dificuldade em se seguir as regras colocadas. Sua mãe diz que ela sempre foi "ligada no 220". Ao longo de sua história, essa "agitação" se constrói como uma de suas principais características e também lhe dá um lugar de destaque e importância: ela revoluciona as situações. Há uma necessidade de ser diferente dos outros.

O desejo de abraçar o mundo, a mania de querer ajudar as pessoas, a grande agitação são temas recorrentes em seu discurso. Ao longo de seu relato, observamos uma fantasia onipotente de dar conta de tudo: do dela e dos outros. Os lugares de impotência e onipotência também organizam o vínculo conjugal: ela precisava dar conta daquilo que seu marido não conseguia. Sair da agitação e da intensidade, ficar parada, gera muita angústia, joga-a no vazio.

No que diz respeito às relações familiares, Gabriela afirma que seu principal apoio sempre foi seu filho.

Porque meu filho sempre foi tudo. Desde que eu comecei a trabalhar foi aquela coisa assim. Quando eu voltei a trabalhar, eu tinha a minha filha pequena e ele ia na escola. Eu levava ele e ela pra creche. Ele pegava ela na creche e trazia para casa, cuidava dela. Ele com oito, nove anos, já fazia arroz, feijão, comida, o ovo frito dele, o macarrão dele e ele até hoje, ele faz qualquer comida por conta. Ele não passa apertado. (...) E era aquele negócio assim: "Rafa, eu preciso de você pra isso". Tava o Rafa ali. "Rafa eu preciso de você pra aquilo". Tava o Rafa ali. "Rafa o pai bebeu nesta semana a mãe precisa de um dinheiro. Você empresta?" Tava o Rafa ali ajudando a mãe. (...) E era tudo sempre o Rafael: "Rafael, eu preciso que você vá em tal lugar". Era o Rafael. "Rafa, você me ajuda a fazer tal coisa". O Rafa que me ajuda. "Rafa, vamos fazer tal coisa?" Vamos. É aquele filho que não sabia dizer não. Que nunca disse não pra mãe. E o pai bebia e era aquele negócio: "Seu pai tá bebendo." "Não, então tá. Sai comigo, não sei que lá, não sei o que." Então sempre foi o Rafael.

Desde cedo, Rafael é parceiro da mãe na ajuda com relação à irmã, ao pai e nas atividades domésticas. O que ela mais ressalta no filho é sua extrema disponibilidade e incondicional ajuda: ele não a contraria. Nas alianças inconscientes no grupo familiar, Rafael se constitui como herdeiro do narcisismo primário da mãe, sustentando uma fantasia de completude. Ele substitui o lugar do companheiro e é colocado como seu apoio e alicerce. Na aliança entre mãe e filho, o marido fica num lugar de menor valor.

Além da perda da visão, Gabriela sofre com o distanciamento do filho que se casou há quatro meses. Ela não aprovou tal casamento.

> *O meu filho resolveu casar agora em fevereiro. Pra mim foi um choque, porque eu tinha ele como meu alicerce. Porque meu filho é... Eu não sei, um apego muito grande com ele. (...) Daí quando ele falou de casar. Eu sabendo que ele ia casar com uma pessoa que ele não gosta pra fugir de uma outra pessoa que eu sei. Ele morria por causa de uma menina, a menina morria por causa dele. E de repente conhece uma outra no carnaval e resolve casar. E eu não aceitei. Não me conformava.*
>
> *Agora ele casou, ele tem a vida dele. Eu não posso mais tá pedindo pra ele. Mesmo que eu peça, na medida do que é possível, ele até tenta. Mas eu sinto assim, todo mundo diz, eu casei um filho e ganhei uma filha. Tem horas que sinto assim, mas tem horas que eu sinto que eu perdi o meu filho. Por ela segurar tanto, por ela não dar liberdade. Ela não deixa eu trocar duas palavras com ele sozinho. Acho que ela tem medo da gente estar passando informação. Não sei como é que é a cabeça dela. É muita falta de confiança nela.*
>
> *Mas eu não sei que me incomoda muito ver ele... Eu não sei, de repente, todo mundo fala: "Ah, é ciúme de mãe." Não é ciúme de mãe. Porque mãe quer o melhor pro filho e você vê que o filho não está feliz, isso te incomoda.*

O processo de casamento do filho é vivido como uma perda. Ela nega o ciúme que sente e o desejo de ter o filho para si, projetando esses aspectos sobre a nora: é esta que é possessiva e ciumenta. Gabriela a desqualifica de diversas formas, manifestando uma relação de intensa rivalidade. Ela conta que a esposa do filho está tentando engravidar, mas teve um aborto espontâneo. Gabriela credita isso ao fato da nora não se alimentar bem e a critica dizendo que ela não consegue nem "segurar uma gravidez". O jogo de identificações e projeções entre as duas mulheres continua: Gabriela também tinha dificuldade de "segurar" a gravidez, os dois filhos nasceram prematuros com sete meses de gestação.

Com relação ao marido, Gabriela relata que Marcos bebe muito menos hoje em dia. Após a saída do filho de casa, ele está sendo mais companheiro.

Que nem meu marido diz: "Bi, sobrou eu e você." E hoje em vista do que ele bebia, ele bebe muito menos. Ele bebe, Natal, ano novo agora, mas já não faz tanto como ele fazia antes, daquele negócio de beber e varar a semana em casa sem trabalhar, sem tomar banho, sem comer, sem nada. Hoje ele já manera muito, ele já diminuiu muito a bebida. É aquele negócio. Ele sentiu que não tem mais o Rafael pra me apoiar e então ele resolveu assumir o papel de esposo. Daí ele chega do serviço, se ele vê que eu tô deitada. Ele vai pro fogão. Ele faz a comida. Ele não pergunta se tá bem se não tá bem. Daí que ele vai perguntar se tá tudo bem, o que que aconteceu. Se deixou de acontecer alguma coisa.

E hoje eu tô me sentindo assim: me puseram novamente em uma redoma, mas hoje não tem mais com quem eu contar. O meu marido tenta ser o mais presente possível. Hoje, ele chega, ele faz a comida, ele limpa a casa. Ele diminuiu muito a bebida dele. Ele tenta ser mais companheiro. Mas eu não sei, eu ainda sinto falta, eu não sei...

Depois da saída de Rafael de casa, Marcos consegue ocupar o lugar de parceiro dela. Na fantasia de onipotência/impotência que organiza os vínculos familiares, podemos levantar a hipótese de que Marcos pode sair da posição de desvalorização na medida em que Gabriela se encontra mais fragilizada. No entanto, para esta, o que o marido faz ainda não é o suficiente. Diante da impossibilidade de completude, a depressão surge como formação de compromisso.

Gabriela fala sobre seu marido:

Enquanto ele não bebe, ele é um ótimo esposo. [E o que é um ótimo esposo?] Sempre fez de tudo, sabe? Se eu pedir para ele, pega isso, pega. Faz aquilo, faz. Sabe? Me leva em tal lugar. Ele nunca foi de gostar de sair de casa. Ele nunca foi assim. Não gosta de lugar que tem movimentação, entendeu? Mas nunca me proibiu de sair pra lado nenhum, com quem quer que fosse. E ele sabe. Se eu tivesse que sair de casa. Eu vou sair, mas vou sair com os meus filhos. Especificamente com o Rafael.

Ela enfatiza que a qualidade de um bom esposo é fazer tudo o que ela quer, o mesmo ocorre com o filho. Desse modo, se reafirma sua fantasia de onipotência.

Segundo ela, quando bebe, seu marido demandava muita atenção dela.

Agora, é aquele negócio: eu amo o meu marido e sinto que ele me ama, só que quando ele bebe, eu não suporto ficar perto, eu quero dormir no outro quarto. [Como é que ele fica quando ele bebe?] Ele fica meloso. Ele quer ficar me abraçando, ele quer ficar me beijando, ele quer carinho, ele quer... Ele fica muito carente. Ele quer muito abraço, ele quer muito beijo, ele quer atenção – e aquele cheiro de bebida me incomoda tanto que eu não quero.

Há de se lembrar que os excessos de bebida ocorriam principalmente quando Marcos estava com problemas financeiros. Nesses momentos ele se mostra carente.

Lidar com esse homem frágil que muda o foco das atenções nas relações familiares incomoda Gabriela.

Ela conta que seu pai também tinha problema de alcoolismo, tendo sido internado oito vezes.

> *Mas o meu pai bebia, ele chegava em casa, ele queria comer, você dava de comer, ele deitava, ele dormia. Ele dormia alguma horas, daí ele não deixava. Ele era obcecado por sexo e minha mãe nunca gostou de sexo. E foi esse o fim do casamento dela. Ela falou que não era nem tanto pela bebida dele, porque quando ele bebia, ou mesmo quando não bebia, ele era muito obcecado por sexo. E ela levantava cinco e meia da manhã para trabalhar e ela não conseguia dormir à noite, ele não deixava. Ele perturbava ela a noite inteira, procurando por ela. Hoje já faz mais de vinte anos que eles são separados.*

Há uma reprodução da problemática do alcoolismo na escolha amorosa de Gabriela. Segundo o relato de sua mãe, há em seu pai uma sexualidade que se excede. Sexo em demasia, bebida em demasia. Em Gabriela também há um excesso pulsional, sua agitação, que não pode ser contido e busca uma forma de extravasamento através de diversos sintomas, dentre eles os episódios convulsivos recorrentes.

Após a separação há aproximadamente vinte anos, sua mãe nunca mais se envolveu com outro homem com receio de viver novamente os problemas que teve em seu casamento. Há aí uma repressão da sexualidade. Se seu pai era caracterizado por uma potência e voracidade sexual muito grande, seu marido se apresenta em oposição como alguém mais fragilizado.

Gabriela fala pouco de sua vida na infância e adolescência, ou de seus pais, focando-se mais nas questões de seu corpo. Ela menciona que é a mais velha de quatro irmãs (todas com os nomes muito semelhantes).

A relação entre Gabriela e a filha surge como polo de grande conflito. Juliana está fazendo o ensino médio numa instituição vinculada ao programa jovem aprendiz e iniciou um estágio há algumas semanas. Ela namora um rapaz há dois anos. Marcos considera que a filha está praticamente casada, pois eles dormem juntos todas as noites ora na casa dele, ora na casa dela.

Sua maior reclamação é que Juliana não colabora e não faz o que ela quer.

> *E ela tem o gênio muito difícil, a gente bate muito de frente. (...) Porque ela é muito da teimosa e eu também. Então acaba que ela acha que tem que ser daquela maneira, eu acho que tem que ser daquela e a gente tem muito conflito. E ela não aceita ordem alguma. Você pode pedir por favor. Você pode pedir pelo amor de Deus. Ela só faz quando dá os cinco minutos. Quando ela quer e pronto, e acabou. E eu acostumei, eu não sei. É que o Rafael tudo podia, tudo era na*

hora, era sempre amém, amém, amém. E com ela é não pra tudo. Então é um conflito danado.

Assim como a mãe, Juliana não gosta de receber ordens. Ela se diferencia do irmão que faz tudo o que a Gabriela quer. Novamente observamos a questão da hostilidade e rivalidade na relação entre as mulheres.

Ela não aceita que você dê palpite, que você fale, nada. E você briga, você chama a atenção dela, ela chora, aquelas coisas. E ela agride, ela é muito agressiva, sabe? Ela já chegou a me bater. Eu cheguei a apanhar dela por conta de arrumar um guarda roupa. De pedir: "Ajuda eu a arrumar. Arruma lá o seu guarda roupa." Eu entrei no quarto dela. Arranquei tudo quanto era roupa do guarda roupa dela, taquei assim, joguei no chão. Ela entrou e fez a mesma coisa. Ela falou: "Eu não vou arrumar." Entrou no meu guarda roupa e fez a mesma coisa com as minhas coisas e jogou. Nós nos pegamos no tapa aquele dia. Porque eu falei: "Imagina! Eu sempre tive aquela mania de tudo arrumadinho, tudo certinho, camisetinha, os parzinhos." E ela... Não sei. E ela disse: "Eu me encontro aí dentro." Ela joga tudo no chão, ela pega a roupa que ela quer e soca tudo lá dentro de novo. Sapato ela faz a mesma coisa, ela joga tudo pro chão. Mas o problema é que ela joga tudo pro chão e não devolve lá. Deixa ali jogado e aquilo me incomoda. Eu falei: "Hoje você sabe que eu não posso carregar peso, não posso fazer esforço físico, não posso ficar nervosa." E tudo o que eu não posso fazer é o que ela mais faz eu sentir. Porque ela faz questão de deixar o quarto todo virado, ela faz questão de pegar o prato e deixar em cima da mesa do computador, ela faz questão. Sabe, eu não sei se ela faz para chamar a atenção, se ela faz pra agredir. [A relação não é muito fácil com ela.] Não. Ela tem um gênio muito difícil. Tanto que o meu marido fala assim... Você pergunta pra ela onde ela tá indo. "Tô saindo e já volto". [Ela não dá satisfação?] Não. Nunca. De nada. E ele (filho) não. Ele mesmo casado ele liga: "Ó, mãe, eu tô em tal lugar. Eu vou em tal lugar, eu vou fazer tal coisa." Então foi o oposto um do outro. E a gente imagina, menininha ia ser tudo meiguinha.

O quarto da Juliana eu não quero nem entrar nele. Pelo amor de Deus! Eu fecho aquela porta e finjo que é um cômodo que não existe na minha casa. De tanta bagunça! Aquilo me incomoda tanto que... É que nem ela falou: "A mim não faz diferença. Por que você vai se incomodar com as minhas coisas? Deixa aí." Então tá. É assim que você quer? O pai dela falou: "Eu faço que nem você fez. Eu encosto a porta. Aquele cômodo não existe. A minha casa é daqui prá cá." Não saio da minha casa sem a minha cama estar arrumada. A minha pia tá lá sempre bonitinha, limpinha.

O modo de Juliana se diferenciar de sua mãe é fazer o oposto do que ela e seu irmão fazem. Há sempre uma oposição entre fazer o que Gabriela quer e contrariá-la. É esse contrariar que lhe gera desconforto, revolta e inconformidade. A responsabilidade pelos atritos é atribuída à Juliana: ela é agressiva e geniosa, é ela quem grita e chora, quem bate. A menina não sai "meiguinha" e dócil como ela gostaria. Juliana evita a

dominação materna. Gabriela tem muita dificuldade de aceitar as diferenças e tudo aquilo que foge a seu controle.

Ela considera todas as atitudes da filha como provocações. Segundo ela, Juliana faz tudo o que a deixa nervosa, no entanto, a filha não se deixa capturar pela relação de doença e culpa que a mãe estabelece.

Ainda com relação a sua visão, Gabriela fica num grande impasse entre insistir na esperança de que seu problema tenha cura e assumir sua condição de visão subnormal, buscando aprender novos recursos que possam lhe auxiliar no dia a dia.

> *A minha visão eu vivo nessa esperança, que ela vai voltar. Eu sei que não vai voltar. Os médicos já falaram que não tem como voltar. A não ser que surja uma cirurgia lá não sei aonde, que daqui a alguns anos, com muito estudo, daqui a uns dez, vinte anos apareça alguma coisa que mude alguma coisa na retina. Eu via como uma esperança, mas a gente sofre mais com isso.*

Àquilo que ela denomina como esperança, subjaz suas fantasias onipotentes que ao serem refutadas, lançam Gabriela na impotência e na depressão.

Ao ser indagada sobre a possibilidade de aprender a lidar com a sua visão subnormal, ela fala de uma certa vontade, mas apresenta o movimento de desestímulo de sua mãe e de outras pessoas. As dificuldades e impedimentos são projetados nos outros. Gabriela nunca chegou a tomar iniciativa para procurar alternativas mais realistas.

> *Eu falei para a minha mãe que eu ia aprender o braile. Nossa! Ela ficou horrorizada. Ela achou o cúmulo do absurdo, que ao invés de eu pensar positivo eu estava pensando negativo. Eu disse: "Não mãe. Eu não estou pensando negativo. Você pensa bem. Hoje eu tenho 20% neste olho e 10% neste olho. Se eu começar a aprender hoje, se eu perder de uma vez, eu vou saber me virar." "Não! Você não tem que pensar assim. Você tem que rezar muito a Deus que você não vai perder nada!" Faz dois meses que eu passei por uma consulta que o médico me disse: "Hoje você não tem os dez, e o que você disse que tinha vinte tem dez." Está sendo muito rápido. Pode ser que não perca de uma vez. Pode ser que fique, que agora estacione. Quando a gente nasce cego. Eu aprendi a andar no escuro. Mas agora, depois de quarenta anos, já tendo tudo aquilo, você perder. Ganhar é muito mais fácil que perder. Perder é muito mais difícil que ganhar. Acho que até acostumar com essa história de perder...*

O gesto de buscar alternativas passa pelo aprendizado de perder, por lidar com os limites e com a castração. A doença marca e localiza Gabriela no mundo, organizando suas relações interpessoais e dando-lhe um lugar de reconhecimento. Num momento em que seu filho se casa e sua filha está passando pela adolescência, há uma

alteração na configuração de lugares dentro do grupo familiar, abalando as alianças inconscientes grupais. Marcos aponta as mudanças na família:

> *"Você tem que largar Bi. Hoje é eu e você. Você e eu. O Rafael casou. Juliana não casou, mas tem vida de casada. Porque se dorme com o marido, se dorme com o namorado. Só entra em casa, come, toma banho, não dá satisfação de mais nada. Esquece também. Se ela não se importa com a gente, por que a gente vai ficar se importando com ela?". Mas a gente que é mãe, como é que você vai fazer? Vou ignorar? Não tem como ignorar. E ele não. Ele acha que tem que ignorar. Tem que fingir que não viu.*

O afastamento dos filhos permite a reaproximação de Marcos. Assim como no caso de Sebastião – marido de Maria – surge a questão do tensionamento provocado pela chegada dos filhos na relação do casal, mudando uma configuração dual de "só eu e você". Se Marcos sente-se conformado (confortado?) com essas mudanças, Gabriela fica muito incomodada.

O lugar de centralidade da figura materna, sempre enfatizado por ela ao longo de sua entrevista, é deslocado. Os problemas de saúde também surgem como busca por manter essa posição dentro do grupo familiar.

Em vários momentos da entrevista, ela ressalta a primazia da mãe.

> *Eu sempre fui uma mãe que vai no posto de saúde, pega preservativo, levava pra eles. Sempre fui uma mãe muito liberal, muito aberta, sempre. Olha se acontecer alguma coisa, aconteça o que acontecer, conversa comigo. Porque pode ter um milhão de amigos, mas que nem mãe você nunca vai ter. Porque os outros brigam. A mãe briga, mas recolhe de volta, os outros não.*

A postura liberal também dissimula um desejo de controle: Gabriela fica muito incomodada pelo fato da filha ter iniciado a vida sexual sem compartilhar isso com ela.

No grupo familiar de Gabriela, ela ocupa um lugar de centralidade, seja pelo "hábito de abraçar o mundo", seja pelas dificuldades do marido, seja pela questão dos problemas de saúde e necessidade de atenção. Tal lugar, no entanto, tende a invadir o espaço pessoal dos filhos: a diferenciação e separação se colocam como elementos conflituosos.

As figuras masculinas são valorizadas ao não contrariarem sua pessoa, enquanto que há um conflito/rivalidade com as figuras femininas: filha (que a contraria) e nora (que lhe faz "perder" o filho). Considerando a carga de investimento libidinal sobre o próprio corpo e as relações interpessoais que estabelece, podemos observar um forte conflito narcísico que dentre outras coisas se revela através de sua depressão.

Gabriela não se conforma com as perdas e com os limites que para além de um processo de luto real, implicam no afrontamento de sua fantasia de onipotência. Ela não consegue lidar com a realidade da castração.

Por um lado, as convulsões e a depressão surgem como sintomas numa manifestação de sofrimento pelas dificuldades da vida. Por outro, se antes Gabriela tinha seu lugar de destaque e reconhecimento pela “agitação” e pelo “abraçar o mundo”, agora é pela doença que esse lugar se mantém. Esses sintomas também surgem em resposta ao conflito gerado pelas mudanças nos vínculos grupais, buscando manter as alianças inconscientes estabelecidas.

7. Considerações Finais

Como apresentado na introdução teórica do presente trabalho, a questão da depressão se coloca no meio de uma série de controvérsias: As pessoas estariam efetivamente mais deprimidas atualmente? Perante uma sociedade que prega a felicidade constante, haveria um rebaixamento do limiar de tolerância com relação a formas de tristeza levando a uma patologização de todo e qualquer mal estar? Nesse sentido, associada a questões mercadológicas, haveria uma flexibilização do diagnóstico de depressão, ampliando seu escopo e seu alcance, e contribuindo para o processo de crescente medicalização?

Consideramos que a polêmica acerca da depressão não pode nem tornar ilegítima a experiência de sofrimento do sujeito que busca auxílio para suas dores, nem desconsiderar as questões que sustentam tal sofrimento. Não se trata de negar a existência de uma psicopatologia chamada depressão, mas refletir sobre os fatores envolvidos no seu aparecimento e no conjunto de dispositivos de cuidados que se articulam ao seu redor.

Nesse sentido, nos alinhamos com o pensamento de Canguilhem (1995) ao considerar que a ameaça da doença e o mal estar fazem parte da saúde e em última instância da vida. O problema se instala quando o sujeito fica preso à situação de sofrimento e adoecimento, não conseguindo superá-los e instaurar para si novas normas de vida.

Na maior parte dos casos analisados, é essa situação que observamos: o prolongamento ao longo dos anos de um quadro de sofrimento ou uma situação de vida que não permite uma melhora dos sintomas ainda recentes. A medicação psicotrópica torna-se analgésico.

Ao longo das entrevistas realizadas, muitas vezes a doença fica num segundo plano, o que sobressai é o contexto de vida. As mulheres falam de uma dor de existir. As conversas discorreram sobre a vida como um todo, a história pessoal, em especial o universo de relações familiares e a questão do lugar da mulher: mãe, esposa, dona de

casa, filha, trabalhadora. As dificuldades do campo socioeconômico marcam suas trajetórias: a pobreza, o sustento batalhado arduamente, a casa própria construída pouco a pouco, o peso e as exigências do trabalho (doméstico ou não) normalmente começado já na infância e adolescência.

Não se trata de construir um raciocínio de causalidade com relação à depressão, mas sim analisar os aspectos vinculares do contexto das mulheres entrevistadas que estão em jogo no surgimento da depressão ou de seus sintomas. Vínculos estes atravessados também por questões de ordem social mais ampla.

Se a depressão se caracteriza como o desejo de ocupar o lugar ideal perante o Outro e a perda desse espaço de gozo, observamos em parte dos casos analisados (Beatriz, Iolanda, Maria, Lígia) a dificuldade de lidar com a renúncia a essa posição. A onipotência e a dificuldade de lidar com a castração, abrindo mão do ideal de completude são observadas nos depoimentos. Além da compreensão de uma dinâmica intrapsíquica da depressão, buscamos analisá-la do ponto de vista da cadeia de vínculos e da inserção social dessas mulheres. Nesse sentido, podemos pensar que abrir mão do ideal de Todo torna-se ainda mais difícil quando a vivência do desamparo foi mais marcante: recurso a fragilidade do continente de sustentação narcísico.

Como discutido anteriormente, o aparelho psíquico grupal constituído pelos membros do grupo familiar vai servir de apoio para o aparelho psíquico do sujeito, tendo também uma função intermediária entre os valores socioculturais e o sujeito. Segundo Kaës et al. (2001, p.13):

> O grupo que nos precede, em particular alguns de seus membros considerados pelo *infans* como seus representantes, nos sustenta e nos mantém numa matriz de investimentos e de cuidados, ele predispõe sinais de reconhecimento e de apelo, designa lugares, apresenta objetos, oferece meios de proteção e de ataque, traça vias de realização, indica limites, enuncia interditos.

O grupo se configura como apoio à constituição psíquica da criança, apresentando os objetos, figuras e discursos a partir dos quais o espaço intrapsíquico, o Eu, o superego e ideais se modelam. Nas entrevistas, observamos a constituição do sujeito a partir de seu pertencimento familiar, das alianças inconscientes que aí se estabelecem, dos organizadores psíquicos grupais que definem roteiros de lugares e modalidades de vínculo. As fantasias de sacrifício e reconhecimento, de aniquilamento, de destruição e culpa, os pólos opressor/oprimido, onipotência/impotência, dentro/fora, controle/descontrole dentre outros se colocam no jogo de identificações grupais.

A análise das entrevistas coloca em pauta a questão da transmissão psíquica: afetos e representações são transmitidos entre os membros de um grupo familiar e através de gerações. Conforme Kaës (2005a), aquilo que se transmite são principalmente *configurações de objetos psíquicos*, ou seja, objetos e seus vínculos com aqueles que antecedem cada sujeito. Vemos nos relatos das mulheres entrevistadas, histórias nas quais elementos do âmbito interpsíquico e transpsíquico se fazem presentes no surgimento dos sintomas. Questões intergeracionais surgem nos conflitos ora vividos.

Percebemos em quase todas as entrevistas efeitos dessas transmissões que se dão através dos contratos narcísicos e alianças inconscientes grupais: a vivência do ciúme na família de Irene, o lugar de sacrifício e santificação em Maria, a intensa vivência de medo em Beatriz.

As figuras parentais em parte dos casos analisados são marcadas por forte rigidez ou sofrimento, pautando uma formação superegóica extremamente exigente e por vezes cruel. Em alguns casos (Irene e Lígia) o apoio narcísico é vivido como não suficiente, fragilizando o sujeito.

Outra questão implicada na análise diz respeito às influências do âmbito social na constituição psíquica do sujeito. Segundo Kaës et al. (2001), o sujeito não é sujeito de um único grupo, nele coexistem diversos espaços psíquicos intersubjetivos. Através desses diferentes grupos são transmitidas as referências identificatórias, as formações de ideais, os enunciados ideológicos, os mitos, os ritos, os mecanismos de defesa e uma parte da função recalcante fixados através das alianças inconscientes.

Desse modo, as próprias formações do inconsciente são transmitidas pela cadeia das gerações e dos grupos contemporâneos. Sobre a psique do sujeito recai desde sempre uma exigência de trabalho psíquico relativa à sua ligação com o intersubjetivo, à sua subordinação aos conjuntos a que pertence (família, grupos, instituições, massas).

Surge em todas as entrevistas um conjunto de representações, afetos e lugares herdados do grupo familiar primário e também da relação com seus grupos sociais secundários (a conversão de Maria à religião evangélica, a relação de Irene com os colegas da escola e de Iolanda com as pessoas em melhores condições sociais em sua comunidade).

No que diz respeito à afiliação comunitária e social dessas mulheres nos deparamos com fraturas no continente de suporte social. Se a fragilidade e o desamparo no ser humano são estruturais, na condição das mulheres entrevistadas há um a mais.

Observamos que as experiências da crise e do trauma estão presentes na história de todas. As precariedades da vida estão postas de um modo ou outro, tendo sempre um caráter precoce: pobreza, insegurança financeira, violência, dependência química na família, restrição de um apoio social/comunitário etc. A impossibilidade de elaboração das questões vividas ao longo de sua história leva a um quadro de atuações e repetições de modelos aprendidos em seus núcleos primários.

Observamos que, na tensão entre os pólos da isomorfia e homomorfia no funcionamento grupal, há uma tendência à isomorfia no relato sobre os grupos familiares apresentado pelas mulheres. Tal tendência é marcada por movimentos de indiscriminação eu/outro e pela ameaça à integridade grupal a partir de elementos externos ou da mudança nas posições dos sujeitos no grupo.

No que diz respeito ao trauma, conforme Kaës (2005a), as patologias dessa ordem se caracterizam, atualmente, como uma das grandes fontes de sofrimento do ser humano. Elas se configuram como patologias conjuntas do narcisismo, dos contratos intersubjetivos e dos espaços intermediários ou da transicionalidade.

Para Freud, o evento traumático se constitui como uma situação de desamparo perante a uma situação de perigo. O perigo por sua vez é a vivência de um inundamento psíquico, na qual o aparelho não da conta do afluxo pulsional (Menezes, 2008).

Segundo Kaës (1994, 2005a), o trauma está associado ao fracasso das formações intermediárias. O desabamento dos espaços intermediários e das funções de proteção e transformação associadas a eles produz uma colagem do sujeito ao objeto traumático que mantém a excitação pulsional e repetição do traumatismo. Desse modo, é produzida uma segunda colagem que mantém uma dependência vital do sujeito com o envelope de paraexcitação. Observamos um movimento de oscilação entre o objeto e cena traumático e o objeto e cena salvadores: o eu traumatizado varia entre a identificação com o agressor e a identificação com o salvador.

Seja pela violência de um pai ciumento no caso de Irene, a sobrecarga de responsabilidade precoce na vida de Lígia, a ameaça de perda da mãe de Iolanda, a violência vivida no ambiente familiar de Maria, a cena do trauma retorna em momentos de crise (que também são vividos por Beatriz e Gabriela) gerando um quadro de sofrimento. A oscilação entre a cena traumática e a cena salvadora é observada na eleição amorosa de um companheiro (de um agressor em Irene e Maria, e de um salvador em Lígia e Iolanda).

No que diz respeito à crise, Kaës (1994, p.138) afirma que ela é:

un desorden de la articulación de los elementos de un conjunto, o de las relaciones entre conjuntos. Los sistemas vivientes están em relaciones de interdependencia entre ellos. Esta particularidad orienta la investigación sobre las crisis internas em vista de sus relaciones com las formaciones que las contienen y por outra parte las determinan o las obrientan. La articulación psicosocial se revela por el fracaso de la función intermediaria. Lo que estaba articulado, pasaje y reducción de antagonismos, está separado, opuesto; es exactamente ésa la esencia de la crisis: disyunción, enjuiciamiento, separación; y ello por el develamiento de um sentido.

Assim, observamos que a situação de crise surge no caso da separação de Lígia, da migração de Beatriz, no uso de drogas da filha de Maria, operando uma desorganização dos papéis previamente estabelecidos e abalando seus pontos de apoio psíquico. Aí, as formações intermediárias já fragilizadas, não dão conta.

A precariedade do apoio comunitário e social é comum nos depoimentos gerando uma situação de vulnerabilidade. A função de segurança psíquica dada pelo metaenquadre social é deficitária e a experiência do desamparo surge em várias situações. O acúmulo de situações traumáticas ao longo da história dessas mulheres (e mesmo no âmbito transgeracional) pode estar a afetar o trabalho do pré-consciente, atacando as funções e estruturas intermediárias, e o jogo transicional.

Na primeira tópica de Freud, o pré-consciente é um sistema do aparelho psíquico que efetua certos processos de transformação de conteúdos inconscientes que retornam à consciência. Esse sistema abarca a capacidade associativa e interpretativa, elementos vitais para a vida psíquica do sujeito. Nesse sentido, a função do pré-consciente é fundamental nas simbolizações e na atividade de sublimação. Analisaremos mais à frente as restrições sublimatórias e a falta de espaços transicionais na situação de vida das mulheres entrevistadas.

Os efeitos da violência estão postos em quase todos os casos analisados (Iolanda, Irene, Beatriz, Maria). Oscilando entre a violência sofrida e efetuada contra o outro. Compreendemos que tal violência se coloca como um impedimento para o trabalho do pensamento no grupo.

Segundo Kaës (2005a, p. 69),

O vínculo de violência é mantido para criar um estado de não pensamento: a ameaça mútua, a onipotência e a provocação à busca de limites são os elementos pelos quais a raiva se encontra constantemente mobilizada. Gritar bem forte, bater, agir, insultar, são as modalidades que colocam a vida psíquica fora do

circuito e realizam a exigência de não pensar. Uma irritação lábil ou permanente engendra, em um movimento circulatório auto-alimentado, o medo, a raiva, a ferida narcísica que não se cicatriza. A raiva solda um grupo que se refere somente a si mesmo e torna particularmente difícil separar-se e diferenciar-se. As funções de colocar em latência e de representar a fala ficam paralisadas ou inexistentes.

Para além de questões culturais nas quais a autoridade parental inclui a violência contra os filhos, podemos pensar que perante a fragilidade de suporte social, principalmente no que diz respeito ao sustento financeiro, a violência também seria um modo de garantir a coesão grupal familiar. Ao analisar a falência dos referenciais socioculturais de comunidades africanas, Kaës (2005a) observa que a figura de autoridade no grupo muitas vezes torna-se coercitiva, constituindo-se como único cimento da derradeira coesão familiar e pessoal. “Ao se fixar, a autoridade se torna um obstáculo a uma eventual evolução, ela interdita a expressão e a superação dos conflitos.” (p. 62). Esse quadro de coerção é visto em parte das entrevistas: Maria, Irene, Beatriz, Iolanda.

Um dos aspectos que nos chama a atenção ao longo das entrevistas é a forte identificação entre mãe e filha. Como mencionado anteriormente, Freud, ao analisar o desenvolvimento psíquico da menina, afirma que a fase pré-edípica tem uma importância muito maior nesta do que no menino. Aí se dá uma intensa ligação com a figura materna.

> A diferença anatômica que distingue o menino da menina também estabelece diferenças na relação entre mãe e bebê. Se o corpo do filho obriga a uma discriminação, a uma alteridade, o corpo da filha apresenta-se como duplicação, uma continuação. Assim, enquanto o menino busca sua identidade em movimentos de afastamento, a menina apóia-se sobre a necessidade de ser como a mãe. (Alckmin et al., 2002, p.268)

Há em vários casos a dificuldade de superação dessa ligação e elaboração da separação, advinda da vivência de desamparo. Perguntamo-nos, ao final deste trabalho: haveria uma articulação entre a maior prevalência de depressão nas mulheres e o prolongamento e importância da fase pré-edípica nestas, dificultando a renúncia a tal união, com o enfrentamento da castração?

Em Iolanda, Maria e Beatriz, observamos a predominância daquilo que autores como Rohéim e Hermann (apud, Kaës, 2005a) vão denominar como pulsão de

agarramento que, com o objetivo de garantir uma segurança física e psíquica, visa reencontrar a mãe, mantendo a *unidade dual*. Esse movimento se coloca em oposição a uma pulsão de exploração que visa à busca de novos substitutos maternais. Haveria aí um movimento de oscilação entre uma atitude narcísica e o movimento de busca do objeto. Presenciamos a problemática do espaço intermediário nas entrevistas: a dificuldade de existência dessa possibilidade de estar junto mas separado. Aquilo que se inicia na relação com a mãe vai ser reproduzido na relação com o marido e filhos, prendendo-as na angústia.

Em parte dos casos, a figura materna se mantém em um lugar idealizado. Em contrapartida, o lugar paterno é caracterizado pela violência ou por uma presença muito menos marcante do que a mãe. Com relação à figura masculina, ora ela está identificada à violência, agressividade, sexualidade e transgressão, ora é idealizada como alguém perfeito e por vezes assexuado: um anjo. Muitas vezes, o homem oscila entre dois pólos: violência e fragilidade. Excetuando o caso de Iolanda, a relação com os homens é marcada pelo sofrimento, seja no vínculo de filiação (a figura do pai) ou de conjugalidade.

Observamos na história dessas mulheres e no desenvolvimento de seus sintomas, atravessamentos culturais como questões de gênero e de níveis sócio-econômicos. A identificação mãe/filha atravessa as gerações trazendo em seu bojo modelos do feminino há muito arraigados em nossa cultura: o conflito entre maternidade e sexualidade, a mulher como cuidadora do lar e da família, a mãe que deve amar incondicionalmente os filhos, a paciência, fidelidade e tolerância como características da mulher. A repressão da sexualidade transmitida é principalmente pelo vínculo com a figura materna (Beatriz, Maria). De um modo geral, os papéis tradicionais entre homens e mulheres são mantidos.

A cultura funciona como um metaquadro no qual o enredo familiar e seus elementos intrapsíquicos e intersubjetivos vão ganhar sentido; ela se constitui como o pano de fundo dos espaços *interpsíquicos*. É nesse âmbito que são formados os conteúdos transpsíquicos (Kaës, 1997), constituídos por formações psíquicas de nível antropológico. Estas correspondem

> a montagens de estruturações psíquicas e de esquemas de representação próprias à espécie, transmitidas de geração em geração e reinventadas na epigênese: proibições básicas, esquemas de representação dos enigmas sobre o engendramento, a diferença dos sexos, a sexualidade, a morte. Dessas

configurações antropológicas invariantes brotam as variantes e versões individuais que formam a ancoragem de cada subjetividade. (p.110)

Consideramos que a grande importância dos cuidados domésticos e todas as projeções que são feitas sobre esse ambiente são dadas não unicamente por uma questão de gênero, mas também pelas condições sociais que não propiciam outros lugares de ligação e satisfação pulsional. Nesse contexto, os objetos de investimento se vêem limitados e vulneráveis, sendo por vezes alvo de um excesso de demandas e idealizações: a casa, o casamento, os filhos, o trabalho insatisfatório ou pesado. Observamos que para todas elas faltam saídas sublimatórias.

Ainda na questão da identificação entre a menina e a mãe, segundo Kehl (1996), para a geração de mulheres filhas de uma longa tradição de "rainhas do lar", a capacidade de sublimação passa pela possibilidade de identificação com a figura paterna. Nesse contexto, a identificação com a mãe geralmente produz uma restrição infeliz de resignação aos papéis domésticos e maternais.

Na presente pesquisa, as mães das mulheres entrevistadas não se configuravam como as donas de casa de classe média. Elas trabalhavam em serviços pesados para ajudar a garantir a subsistência do grupo familiar. O trabalho também era pesado para muitas das entrevistadas (a maior parte delas foi faxineira ou empregada doméstica). Na maior parte das vezes, ele não se configura como um espaço de realização pessoal ou financeira. Há aqui uma marca de classe social. No que diz respeito à identificação com a figura paterna observamos um processo conflituoso, pois como observado anteriormente ora esse pai é agressivo, alcoolista, ora amoroso mas ausente, ora submisso.

Se, conforme Rohéim (1972, apud Kaës, 2005a, p.59), "a civilização e a cultura são elaborações resultantes do modo pelo qual o homem 'brinca' com os brinquedos que ele cria com a maior seriedade", essas mulheres têm muito pouco acesso à possibilidade do 'brincar'. Segundo Winnicott (1975), o espaço potencial se constitui a partir da possibilidade da confiança. A experiência cultural se localiza nesse espaço e só pode acontecer se o sujeito tem um lugar para colocar aquilo que ele encontrar/criar. Nesse sentido, em muitos casos analisados esse espaço (intermediário, transicional) está ameaçado por uma série de eventos (conflitos familiares, condições socioeconômicas precárias).

Essa configuração vai ao encontro da análise de Kaës (2005a) sobre o mal estar no mundo contemporâneo. Ele atribui este à deficiência ou ausência das formações

intermediárias, já que as pessoas não dispõem de processos suficientemente seguros que as introduzam na experiência cultural.

Segundo tal autor:

> O mal-estar do mundo moderno nos confronta a um conjunto de transformações agudas que afetam as funções do intermediário no campo da vida social e da cultura. Eu evocaria a mutação das estruturas familiares e a fratura dos laços intergeracionais; a notável mudança (advinda em apenas duas décadas) nas relações entre os sexos (notadamente no *status* da mulher); a transformação dos vínculos de sociabilidade, de estruturas de autoridade e de poder; e a confrontação violenta resultante do choque entre as culturas. Todas essas transformações põem em xeque as crenças e os mitos que asseguram a base narcísica de nosso pertencimento a um conjunto social. Elas comprometem os fundamentos da identidade. (Kaës, 2005a, p.53)

Observamos alguns dos aspectos acima apontados no relato da história de vida das mulheres entrevistadas. Como dito anteriormente, se o feminismo constituiu um grande avanço nas conquistas sociais das mulheres, ele não se dá de modo uniforme. Na vida dessas mulheres coexistem modelos novos e antigos, não sem conflitos: o desejo de continuar estudando e a necessidade de cuidar da família, os filhos que saem para as "baladas" e geram grande preocupação, a filha adolescente que tem a liberdade de dormir na casa dos pais com o namorado, mas não cuida das coisas da casa como sua mãe gostaria.

A partir do pensamento de Freud, o destino normal da mulher seria a maternidade, sendo esta, na análise de H. Deutsch (1994, apud Birman 1999, p. 206), a forma pela qual a mulher poderia ter acesso à sublimação, marcada pela preocupação com os filhos. Tal "destino" na vida das mulheres entrevistadas é conflituoso e limitante: em algumas situações, observamos o desejo de ter o filho só para si, figura idealizada, imagem e semelhança cuja ruptura causa sofrimento, em outras, ele é objeto causador de inúmeras frustrações e inclusive adoecimento (como no caso de Maria e Iolanda).

No vínculo entre mães e filhos, se por um lado os afetos hostis com relação à violência e restrições rígidas dos pais com essas mulheres são negados, por outro, quando a própria agressividade destas se manifesta sobre seus filhos (Irene, Iolanda, Beatriz), a vivência é de uma profunda culpa. A hostilidade normalmente não é canalizada sobre a figura do marido, mas se volta contra a criança. Levantamos a

hipótese de que é a identificação com a própria situação de fragilidade e desamparo da criança que facilita a reprodução da cena de violência sobre esta.

Ainda no que diz respeito à relação entre pais e filhos, observamos diferenças entre as gerações. Se os pais dessas mulheres eram bastante rígidos, elas, ao buscarem não reproduzir esse padrão com os filhos, muitas vezes ficam sem parâmetros (como no caso de Iolanda, Beatriz e Irene).

Diante da perda de referenciais devido às rápidas mudanças de valores sociais, é sobre a ciência e a religião que se lançam as últimas seguranças e referências. A religiosidade surge como apoio contra o desamparo em boa parte das entrevistas. Se o modelo da família nuclear está em crise, o profissional de saúde é a figura na qual elas buscam ajuda seja para cumprir o papel de mãe, seja para resolver as dificuldades dos filhos (timidez, hiperatividade).

No conjunto dos depoimentos, há um discurso que cotidiana e assiduamente chega aos serviços de saúde, pedindo o auxílio das equipes: mulheres sofrendo de dores, ansiedades, mal-estar, depressão. Mulheres falando de seus problemas com seus maridos, filhos, trabalho. A dependência química de familiares, a violência doméstica, os problemas de comportamento dos filhos. Mulheres que muitas vezes são recebidas e encaixadas pelos serviços de saúde dentro de um conjunto de denominações: poliqueixosas, mulheres co-dependentes, deprimidas, ansiosas, mães que não sabem colocar limites para seus filhos.

A singularidade de suas histórias muitas vezes se perde sob a escuta já anestesiada pela exaustão do enfrentamento da longa fila de pessoas que chegam todos os dias no serviço de saúde com os mesmos problemas. Poliqueixosas talvez não por apresentarem queixas de todas as ordens, mas por portarem o sofrimento de mais de um, de um grupo: o comportamento dos filhos, as dificuldades de relacionamento com o marido, os problemas financeiros e de subsistência.

A designação “depressão” é utilizada pelas mulheres e pelas equipes de saúde como um nome que dá sentido e explica as vivências e reações daquelas. No entanto, observamos que se corre o risco de atribuir uma essência e lugar a tal diagnóstico que acaba por encobrir os aspectos psíquicos e sociais envolvidos no processo de sofrimento.

Ao longo de nossa análise, observamos que a doença surge como solução de compromisso com relação aos conflitos vividos não unicamente na ordem do indivíduo, mas no conjunto de relações estabelecidas sincrônica e diacronicamente. Resposta a seu

lugar estabelecido em seu grupo primário e também a seu grupo familiar atual. A depressão se tece ainda como elo na relação com os grupos secundários: a comunidade de vizinhos (Beatriz), a igreja (Maria), o serviço de saúde (Iolanda, Gabriela).

Desse modo, podemos tomar essas mulheres como porta-sintomas de uma cadeia de vínculos mais ampla que inclui não só seu núcleo familiar como também seu pertencimento social. Segundo Kaës (2005b, p.227), "o porta-sintoma não é considerado como o ponto débil do sistema, mas sim como um sujeito que toma sua própria parte na divisão que ele representa e que atua ante um conjunto de outros que, desse modo, sustentam esse sintoma e são parte dele". A depressão marca certa nostalgia do que foi e não é mais ou a falta daquilo que deveria ter sido (o fim do casamento, os sonhos não realizados, a transformação na relação com os filhos). Nesse sentido, ela cumpre uma função intermediária ao ligar os sujeitos do núcleo familiar, muitas vezes colaborando com a manutenção das relações historicamente estabelecidas no grupo (a união mãe/filho(a), a posição decepcionante do outro, o laço conjugal).

No que diz respeito ao tratamento, observamos entre as mulheres entrevistadas, posicionamentos que são representativos de diferentes modos de relacionamento com o serviço: dúvidas com relação a diagnósticos, falta de informação, prescrição de medicação psicotrópica sem um acompanhamento e controle mais rigorosos, abandono do tratamento por conta própria.

De um modo geral, os processos de tratamento são insuficientes e precários. As entrevistadas têm diversas dúvidas com relação ao uso da medicação além de não conseguirem identificar ao certo as especialidades dos profissionais. Muitas vezes, a falta de recursos terapêuticos nos serviços, leva à medicalização da queixa como única resposta.

O serviço de saúde é um dos principais lugares ao qual as mulheres remetem sua demanda. No entanto, observamos uma precariedade no que diz respeito a espaços de elaboração do sofrimento vivido que se transformam em sintomas. Faltam condições de vida melhores.

Se a atividade do pré-consciente encontra-se deficitária nesses casos, a resposta única da medicalização, ao funcionar como um analgésico, acaba por dificultar ainda mais a atividade de simbolização necessária para o processo de trabalho psíquico e de transformação do sofrimento vivido.

Segundo Kaës (2005a, p.68),

> As patologias do pré-consciente só podem ser tratadas e compreendidas à medida que o trabalho do pré-consciente do outro (essencialmente por sua atividade de colocar em palavras e em fala endereçada a um outro) restabelece as condições de uma retomada da atividade de simbolização.

Desse modo, o tipo de atendimento que está sendo desenvolvido nos serviços de saúde deve ser questionado. A instituição não colabora na maior parte das vezes com a constituição de lugares de apoio que possam suprir as funções deficitárias do pré-consciente.

Consideramos que a saúde mental não deve se reduzir a um modelo biologicista. Se a farmacologia vem ajudar no tratamento do sintoma e do sofrimento, ela não deve substituir ou encobrir a complexidade que está posta na questão da vivência subjetiva. A grande maioria das mulheres entrevistadas faz uso de algum tipo de medicação psicotrópica, sem, no entanto, haver uma remissão dos sintomas ou uma superação dos conflitos enfrentados.

O espaço psicoterapêutico é valorizado por aquelas que o frequentam, mas apontado como um lugar de orientações, nas quais o especialista ensina “as coisas da vida”. Perguntamo-nos se os serviços de saúde, em seu padrão queixa/conduta, não estariam a tamponar o espaço de simbolização necessário para o trabalho do pensamento.

Outro recurso enfatizado pelos profissionais de saúde são as atividades físicas, recomendação corrente em todos os setores da saúde e na mídia em geral. Efetivamente, Beatriz e Iolanda relatam uma melhora em seu estado de ânimo. No entanto, não se sabe se isso ocorre pela atividade física em si ou pelo contato com outras pessoas e saída do ambiente no qual elas sentem-se presas. Observamos que as atividades e participação em grupos fora do ambiente doméstico fazem com que elas sintam-se melhores. Isso reforça a idéia de que faltam a essas mulheres possibilidades sublimatórias e outros grupos de pertencimento além do núcleo familiar. Psicologicamente restritas ao ambiente doméstico, resta a elas as preocupações e angústias.

Roudinesco (2000) afirma que no que concerne ao psiquismo, os sintomas se configuram menos como uma doença em seu sentido somático e mais como um estado. Desse modo, sua cura implica numa transformação existencial do sujeito. Tal transformação está ligada aos sujeitos e aos serviços de saúde, mas vai além destes. Os aspectos envolvidos no surgimento da depressão são múltiplos, e as respostas médicas e psicológicas devem ser elementos de um conjunto mais amplo.

Assim, no que diz respeito à saúde mental, corroboramos a afirmação de Fernandes (2005, p.41), segundo a qual:

> Ocupar-se da saúde mental significa, num primeiro momento, procurar conceituá-la deixando-a 'livre' da herança clínico-médica que a reconhece sempre no eixo da saúde e da doença e indica as abordagens psicoterapêuticas como instrumentos de acesso e definição sobre o seu caráter. Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e de conduzir a discussão à dimensão da subjetividade de nossa cultura e das singularidades próprias do movimento de constituição do sujeito psíquico.

A saúde mental deve ser algo inerente a uma saúde integral e ao bem estar social dos indivíduos, famílias, comunidades e instituições. Ela está intrinsecamente articulada não só ao estudo dos problemas de saúde e doença mental, mas também às questões psicossociais e à organização dos recursos necessários para respondê-las. Nesse sentido, há uma interação dialética entre as relações histórico-sociais, os valores sócio-culturais, os fenômenos políticos, as vicissitudes dos conjuntos humanos e os enfrentamentos de poder (Guinsberg 1996, apud Fernandes, 2005).

No que diz respeito às políticas públicas do campo da saúde, as diretrizes da integralidade, da ação intersetorial e da promoção de saúde dentre outras são importantes na construção de uma saúde social. Já discutimos anteriormente os percalços nesse processo. Por outro lado, se as entrevistas nos colocam a necessidade de se considerar tais diretrizes, há algo além disso, que questiona o vínculo constituído entre a equipe de saúde e as pessoas atendidas, a relação entre os discurso e dispositivos técnicos, e a população. Nos últimos anos, tem havido um número crescente de projetos não só no campo da Saúde como também da Educação e Assistência Social voltados às classes populares, que contemplam espaços grupais como modalidade de intervenção com objetivos de educação em saúde, socioeducativos, sócio-comunitários etc. Perante tal contexto, surge a questão sobre aquilo que está a se produzir a partir desses espaços intersubjetivos. Observamos que entre as propostas políticas e a existência dos sujeitos há um fosso.

Conforme Canguilhem (1990b, apud Caponi, 2003), o conceito de saúde não se restringe às funções orgânicas, ou a conceitos científicos, mas diz respeito também a um *corpo subjetivo*. Desse modo, a saúde deixa de ser um objeto exclusivo dos especialistas e passa a ser uma questão intrinsecamente associada à vida e à história dos próprios sujeitos. Cabe ao profissional de saúde não só dominar um saber especializado sobre as

doenças, mas também contemplar o conhecimento que cada paciente tem sobre si. Essa concepção vai de encontro a todo um discurso científico que se quer único na determinação da vida e da morte, da saúde e da doença.

É esse espaço de escuta do sujeito e seu sofrimento que normalmente fica obturado e subordinado ao discurso do saber científico em suas diversas especialidades. Importa ressaltar que ao falarmos de escuta, não estamos restringindo esse gesto ao denominado campo “psi”. Aliás, considerando que o sujeito se apoia e se constitui a partir de seus grupos de pertencimento, os espaços de elaboração das questões vividas não se reduzem ao âmbito das psicoterapias, sejam elas individuais ou grupais. Elas, assim como outros dispositivos terapêuticos no âmbito da Saúde Mental, são estratégias importantes, no entanto, não dão conta de resolver questões concretas de âmbito socioeconômico. A garantia de condições de vida dignas e a possibilidade de acesso à experiência cultural se constituem como aspectos importantes na ressignificação de vivências e lugares recorrentemente reproduzidos.

Referências

Alckmin, H., Casakin, M., Sinisgalli, S. Batalhão, S. (2002). Tornar-se mulher: semelhante e estranha. In S.L. Alonso, A.C. Gurfinkel, D.M Breyton (Orgs.). *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* (pp. 266-276). São Paulo: Escuta

Almeida, C.P., Moura, U.M. (Orgs.). (1997). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia.* Rio de Janeiro: Contra Capa.

Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C., Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica* [On line]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf

Anzieu, A. (1992). *A mulher sem qualidade: estudo psicanalítico da feminilidade.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anzieu, D. (2004). *La dinámica de los grupos pequeños.* Madri: Biblioteca Nueva.

Arán, M. (2002). *O avesso do avesso: feminilidade e novas formas de subjetivação.* Rio de Janeiro: Garamond.

Ayres, J.R.C.M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* São Paulo: Hucitec.

Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino.* São Paulo: Editora 34.

_____. (2001b). *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

_____. (2001a). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bauman, Z. (1999). *Modernidade e ambivalência.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Beauty business turns heads in Brazil. (2010, Janeiro 19). *Financial Time* [On line]. Disponível:http://www.ft.com/cms/s/0/cb87fcd4-0522-11df-a85e-00144feabdc0.html#axzz1BsE8uMOs

Bernard, M. (1997). *Introducción a la lectura de la obra de René Kaës.* Buenos Aires: Associación Argentina de Psicologia y Psicoterapia de Grupo.

Brasil está em segundo lugar no ranking mundial de cirurgias plásticas. (2010, Maio 5). *Correio do Brasil*. [On line]. Disponível: http://correiodobrasil.com.br/brasil-esta-em-segundo-lugar-no-ranking-mundial-de-cirurgias-plasticas/164770/

Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In. D. Czeresnia & C.M. Freitas (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. (2009). Um análisis epistemológico del diagnóstico de depressão. *Revista Interface. 13(29),* 327-338.

Carreteiro, T.C. (2002). A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In B. SAWAIA (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.* Petrópolis: Vozes.

Carvalho, L.F. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de psicologia, 9*(1), 121-129.

Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise.* Rio de Janeiro, Francisco Alves.

Coser, O. (2003). *Depressão: clínica, crítica e ética.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Czersnira, D. & Freitas, C.M. (orgs.) (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional.* v. 54, n.14, p. 7-11.

Deleuze, G. (1992). *Conversações.* Rio de Janeiro: Editora 34.

Delouya, D. (2001). *Depressão.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2002). O feminino entre construção psíquica e contemporaneidade. In S.L. Alonso, A.C. Gurfinkel, D.M Breyton (Orgs.). *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* (pp. 45-52). São Paulo: Escuta

Depressão. (2004, Outubro 8). *Psicosite* [On line]. Disponível em: http://www.psicosite.com.br/tra/hum/depressao.htm

Fernandes, M.I.A. (1999a). Saúde mental: a clausura de um conceito. *Revista USP, 43,* 90-99

_____. (1999b). Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In M.I.A. FERNANDES, I.R. SCARCELLI, E.S. COSTA (Orgs.), *Fim de século: ainda manicômios?* (pp. 39-46). São Paulo: IPUSP.

_____. (2003). O trabalho psíquico da intersubjetividade. *Psicologia USP, 14*(3), 47-55.

_____. (2005). *Negatividade e vínculo: a mestiçagem como ideologia.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fleck, M.P.A., Lima, A.F.B.S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V.R., Camey. S., Grupo LIDO (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública, 36*(4),431-438.

Foucault, M. (1997). *História da sexualidade I: a vontade de saber.* Rio de Janeiro: Graal.

Freud, S. (1892-1899/1996). Rascunho G. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In. S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1909/1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1909/1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1913-1914/1996). Totem e tabu. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1914/1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1917 [1915] /1996). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1917 [1916-17]/1996). Conferência XXV. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1918 [1914] /1996). História de uma neurose infantil. In. Freud S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1921/1996). Psicologia de grupo e análise do ego. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1925/1996). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1926 [1925] /1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1930/1996). O mal estar na civilização. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1931/1996). Sexualidade feminina. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1933 [1932] /1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXXIII - Feminilidade. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago.

Guimarães, A.P.L. (2008, Novembro 12). Em 4 anos, venda de antidepressivos cresce mais de 40%. *Folha Online* [On line]. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u466775.shtml

Kaës, R. (1985). El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas consecuencias teoricas en relacion a los conceptos de individuo y grupo. *Revista Temas de Psicologia Social, 7,* Buenos Aires: Ediciones Cinco.

_____. (1994). *La invención psicoanalitica dle grupo*. Buenos Aires: Associación Argentina de Psicologia.

_____. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2000). *Las teorias psicoanalíticas del grupo*. Amorrortu: Buenos Aires.

_____. (2005a). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2005b). *La palabra y el vínculo: procesos asociativos em los grupos.* Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (Org.). (2005c). *Sufrimiento y psicopatologia de los vínculos institucionales: elementos de La práctica psicoanalítica em instituición.* Buenos Aires: Paidós.

Kaës, R., Missenard, A., Kaspi, R., Anzieu, D., Guillheumin, J., Bleger, J. (1979). *Crisis, ruptura y superacion: análisis transicional em psicoanálisis individual y grupal.* Buenos Aires: Editora Cinco.

Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., Baranes, J.J. (2001). *A transmissão da vida psíquica entre gerações.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kehl, M.R. (1996). *A mínima diferença: masculino e feminino na cultura.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1998). *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões.* São Paulo: Boitempo.

Koda, M.Y. (2009). Da medicalização à singularidade. In M.S. Patto (Org.), *A cidadania negada: políticas públicas e formas de viver* (pp. 535-548). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lara, M.A., Acevedo, M., Berenzon, S. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saúde Pública* [On line]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300019&lng=pt&nrm=iso

Lefèvre, F. (1983). A função simbólica dos medicamentos. *Rev. de Saúde Pública*, *17*(6), 500-503.

_____. (1987). A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, *21*(1), 64-67.

Lima, M.C.P., Menezes, P.R., Carandina, L. Cesar, C.L.G., Barros, M.B.A., Goldbaum, M. (2008). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública* [On line]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019&lng=en&nrm=iso>

Lima, M.C. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [On line]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf

Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R.J., Novaes, H.M.D., César, C.L.G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [On line]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf

Mari, J.J., Jorge, M.R., Kohn, R. (2007). Epidemiologia dos transtornos psiquátricos brasileiros. In M.F. Mello, A.A. Mello, R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp.119-141). São Paulo: Artmed.

Martinez, C. (2007, Dezembro 7). Uma indústria do bem estar. *Valor Econômico* [On line]. Disponível em: http://www.criancaeconsumo.org.br/imprensa/1060.html

Moreno, R.A., Moreno, D.H., Soares, M.B.M. (1999). Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, *21*(1), 24-40.

Neves, C.E.A.B. (1997). Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. In A.E. Silva (Org.). *Subjetividade: questões contemporâneas.* São Paulo: Hucitec.

Oliveira, E.N. (2000). *Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química.* Sobral: Edições UVA.

Pereira, W.C.C. (2004). *O adoecer psíquico do subproletariado*. Rio de Janeiro: Imago.

Rivotril: por que o medicamento é o segundo mais vendido no país?. (2009, Fevereiro 19). *Revista Época.* [On line]. Disponível em: http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI27270-15257-1,00-RIVOTRIL+POR+QUE+O+MEDICAMENTO+E+O+SEGUNDO+MAIS+VENDIDO+NO+PAIS.html

Romeiro, L.A.S., Fraga, C.A.M., Barreiro, E.J. (2003). Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: visão da química medicinal. *Química Nova*, 26(3), 347-358.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Safouan, M. (1989). *Seminário: angústia-sintoma-inibição.* São Paulo/Campinas: Papirus.

Santos, M. (2002). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal.* Rio de Janeiro: Record.

Sigal, A.M. (2002). Algo mais que um brilho fálico: considerações acerca da inveja do pênis. In S.L. Alonso, A.C. Gurfinkel, D.M Breyton (Orgs.). *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* (pp. 155-170). São Paulo: Escuta

Spink, M.J.P. (2006). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Szwarcwald, C.L., Bastos, F.I., Esteves. M.A.P. (2005). State or animus among brasilians: influence of socioeconomic context?. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21, 533-542.

Trachtenberg, A.R.C., Koptike, C.C., Pereira, D.Z.T., Chem, V.D.M., Mello, V.M.H.P. (2005). *Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vieira, C.A. (2005). *Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade.* Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WHO. (1992). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10* [On line]. Disponível em: http://cid10.datasus.gov.br/

WHO. (2006). *Mental health.* [On line]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/en/

Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago.

Anexos

Anexo 1: Descrição depressão conforme CID10

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
  - psicogênica
  - reativa
- reação depressiva

Exclui:

quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0) transtornos (de):

- adaptação (F43.2)
- depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

Depressão:

- agitada
- maior
- vital

episódio único sem sintomas psicóticos

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:
- major com sintomas psicóticos
- psicótica
- psicose depressiva:
  - psicogênica
  - reativa

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão "mascarada" SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados.

Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui:

episódios recorrentes de uma:

- depressão
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

transtorno depressivo sazonal

Exclui:

episódios depressivos recorrentes breves (F38.1)

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão:

- endógena
- maior recorrente
- vital recorrente
- sem sintomas psicóticos

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos

Episódio recorrente grave (de):

- depressão:
  - maior com sintomas psicóticos
  - psicótica
- psicose depressiva:
  - psicogênica
  - reativa

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0-F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar SOE

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.0 Ciclotimia

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve elação nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31.-) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33.-). O transtorno se encontra freqüentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias ulteriormente um transtorno afetivo bipolar.

Personalidade:

- cicloide
- ciclotímica

Transtorno afetivo da personalidade

F34.1 Distimia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

Depressão:

- ansiosa persistente
- neurótica

Neurose depressiva

Personalidade depressiva

Exclui:

depressão ansiosa (leve ou não-persistente) (F41.2)

F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes

F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado

(WHO, 1992)

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: DEPRESSÃO EM MULHERES: UM ESTUDO DA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA A PARTIR DA CONFIGURAÇÃO DOS LAÇOS SOCIAIS

Eu, ..., idade: ....., R.G. ....., endereço:.....
.....,
Telefone: ....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntária do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da pesquisadora: Mirna Yamazato Koda do Curso de Doutorado do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP.
Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:
1 - O objetivo da pesquisa é investigar a questão da depressão em mulheres atendidas em serviços de Saúde Pública e sua relação com o contexto social, história de vida e relações sociais;
2- Durante o estudo serão feitas entrevistas individuais e em grupo. Serão realizados aproximadamente oito encontros em grupo;
3 – As entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Elas ficarão sob posse da pesquisadora e serão única e exclusivamente utilizadas para os objetivos desta pesquisa;
4 – A participação nesta pesquisa pode causar algum constrangimento;
5 – Se, a partir da participação nas entrevistas, for identificada a necessidade de se realizar algum tipo de encaminhamento com relação a atendimento em Saúde Mental, a pesquisadora se responsabilizará em realizar tais encaminhamentos;
6 – Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
7 – Posso a qualquer momento solicitar à Mirna Yamazato Koda novos esclarecimentos sobre a pesquisa. Endereço de contato: Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 – Centro – Itatiba – SP. Fone: (11) 4534-8019 ou 4534-8038;
8 – Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;
9 – A interrupção da minha participação não causará qualquer tipo de prejuízo ou penalização;
10 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo;
11 – Os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos expostos acima, incluída sua apresentação em eventos científicos e publicação na literatura científica especializada. Em todas essas etapas será garantido o sigilo com relação à identificação dos participantes;
13 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa. Endereço de contato - Av Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP – Fone: (11) 3097-0529;
14 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

_____, _____ de _____ de 20___

_____	_____
Mirna Yamazato Koda	Assinatura do Voluntário
Pesquisadora responsável pelo estudo	