**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DEPRESSÃO: EXPERIÊNCIA DE PESSOAS QUE A
VIVENCIAM NA PÓS-MODERNIDADE**

CINTIA ADRIANA VIEIRA

**São Paulo
2005**

CINTIA ADRIANA VIEIRA

**DEPRESSÃO: EXPERIÊNCIA DE PESSOAS QUE A
VIVENCIAM NA PÓS-MODERNIDADE**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Enfermagem Psiquiátrica**

**Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Machado**

**São Paulo
2005**

Catálogo na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Vieira, Cintia Adriana

Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade. / Cintia Adriana Vieira. – São Paulo: C.A. Vieira, 2005.
161 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Ana Lúcia Machado

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Saúde mental (Enfermagem) 3. Depressão 4. Experiências de vida 5. História oral. I. Título.

DEDICATÓRIA

A minha mãe Manoela, que me deu a vida.

A meu pai José Carlos (In memorian), que me ensinou com seu exemplo a importância do trabalho, da honestidade e da bondade.

A minha irmã Elena, por ajudar a abrir os caminhos pela vida.

A minha irmã Luciana, pelo seu jeito de ser.

Ao meu irmão Júnior, pelo apoio e carinho.

Ao André, Alexandre, Silvia, Otávio e Marli.

Enfim, a minha família que me proporciona apoio e afeto que contribuem para superar os obstáculos da vida.

AGRADECIMENTOS

Durante o percurso transcorrido na realização desta pesquisa muitos fatos aconteceram em minha vida pessoal e profissional. Muitas pessoas colaboraram, assim, agradeço a todas e, neste espaço, cito algumas.

À Profª Dra. Ana Lúcia Machado, pela brilhante orientação, apoio e amizade.

Às Professoras Doutoras Luciana Colvero e Roselena Bazilli Bergamasco, por ajudarem a clarear o caminho da pesquisa no exame de qualificação.

À Profª Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, pela inspiração durante a graduação e apoio no mestrado.

Às Professoras Doutoras Sônia Barros e Ana Luisa Aranha e Silva, por possibilitarem um maior contato com as questões da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial.

Às Professoras Doutoras Dulce Maria Rosa Gualda, Eliane Correa Chaves, Isília Aparecida Silva e Neide de S. Praça pelas disciplinas maravilhosas ministradas e que tanto me ajudaram na realização deste estudo.

Às demais professoras da EEUSP, sempre dispostas a auxiliar.

Aos funcionários da EEUSP pelo apoio prestado.

Às amigas que fiz durante esse processo. A vocês que estiveram a meu lado, estudando, lutando, rindo e chorando. Muito obrigada!

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo incentivo e apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.

“Ao atingirmos um objetivo, sempre queremos atingir outro, e assim é o processo Vida.

Você aprende até o último instante. Cada vez que você aprende, você cria ilusão para aprender mais. Nunca se pára de aprender. Com isso você ganha amor à Vida.

A felicidade está em cada alvo que você alcança e nos processos que você percorre para alcançar o alvo. Para haver felicidade, é preciso ter objetivo. Se você não tem objetivo, você se queixa e degenera. Cai na futilidade.

O mecanismo filosófico do progresso são os objetivos em processos consecutivos. Quando você começar a se deprimir, arranje um objetivo.”

(Drº Celso

Charuri)

RESUMO

Vieira, CA. Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade. [dissertação mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

A sociedade contemporânea alcançou muitas conquistas com a ciência e a tecnologia, porém o número de pessoas com doença mental aumenta a cada ano. A depressão é o tema deste estudo, pois trata-se de uma doença incapacitante que traz prejuízos à pessoa, à família e à sociedade por afetar milhões de pessoas em todo o mundo. O objetivo do trabalho foi compreender e descrever a experiência da pessoa com depressão. A coleta de dados foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de São Paulo, por meio de entrevistas utilizando-se como referencial metodológico a História Oral de Vida. Participaram do estudo seis colaboradoras. Os dados foram analisados, de acordo com a análise de conteúdo e para a interpretação foram usados os princípios teóricos das Ciências Humanas e Sociais. A depressão é uma doença vivenciada historicamente e, por isso, os resultados foram divididos em três categorias, compreendendo a experiência vivida dentro da história de vida, com passado, presente e futuro, quando vislumbrada pelas colaboradoras. O passado é narrado como sofrido, doloroso e pesado, fatos marcantes são trazidos à tona e sinalizados pelas colaboradoras em conjunto, como se unindo, aglutinando e acumulando, como uma pesada carga a ser carregada. No presente, a depressão toma todo o espaço e engloba a vida de uma forma que ela se torna apenas pano de fundo. O viver com os sintomas, as tentativas de suicídio, a busca pela etiologia e o tratamento realizado fazem parte dessa categoria. A probabilidade de um futuro possível é vislumbrada por algumas colaboradoras, que já conseguem enxergar uma tênue luz no fim desse túnel escuro da depressão. Este estudo possibilitou compreender que as pessoas têm vida, projeto e necessidades diferentes e que o projeto terapêutico e o cuidado desempenhado pelo enfermeiro devem ser dirigidos para atender à sua singularidade no mundo.

DESCRITORES: depressão, história, experiência de vida, enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

Vieira, CA. Depression: experience of people living it in post-modernity. [Master thesis]. São Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo; 2005

Contemporary society has achieved a great deal with science and technology; nevertheless the number of people suffering from mental illnesses increases every year. Depression is the subject of this work, for it is an incapacitating illness, damaging its sufferers, their families and the whole society, as it affects millions of people worldwide. The present study aims at understanding and describing the depressed person's experience. Data collection was carried out at a *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*, or in English, *Center of Psychosocial Attention*) located in São Paulo county, by means of interviews using the *Oral Life History* methodological framework. Six collaborators took part in the study. Data were analyzed according to content analysis and interpretation was undertaken using theoretical principles from Human and Social Sciences. Depression is a historically experienced illness and, thus, results were divided into three categories comprehending the lived experience with a past, a present and a future within life history, as seen by collaborators. The past is recounted as distressful, painful and heavy – remarkable events are brought to light and perceived by the collaborators as a whole, as if they came together, gathered and accumulated as a heavy burden to be carried by the sufferer. During the present phase, depression takes over and encompasses life to a certain extent that life becomes merely background. This category also includes living with symptoms, suicides attempts and search for etiology and treatment. The probability of a possible future is seen by some collaborators who can glimpse a dim light at the end of the somber tunnel of depression. This work made it possible to understand that people have different lives, projects and needs and that the therapeutic project and the care provided by the nurse must be directed to attend to their uniqueness in the world.

DESCRIPTORS: depression, history, life change events, psychiatric nursing

RESUMEN

Vieira, CA. Depresión: experiencia de personas que la vivencian en la pos-modernidad (disertación de maestría). Sao Pablo (SP): Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Pablo; 2005.

La sociedad contemporánea alcanzó muchas conquistas con la ciencia y la tecnología, pero el número de personas con enfermedades mentales está aumentando anualmente. Este estudio aborda el tema de la depresión, ya que se trata de una enfermedad que produce incapacitación y afecta a millones de personas en todo el mundo, con graves perjuicios para la persona, la familia y la sociedad. El objetivo del trabajo fue comprender y describir la experiencia de la persona con depresión. La recolección de datos se hizo en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de la ciudad de Sao Pablo a través de entrevistas, utilizándose como referente metodológico la Historia Oral de Vida. Participaron del estudio seis colaboradoras. Los datos se analizaron de acuerdo con el análisis del contenido; para su interpretación se emplearon principios teóricos de Ciencias Humanas y Sociales. La depresión es una enfermedad vivenciada históricamente, por este motivo los resultados se dividieron en tres categorías abarcando la experiencia vivida dentro de la historia personal, con pasado, presente y futuro, cuando vislumbrada por las colaboradoras. El pasado es narrado como sufrido, doloroso y pesado, hechos puntuales pero que dejaron marcas indelebles son traídos a la luz y señalados por las colaboradoras en conjunto, como uniéndose, aglutinándose y acumulándose; una pesada carga que tiene que ser cargada. En el presente, la depresión ocupa todo el espacio y engloba la vida de una forma que apenas se convierte en un paño de fondo. El vivir con los síntomas, los intentos de suicidio, la búsqueda por la etiología y el tratamiento realizado constituyen esta categoría. La probabilidad de un posible futuro es vislumbrada por algunas de las colaboradoras que ya consiguieron ver una luz tenue en el fin de ese túnel oscuro de la depresión. Este estudio permitió comprender que las personas tienen vida, proyectos y necesidades diferentes y que el proyecto terapéutico y el cuidado desempeñado por el enfermero deben ser dirigidos para atender su singularidad en el mundo.

DESCRIPTORES: dépression, historia, Acontecimientos que Cambian la Vida, Enfermería Psiquiátrica

SUMÁRIO

p.

1 Apresentação e inquietações.....	09
2 Introdução.....	13
2.1 Depressão.....	13
2.2 Panorama mundial	30
2.3 Dimensões da subjetividade na pós-modernidade.....	33
3	
Objetivo.....	37
4 Caminho Metodológico.....	38
4.1 Método: História Oral de Vida.....	39
4.2 Campo de estudo.....	44
4.3 Seleção dos colaboradores.....	45
4.4 Coleta de dados.....	47
5 Apresentação das colaboradoras.....	49
5.1 A experiência da pesquisadora.....	54
6 Análise e interpretação dos dados.....	62
6.1 Vida antes da depressão - o passado.....	66
6.2 ? vida? – DEPRESSÃO!!! - o presente.....	77
6.3 Futuro – há luz no fim do túnel?.....	94
7 Reflexões finais.....	99
Referências.....	103
Anexos.....	107
Anexo A Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.....	107
Anexo B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
Anexo C Roteiro de Entrevista.....	109
Anexo D Narrativas na íntegra.....	110

1 APRESENTAÇÃO E INQUIETAÇÕES

O ser humano, há muitos anos, vem me intrigando, assim, gostaria de saber o que está além da aparência. Questionava-me porque as pessoas vivem do jeito como vivem, agem da forma como agem, o que pensam e quais são seus objetivos na vida. Do que o ser humano é constituído? Qual a origem desse ser no Planeta Terra? Descendente de Adão e Eva, como afirma a Igreja Católica ou dos macacos, como a Teoria da Evolução de Charles Darwin? Quem sabe nenhuma dessas teorias esteja certa ou talvez as duas sejam corretas, olhando sob perspectivas diferentes.

Desse modo, nesta pesquisa não tenho a pretensão de responder a essas questões, mas apenas mostrar o percurso que levei para chegar ao objeto do estudo.

Na busca de compreender o ser humano, leio bastante, assim, assuntos diversos interessam-me, como filosofia, história, sociologia, antropologia, psicologia, artes, física quântica, astronomia, cosmologia, química e biologia. Desenvolvi meu senso de observação e, muitas vezes, observo os seres humanos vivendo perdidos em um mundo de ilusões, em busca da chamada felicidade.

No entanto, muitas vezes, essa procura transforma-se em espera. Tenho a impressão de que as pessoas estão inertes à espera de que alguma coisa aconteça, aguardando passivamente que algo resolva seus problemas e traga-lhes a felicidade. Na sociedade ocidental, esse algo, geralmente, é dependente do meio exterior, como as pessoas do convívio, cônjuge, filhos, pais, colegas, ou mesmo a religião, o governo, o emprego, o dinheiro e outros bens materiais. Parece que as pessoas não se

auto-sustentam, precisando sempre de um apoio externo. E eu continuava questionando o porquê disso tudo?

Pitágoras (580 a. C) já dizia: “ Os males que devoram os homens, são o fruto da sua escolha; os infelizes procuram longe deles, o bem cuja fonte têm em si mesmo” (Conte, 2004).

Em um primeiro momento, durante a graduação em enfermagem, acreditei que estando em um país em desenvolvimento, o déficit de educação fosse o impedimento ao crescimento e fortalecimento interior dessas pessoas. Entretanto, nos estágios, conheci pessoas que tiveram oportunidades de estudar, porém, não o fizeram, por omissão, preguiça, ou mesmo, por não reconhecerem o valor do estudo. Então, percebi que a questão que eu vinha buscando, era muito maior do que ter escolaridade.

O curso de enfermagem valoriza bastante o aspecto objetivo, as técnicas de enfermagem, a biologia do ser humano. E sempre procurei conhecer também o aspecto subjetivo das pessoas, estar próxima, ouvi-las, compreender sua situação frente ao estado de doente, como vivenciavam o processo do adoecimento, como a experiência do adoecer interfere ou não em seus projetos de vida.

Nesta busca, logo após a graduação, fiz a especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, pois esta modalidade atraiu-me pelo fato de tratar com áreas do meu interesse, como o estudo da mente, do comportamento e da subjetividade.

Durante os cinco anos que trabalhei em uma unidade de internação clínico-cirúrgica de um hospital particular da cidade de São Paulo, observei um número grande de pessoas que tomava antidepressivos, tendo como diagnóstico a depressão ou não. Muitas tinham insônia e só conseguiam dormir com ansiolíticos, outras

precisavam desses medicamentos durante o dia também. Estas pessoas demonstravam um sofrimento muito grande, às vezes com internações recorrentes com sintomas diversos, doenças, por vezes, difíceis de serem diagnosticadas como por exemplo, uma imunodepressão inespecífica.

Esses casos chamavam-me a atenção, porque mobilizavam a equipe médica e de enfermagem que, por vezes, não conseguiam entender. Havia dificuldade para encontrar um diagnóstico definitivo, pois o quadro clínico sugeria síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS), leucemia, hipotireoidismo, anemia, enxaqueca, entre outros. Após a consulta de alguns especialistas, um psiquiatra confirmava o diagnóstico de depressão.

A psiconeuroendocrinologia vem estudando e demonstrando a relação entre depressão e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-tireóide (Carvalho, Sougey, 1994). O que ajuda a compreender a dificuldade de fazer o diagnóstico dessas pessoas, pois o quadro clínico, muitas vezes, apresenta semelhanças com outras doenças e dada a diferença pessoal e de história de vida, a depressão apresenta-se sob formas variadas.

Durante o período de internação que, geralmente, era longo, em razão do grande número de consultas em várias especialidades médicas e exames realizados, eu conseguia me aproximar dessas pessoas e ouvi-las.

Os profissionais da área da saúde têm uma formação bastante regida pelo paradigma biomédico, focalizam a atenção nos sinais e sintomas e, geralmente, não param para ouvir a experiência da pessoa, suas percepções e opiniões. Entretanto, em razão de minha especialidade e busca pessoal, conseguia um tempo para a escuta.

Nesses momentos, por meio da comunicação terapêutica, era comum o relato de problemas na vida profissional e familiar, o sentimento de infelicidade, solidão, desespero, desilusão.

Por meio desses relatos, observei um padrão de exterioridade, como se essas dificuldades viessem do exterior, sempre havia um enfoque no outro. A ocorrência de tais adversidades, era subjugada aos problemas políticos do país, aos filhos, aos cônjuges e aos colegas de trabalho.

Isso me fazia lembrar a questão relativa à busca da felicidade, assim, questionava-me onde essas pessoas colocavam seu ponto de felicidade. No interior ou no exterior de si mesmas? Quais seus projetos pessoais de vida? Como estariam vivenciando o processo de adoecimento?

Nós ainda não temos todas as respostas, como acreditaram os iluministas e, neste trabalho, também, não terei a pretensão de respondê-las, porque acredito na complexidade do ser humano e porque as respostas podem estar dentro de cada um. No entanto, essas situações vivenciadas no dia-a-dia chamaram minha atenção para uma doença que vem sendo muito comentada e que é foco de preocupações no mundo todo e tema dessa pesquisa, a depressão.

Durante o mestrado, para melhor compreender o tema, procurei aprofundar alguns conhecimentos na área das Ciências Humanas e Sociais, busquei na leitura de filósofos, sociólogos, antropólogos, psicanalistas e outros a base de sustentação e o foco para meu olhar. Sabendo previamente que, dentro da complexidade do ser humano e da depressão, busco apenas uma parte do conhecimento nesse vasto mundo.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Depressão

Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, nos próximos 20 anos, a depressão sairá do quarto para o segundo lugar na lista de doenças dispendiosas e fatais, ficará atrás apenas das cardíacas (OMS, 2001).

Os dados revelam que, quase, 20% da população passarão por, pelo menos, um episódio de depressão ao longo da vida. Desses casos, quase a metade terá episódios repetitivos de crise e precisará de tratamento contínuo, e nestes casos, será considerada como doença crônica. As atuais estatísticas indicam que mais de 400 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, e o risco de um homem sofrer da doença é 11%, ao passo o da mulher pode chegar a 18,6% (OMS, 2001).

Das pessoas que sofrem de depressão, quase todas apresentam sintomas somáticos; a falta ou o excesso de sono afeta 90% das pessoas; 37% apresentam disfunções sexuais. Estima-se que 80% apresentem sintomas como ansiedade ou agitação (OMS, 2001).

A depressão é, essencialmente, um transtorno episódico recorrente, e cada episódio, geralmente, dura de alguns meses a anos com um período normal interveniente. Em cerca de 20% dos casos porém, a depressão segue um curso

crônico e sem remissão (contínuo), em especial, quando não há tratamento adequado disponível.

A taxa de recorrência aos que se recuperam do primeiro episódio, fica ao redor de 35%, dentro de dois anos, e cerca de 60% em 12 anos. A taxa de recorrência é mais alta naqueles com mais de 45 anos de idade.

Notamos que um dos resultados trágicos desse distúrbio é o suicídio, assim, cerca de 15% a 20% das pessoas com depressão põem termo à vida cometendo suicídio (OMS, 2001).

A depressão atinge pessoas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, independente de posição sócioeconômica ou país de moradia (OMS 2001).

Quase dois terços das pessoas com depressão não fazem tratamento e dos pacientes que procuram o clínico geral apenas 50% são diagnosticados corretamente. Em média, 50% dos que chegam à rede básica de saúde com sintomas de depressão, não recebem diagnóstico nem tratamento corretos (Valentini, et al., 2004).

Histórico

Desde a Antigüidade, a depressão tem sido registrada. Perturbações há muito chamadas de melancolia, são agora definidas como depressão. Com o intuito de situar o tema do estudo, é apresentada uma revisão histórica.

Primeiro, vale a pena definir a melancolia. Etimologicamente, a palavra vem do grego *melano chole* que significa bÍlis negra. O termo depressão foi inicialmente usado em inglês para descrever o desânimo em 1660, e entrou para uso comum em meados do século XIX (Solomon, 2002).

“Mente sã em um corpo sã”. Os gregos já partilhavam a idéia moderna de que as doenças da mente estão conectadas de algum modo à disfunção corporal. A prática médica grega era baseada na teoria dos quatro humores, que considerava o temperamento como consequência dos quatro fluidos corporais: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. Por muito tempo, a depressão esteve ligada a um excesso de bile negra, que é fria e seca. Entretanto, essa substância não foi encontrada até hoje no ser humano. A teoria dos humores foi um marco na história, pois consistiu na substituição da mitologia pela biologia e na adoção de um modelo de observação clínica.

De acordo com esse modelo, no século V antes de Cristo (a. C), Hipócrates conceituava a melancolia como “uma afecção sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão fixado em uma mesma idéia, constantemente abatido...” (Cuche, Gerard, 1994).

Com essa definição, a depressão era considerada uma doença muito similar, como a que vemos na atualidade, inclusive, os sintomas que Hipócrates citava “... perda de sono, falta de apetite, desejo de morte...”. Já se procurava a origem biológica da patologia: “essa bÍlis negra, que ao nos invadir, age sobre o corpo e sobre a alma para criar tristeza e cansaço” (Cuche, Gerard, 1994).

O tratamento proposto consistia em mudanças na dieta, ginástica, hidroterapia e medicamentos orais, ervas catárticas, eméticas e purgantes destinados a eliminar o excesso da bile negra (Solomon, 2002).

Acreditava-se também na importância do diálogo e na necessidade de não deixar o doente sozinho.

Os filósofos gregos Platão e Aristóteles e o político e filósofo romano Cícero trouxeram, em suas obras, significativas contribuições para se compreender, tanto a psicologia humana como as doenças mentais. Aristóteles afirmava que os melancólicos tinham mais espírito que os outros (Chaui, 1999).

Por cerca de oito séculos, o racionalismo grego influenciou as formas de lidar com as doenças na Europa. Entretanto, com a queda do Império Romano, inicia-se a Idade Média e a ascensão do Cristianismo, como força política e religiosa do Estado, o que alterou completamente a forma como as doenças mentais eram vistas.

O sobrenatural, a superstição e o misticismo ocuparam o lugar da medicina racional. Os tratamentos psicofarmacológicos entraram em conflito com o paradigma da Igreja e foram sendo usados cada vez menos.

A depressão, ainda denominada melancolia, era uma doença, especialmente, nociva, visto que o desespero do melancólico sugeria não estar ele embebido de alegria ante o conhecimento certo do amor e da misericórdia divinos. A melancolia era considerada um afastamento de tudo o que era sagrado.

Na época, a depressão foi denominada por Cassiano (século V) como “O demônio do meio-dia”, pois outros pecados podem assolar a noite, mas esse, audacioso, consome dia e noite (Solomon, 2002). O tratamento a esses casos sem

esperança era colocar o melancólico para fazer trabalhos manuais e abandoná-lo, longe de todos.

Na época da Inquisição, no século XIII, a melancolia foi considerada um pecado, e algumas pessoas eram multadas ou aprisionadas por carregarem esse mal da alma que não tinha cura.

No século XVI, o Renascimento retoma o racionalismo científico, representado por uma releitura dos filósofos gregos, como Sócrates, Platão e Aristóteles. É uma época marcada pelo antropocentrismo, naturalismo e racionalismo.

Gradualmente, o conceito de doença sobrepujou a idéia de possessão. No final do século XVI e ao longo do século XVII, a melancolia tornou-se uma aflição comum que podia ser prazerosa ou desprazerosa.

No século XVII, foi descrita como grande profundidade da alma, complexidade e genialidade. Dessa forma, muitos buscavam assumir os comportamentos do melancólico mesmo na ausência dessa.

Em seu livro “A anatomia da melancolia”, Robert Burton discorre sobre o tema de forma bastante complexa, unindo as idéias de Aristóteles, Hipócrates, as personagens de Shakespeare e as experiências pessoais de melancolia e introspecção (Solomon, 2002).

Até o começo do século XVII, o debate sobre a melancolia permaneceu preso à tradição dos quatro humores e suas qualidades essenciais que pertencem a uma substância “de consistência espessa, fria e seca de temperamento” (Foucault, 2004) .

No final do século XVII e início do XVIII, com o desenvolvimento científico, o quadro muda novamente.

No final do século XVII, o filósofo e matemático francês, René Descartes, inaugura o racionalismo moderno ao fazer do sujeito do conhecimento o fundamento de toda a verdade. Usando a razão e a dúvida, chegou no cogito cartesiano: “Penso, logo existo”, desvelando perfeitamente o pensamento dos filósofos da época, conhecida como o Grande Racionalismo Clássico. As idéias de conquista científica e técnica de toda a realidade, predominaram com base na explicação mecânica e matemática do universo. Assim, pertence a esse período a convicção de que a razão humana é capaz de conhecer a origem, as causas e os efeitos das paixões e das emoções, pela vontade orientada pelo intelecto, é capaz de governá-las e dominá-las (Chauí, 1999) .

O reconhecimento da dicotomia entre corpo e mente (dualismo cartesiano), vai causar uma enorme mudança no arcabouço da depressão. A mente, distinta do cérebro, apresenta dúvidas, interpretações ambíguas e inconsistências, mas, não doença. A doença é um aspecto físico (Marinoff, 2001). Nessa época, começam os questionamentos que muitos ainda fazem. A mente influencia o corpo ou é o corpo que influencia a mente? A depressão é um “desequilíbrio químico” ou “uma fraqueza humana”?

O século XVIII, também, chamado de Século das Luzes foi marcado pelo Iluminismo, pois os homens estavam convencidos de que emergiam de séculos de obscurantismo e ignorância para uma nova era, iluminada pela razão, a ciência e o respeito à humanidade. As novas descobertas da ciência, a teoria da gravitação universal de Isaac Newton e o espírito de relativismo cultural fomentado pela exploração do mundo ainda não conhecido foram também uma base importante. Assim, igualmente, é marcante a permanente fé no poder da razão humana. Chegou-

se a declarar que, mediante o uso judicioso da razão, seria possível um progresso sem limites.

Com o acelerado desenvolvimento científico do século, surgem as primeiras teorias que dão origem aos pensamentos atuais. Friedrich Hoffman foi o primeiro a sugerir que “a loucura é uma doença hereditária” (Cuche, Gerard, 1994).

A ciência avança, mas a posição social dos deprimidos retrocede. Na Idade da Razão, os sem razão estavam em desvantagem. O trabalho duro foi considerado, como o melhor remédio para a depressão. Visto que a melancolia, o desalento, o desespero e, com frequência o suicídio são a consequência da visão sombria das coisas no estado relaxado do corpo. É interessante observar que muitas concepções atuais da depressão estão bastante arraigadas no pensamento da Idade da Razão. As questões do ócio, preguiça, falta de vontade e a necessidade do trabalho braçal continuam até hoje.

Talvez em decorrência das idéias iluministas de liberdade e do pensamento naturalista nas ciências, surge a preocupação com a saúde mental dos indivíduos e com a assistência prestada dentro das casas de internamento ou asilos.

Philippe Pinel e o Tratamento Moral são dessa época. A atitude de Pinel de retirar os grilhões dos loucos é o resultado de uma ideologia de reavaliação da loucura em todos os âmbitos filosóficos e literários. O lema é dar voz aos loucos, ao homem que sofre, ouvi-lo, humanizá-lo, conferindo-lhe uma envoltura quase heróica (Foucault, 2004). O louco herói romântico aparece na poesia de ingleses e alemães.

Esquirol, discípulo de Pinel, volta seu interesse para a clínica. Proclama que a psiquiatria deve ser entendida como uma medicina mental e deve buscar seu entendimento na anatomia cerebral e não nos metafísicos (filósofos) ou nos

moralistas (a Igreja). Ele inicia uma classificação de dois tipos de melancolia, a lipemania e a monomania (Cordás, 2002).

Percebe-se uma grande preocupação dos estudiosos em classificar as doenças. Começam a separar em grupos os transtornos do juízo e os quadros estritamente melancólicos.

No Período Romântico, final do século XVIII, a depressão vai ser novamente amada e desejada. Poetas e filósofos discorrem sobre o assunto de forma magistral. O Romantismo surge como uma reação à parcialidade do culto à razão, apregoadado pelo Iluminismo. As novas palavras de ordem eram “sentimento”, “imaginação”, “experiência” e “anseio”. Os românticos professavam uma glorificação quase irrestrita do eu. A essência da personalidade romântica é, por isso mesmo, o gênio do artista.

Na visão do filósofo Arthur Schopenhauer, o depressivo vive simplesmente porque tem um instinto básico. Conforme o autor, um homem com inteligência verdadeira, reconhece a infelicidade de sua condição, concordando, portanto, com a idéia de gênio melancólico de Aristóteles. O autor citado, também, acreditava no trabalho, não porque o trabalho gere alegria, mas, porque distrai os homens de sua depressão essencial (Schopenhauer, 2004).

Entre os filósofos, Soren Kierkegaard, precursor do existencialismo, escreveu sobre a depressão com mais veemência, ele fala do desespero, não como uma questão filosófica apenas, mas também como um problema concreto do dia-a-dia. Antes, poetas e filósofos referiam-se a indivíduos melancólicos, mas Kierkegaard, diferentemente, vê a humanidade como melancólica (Solomon, 2002).

O século XIX trouxe descobertas na biologia, na física, na química, na anatomia, na neurologia, na bioquímica, o que permitiu relacionar as doenças mentais com a patologia orgânica do cérebro. Foi um período de classificações, grandes teóricos debateram a natureza da doença e seus parâmetros, redefinindo, o que antes fora simplesmente identificado, como melancolia em categorias e subcategorias.

Wilhelm Griesinger introduz a tradição clínica na Alemanha, volta sua atenção a Hipócrates e declara que doenças mentais são do cérebro, embora não fosse capaz de comprovar isso nem Hipócrates tenha sido tão reducionista. As autópsias cerebrais tornaram-se comuns. Foi o primeiro a apresentar a idéia de que algumas doenças mentais são apenas tratáveis, e outras são curáveis. Com Griesinger, a depressão veio a ser completamente medicalizada (Solomon, 2002).

Michel Foucault sugeriu que essa medicalização fazia parte de um plano de controle social. O capitalismo imperialista e monopolista estava consolidado.

O filósofo Friedrich Nietzsche declarou que Deus estava morto e fomos nós que o matamos. O filósofo William James identificou uma alienação modernista em decorrência da decadência na fé inquestionável de um Deus supremo. O abandono da noção de Deus e de significado abriram caminho para as agonias que suportamos até hoje.

O médico Henry Maudsley foi o primeiro a descrever uma melancolia que se reconhece, mas não se consegue explicar. Segundo ele, não há um verdadeiro desarranjo da mente, mas, sim, uma profunda dor da mente, paralisando suas funções. George H. Savage escreveu sobre a necessidade de unir mente e corpo,

estudar em conjunto os sintomas da melancolia, os físicos e os mentais (Solomon, 2002).

No século XX, houve a consolidação da psiquiatria, além disso, surgiram os movimentos sociais e comunitários que visavam a modificar as formas de atendimento e assistência à pessoa com doença mental. Os avanços e descobertas em psicopatologia, farmacologia, anatomia patológica, neurologia e genética possibilitaram que a psiquiatria adquirisse fundamentação científica para os conhecimentos oriundos da prática clínica, da observação e da experiência (Ribeiro1999).

Em 1883, Emil Kraepelin escreveu o “Compêndio de Psiquiatria” que representou a grande força que impulsionou o aperfeiçoamento da nosologia psiquiátrica no início do século XX. Ele acreditava que toda doença mental tinha uma base bioquímica interna. Introduziu uma ordem ao mundo das doenças mentais, separou as doenças adquiridas das hereditárias. Dividiu a depressão em três categorias, da mais suave a mais grave, permitindo uma relação entre elas. As causas seriam a hereditariedade em 70% a 80% dos casos.

Além da consolidação da psiquiatria, a psicanálise também foi instituída. Em 1917, Freud escreveu “Luto e Melancolia”, no qual afirma que a melancolia é uma forma de luto advinda da perda de algo real ou simbólico, cita que, na melancolia, o ego torna-se pobre e vazio.

Adolf Meyer adotou uma abordagem pragmática, pois considerava o homem como um ser psicobiológico, sujeito a experiências e ações sociais e biológicas que interferiam em seu desenvolvimento mental. É o começo da psiquiatria como uma

terapia dinâmica, acreditava que o homem tinha infinitas capacidades de adaptação, materializadas na plasticidade do pensamento (Solomon, 2002).

O conhecimento da psicanálise e da bioquímica da depressão, mesclado com a Teoria da Evolução, a Teoria da Relatividade e a Teoria Quântica deixaram novamente a humanidade isolada e alienada. Ao confrontar com essa perda do Absoluto (Deus e as certezas físicas e matemáticas), o ser humano deparou-se com lacunas de conhecimento ainda maiores nas esferas biológica, psicológica e social.

Na década de 1950, os antidepressivos foram descobertos, ocasionando um avanço no tratamento da depressão. Há vários tipos no mercado, com mecanismos de ação diversos, mas mantendo relação com os neurotransmissores, cuja teoria foi introduzida em 1905. Assim, a serotonina foi isolada em 1933 e, em 1954, pesquisadores propuseram que ela pudesse estar ligada a funções emocionais (Solomon, 2002).

Vários estudos foram realizados para se descobrir quais eram os neurotransmissores que regulavam as emoções, porém, ainda não existem pesquisas que concluam ser um ou outro e, sim, um sistema mais complexo que envolve não apenas a quantidade de neurotransmissores, mas também seus receptores e ligações entre si.

Os anos 90 do século XX, foram denominados como a “década do cérebro”, em virtude dos progressos científicos ocorridos em torno da compreensão e tratamento das enfermidades mentais. Assim, os estudos com eletroencefalograma (EEG), tomografia computadorizada de emissão de fóton único (SPECT), tomografia com emissão de pósitron (PET) mostraram que “os padrões do cérebro se correlacionam

com o comportamento, como as tendências em relação à depressão, à ansiedade, à distração, à obsessão e à violência” (Amen, 2000) .

Com relação à depressão, pesquisas indicaram alterações em algumas regiões cerebrais, como a amígdala e o hipocampo, entre outras, mas ainda não conclusivos (Amen, 2000).

Vários trabalhos no campo da psiconeuroimunologia apontam a existência de uma comunicação bidirecional entre os sistemas imunológico e neuroendócrino. Existem consideráveis evidências de que a depressão maior esteja associada a alterações do sistema imunológico (Bauer, 1993) .

O advento dos psicofármacos e a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1948, impulsionaram a tentativa de construir uma classificação internacional de doenças.

No início do século XXI, a depressão é considerada uma doença mental, catalogada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), recebendo abordagens científicas, como a biomédica, a psicanalítica e a cognitiva. No senso comum, não menos importante, observamos as visões filosófica, religiosa e poética.

A depressão é um tema muito estudado com acentuada relevância. Autores contemporâneos vêm realizando trabalhos que trazem novidades unidas a tratamentos antigos como exercícios físicos. Um desses autores é o neuropsiquiatra Servan-Shreiber que descreve “sete abordagens de tratamento natural, centradas na mente e nos mecanismos de cura do próprio cérebro para se recuperar de depressão, ansiedade e stress” (Servan-Schreiber, 2004).

A realização dessa viagem histórica é interessante porque auxilia a pensar nas concepções atuais da doença e tornar consciente a visão de mundo. Pode-se ter uma visão panorâmica do que já foi feito e escrito, do que deu certo e o que precisa ser melhorado.

O ser humano tem algo de complexo que só com a razão e os dados de laboratório não conseguem explicações únicas, conforme os iluministas acreditavam. Por isso, há necessidade de saber ouvir a pessoa que vivencia a doença, conhecer a sua experiência de vida e o contexto em que ela está inserida.

Houve períodos de exaltação da técnica, mas é necessário manter o equilíbrio e, para isso, deve-se voltar para a pessoa que sofre. A tecnologia ajuda bastante, mas não esclarece a complexidade do ser humano. Ainda não se entende porque uma pessoa sofre de apenas um episódio depressivo, enquanto outras apresentam várias recaídas, tomando antidepressivos para o resto da vida, e outras ainda cometem o suicídio.

A partir desses 2.500 anos de história, existem alguns modelos que predominam no Ocidente, como o modelo biomédico, o psicanalítico e o cognitivo que fornecem explicações, conceitos e tratamentos diversos, mas que podem manter relações entre si. Encontra-se também relatos de aconselhamento filosófico, onde um filósofo ajuda a pessoa a trabalhar seus problemas filosoficamente (Marinoff, 2001, 2005); existem também pesquisas dentro da área da medicina complementar, como a acupuntura, exercícios físicos, regularização do ritmo cardíaco, sincronização do relógio biológico, integração neuroemocional pelos movimentos oculares e ingestão de alimentos específicos (Servan-Schreiber, 2004).

A depressão e a experiência de vida

O termo depressão é muito encontrado na literatura, no presente estudo é preciso esclarecê-lo. Assim, depressão na linguagem corrente vem sendo empregada para designar, tanto um estado afetivo normal (a tristeza), como um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (Del Porto, 1999).

Nesta pesquisa, o termo depressão como doença é utilizado; assim, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, preferência dos autores e segundo o ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros.

A depressão é um transtorno do humor, sua base etiológica ainda é desconhecida, mas pode ser dividida em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Podendo interagirem entre si (Kaplan, 1997). Os critérios diagnósticos seguem as recomendações do CID e do DSM, nos quais são observadas várias classificações, de acordo com o quadro clínico e o curso da doença (OMS, 1997; DSM-IV, 1995).

O tratamento recomendado é a associação de terapias físicas (antidepressivos, eletroconvulsoterapia) e psicoterapia. As pessoas participantes do presente estudo estavam sob tratamento baseado no modelo psicossocial, fazendo uso oral de antidepressivos, participando de grupos terapêuticos e atendimentos individuais realizados por psiquiatras e ou psicólogos. O modelo psicossocial busca a reabilitação e a reinserção social.

Conforme Capra (1982), o modelo biomédico, focado na idéia do corpo humano como uma máquina, onde as doenças são analisadas como defeitos de peças isoladas,

recebendo uma intervenção pontual para reparar esse defeito específico, ainda, é hegemônico e conta com a maior parte da literatura atual sobre depressão.

Porém, paralelamente, há um interesse crescente de pessoas estudando outros aspectos da depressão, provavelmente, em consequência da percepção de sua gravidade e frequência. O assunto depressão está sendo abordado desde os programas de televisão, palestras, folhetos, revistas e livros para o público leigo até trabalhos mais complexos e profundos dirigidos aos que se dedicam a estudos e pesquisas sobre o assunto.

Surgem as associações formadas por familiares, amigos e portadores de transtornos afetivos que têm como objetivo oferecer suporte social e educação sobre a doença com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e a convivência de todos os envolvidos com a vivência da doença, um exemplo é a ABRATA (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos).

A preocupação com a depressão reflete-se, também, na organização de diversos eventos científicos em âmbito nacional e internacional, que visam a uma melhor compreensão da doença e a melhora da qualidade do tratamento e da assistência a essas pessoas, em seus aspectos preventivos, curativos e de reabilitação e reinserção social.

Nesse momento, acredito que seja interessante pontuar que ainda existem idéias reducionistas, de que se estudar e pesquisar um aspecto do tema com profundidade, será possível encontrar uma única e definitiva solução para o problema. Entretanto, muitas vezes, quem vivencia a doença é esquecido. Quem é essa pessoa? Como é essa vivência? O que essa pessoa tem a contribuir para a ciência? Nesse momento,

encontram-se raros estudos abordando a depressão sob o ponto de vista da experiência vivida.

Experiência da enfermidade é um termo que se refere aos meios, pelos quais as pessoas e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. É uma área que tem sido tradicionalmente estudada pelos sociólogos e antropólogos cujas teorias divergem em dois grupos. Desse modo, autores como: Herzlich (1973); Taussig (1980); Frankenberg (1980); Comaroff (1982); Stacey (1986) e Unschuld (1986) citados por Alves (1993) acreditam que as forças e relações sociais configuram o conhecimento, as crenças e a escolha de tratamento da enfermidade.

Por outro lado, Good (1977) e um grupo de antropólogos associados à etnografia clínica (Kleinman et al., 1978) citados por Alves (1993), têm enfatizado as estruturas cognitivas subjacentes aos relatos individuais sobre a doença.

Concordo com Alves (1993), ao afirmar que a experiência da enfermidade é uma relação entre o universo macroscópico dos significados estabelecidos pela sociedade e o universo microscópico das pessoas. O autor afirma que a experiência em si desvela aspectos, tanto sociais como cognitivos, tanto pessoais como coletivos.

Foram encontradas algumas pesquisas com o tema depressão, que focam a experiência da doença.

Silva (2003) estudou a depressão sob o ponto de vista da experiência vivida pelos familiares, quando um de seus membros torna-se portador da doença, realizando uma pesquisa transcultural das vivências de famílias do Brasil e do Peru. Assim, as famílias brasileiras e peruanas seguem uma trajetória que compreende: o sofrimento anunciando sua chegada, a busca de solução para o sofrimento, a depressão inserida na história familiar e o caminho do sofrimento inicial à

recuperação do gosto pela vida. As diferenças estão mais presentes no modo como cada passo da trajetória é vivenciado pelas famílias, em função de crenças, hábitos ou costumes.

Costa, Pereira (1995) estudaram os significados e as definições para a depressão dentro de um contexto social em um bairro de Salvador, onde as descrições de depressão repousam basicamente em torno de dois signos dominantes que caracterizam o problema: tristeza e isolamento. Nesse trabalho, os atores foram moradores do bairro que conviviam com pessoas com depressão.

A rapidez necessária para atender a todos os pacientes que esperam na fila do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o uso da tecnologia e o imediatismo de nossos tempos fazem esquecer, muitas vezes, a singularidade da pessoa que está sendo atendida. A sua história de vida, por vezes, está presente na ficha de anamnese, mas o tratamento é realizado de forma homogênea para todos, algo para o tempo presente. Ainda, questiona-se o porquê algumas pessoas apresentam melhoras e outras só têm pioras, afinal, o tratamento é igual. E as pessoas são todas iguais? São diferentes? Ou são iguais e diferentes, dependendo do aspecto observado?

Um estudo com enfermeiros da rede básica, mostrou o nível de conhecimento teórico médio a respeito da depressão, mas existe falta de informação atualizada sobre as terapêuticas e falta de responsabilidade ao não assumir os pacientes, como sendo da rede básica, traduzindo ainda uma visão manicomial e uma assistência de enfermagem inadequada à pessoa com depressão (Silva, Furegato, Costa, 2003).

2.2 Panorama Mundial

Esta pesquisa está situada em um contexto histórico atual. Para entender melhor o arcabouço que envolve as pessoas com depressão, faço uma apresentação do panorama mundial geral e a produção de subjetividades na pós-modernidade.

A chegada do século XXI trouxe profundas transformações na vida de todos; houve um incomensurável crescimento da tecnologia em poucas décadas do século passado. Hoje, tem-se o microcomputador, a telefonia celular móvel, o laser, entre outros benefícios.

Entretanto, apesar de toda essa tecnologia, o ser humano não alcançou a tão esperada felicidade, mas a violência e a degradação têm sido vistas. Guerras são feitas em nome da religião ou da prevenção, agressões verbais e físicas por motivos banais, assassinatos, raptos, furtos, atentados. A taxa de desemprego em todo o planeta é assustadora, há pessoas passando fome e crianças morrendo de diarreia. O número de pessoas com doenças mentais aumenta a cada ano. Existem evidências de que os seres humanos estão sendo vítimas de perigosa "epidemia de depressão" (Lowen, 1983).

Capra (1982) acredita que esse contexto é constituído de facetas diferentes de uma só crise, "a crise de percepção". Há uma tentativa de aplicar os conceitos de uma visão obsoleta de mundo - a visão de mundo mecanicista da ciência cartesiana-newtoniana - a uma realidade que já não pode ser entendida em função desses conceitos.

Vive-se hoje em um mundo globalmente interligado, no qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes. Esse mesmo autor afirma que uma perspectiva ecológica, um novo paradigma, uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental nos pensamentos, percepções e valores são necessários (Capra, 1982).

Santos (1998) também acredita em uma crise do paradigma dominante, profunda e irreversível. Segundo o autor, o ser humano vive um período de revolução científica que se iniciou com Einstein e a mecânica quântica e que precisa de um novo modelo que chama de paradigma emergente. “Paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente”. Ou seja, uma revolução científica e também social (Santos, 1998).

Conforme Morin (1982) afirma, para se transformar, faz-se necessário uma reforma de pensamento, uma revolução nas próprias estruturas do pensamento. “O pensamento tem de tornar-se complexo”.

Nesse contexto, Morin (1982) fala do Paradigma da Complexidade, no qual o problema da complexidade é o esforço para conceber um desafio inevitável que o real lança a nosso espírito. A complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Não se trata de dar todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar as suas diversas dimensões.

Maffesoli (2005) refere que é melhor compreender a realidade que se coloca ao invés de se tentar medi-la, como um parâmetro racionalista. Daí, a importância de respeitar as diversas dimensões e tentar compreendê-las.

Dessa forma, a complexidade surge como dificuldade, como incerteza e não como clareza e resposta (Morin, 1982). Os pesquisadores tentaram reduzir os

fenômenos complexos em suas partes mais simples há pelo menos, cinco séculos, seguindo o método de Descartes (Descartes, 2005). Acredito que todo conhecimento seja útil e que, após quase 500 anos, os estudiosos conseguiram obter dados desses fenômenos de forma simplificada e podem agora tentar compreendê-los por outros métodos.

A cosmologia ajuda a exemplificar. Segundo essa ciência, todos os átomos existentes, que constituíram e constituem o Planeta Terra e também os seres humanos vieram das estrelas, porque só as estrelas têm matéria-prima para os átomos. Reduzir o ser humano à átomo, como o carbono ajuda a explicar a depressão? Se, pelo menos, estivesse próximo a isso, todas as pessoas teriam depressões iguais, tomariam antidepressivos e iriam obter a cura da depressão da mesma maneira que tomar um antibiótico para matar uma bactéria que seja sensível àquele antibiótico.

Partindo desse pressuposto, a depressão é tomada como algo complexo, sabendo que, nesta pesquisa, é possível compreender a depressão com base na experiência de pessoas que a estão vivenciando.

Vivendo nesse período de crises e transformações, muitos paradoxos são observados. Os pouso suaves de espaçonaves em astros distantes podem ser controlados, mas existe a incapacidade de controlar a fumaça poluente expelida pelos automóveis e indústrias.

O mundo dos negócios faz acreditar que o fato de gigantescas indústrias produzirem alimentos especiais para gatos, cachorros e cosméticos seja um sinal de elevado padrão de vida, enquanto os governantes tentam dizer que não dispõem de recursos para suprir as necessidades básicas da população, como: moradia, alimento, educação, assistência à saúde e transporte público.

A cada ano que passa, mais informações encontram-se disponíveis sobre a tecnologia que há nos hospitais e do grande avanço das indústrias farmacêuticas, que lançam medicamentos novos continuamente. Porém, os usuários do SUS dificilmente têm acesso a toda essa tecnologia, como os resultados desta pesquisa mostrarão. Nesse contexto, há uma doença que, apesar do grande número de terapêuticas disponíveis, aumenta a cada ano: a depressão.

2.3 Dimensões da subjetividade na pós-modernidade

Falar em depressão tornou-se assunto comum na sociedade; isso é constante em coquetéis, festas, em livros de “auto-ajuda”, em programas de bate-papo na televisão, em que são apresentados os insights correntes mais superficiais de cada faceta do comportamento humano (Marinoff, 2001).

Em uma época, em que o capitalismo e o dinheiro permeiam todas as relações na sociedade ocidental, onde a velocidade da informação é imensa, e a competição é estimulada, as pessoas estão encontrando dificuldades para parar e olhar-se, refletir sobre sua existência, individualidade e subjetividade.

Esse comportamento voltado para o exterior é resultado do que Debord, desde o final da década de 1960, denominou de Cultura do Espetáculo. A razão de ser e viver é a exibição. Há uma exigência infinita de *performance*, confunde-se o ser com o parecer ser. O olhar do outro no campo social ocupa uma posição estratégica (Debord, 1997). Da mesma maneira que vivem para o exterior, suas dificuldades são vinculadas ao exterior.

A interiorização da pessoa é dificultada e não desejada na cultura do espetáculo. Em uma pesquisa com mulheres deprimidas, Villela (2002), observou que elas necessitam de um espaço para expressar os conflitos decorrentes da vivência depressiva e de seu cotidiano. Essas mulheres relataram que necessitam de um lugar onde podem verbalizar sentimentos sem serem repreendidas, encontrando esse espaço em um grupo operativo e fortalecendo-se com o mesmo.

A sociedade do consumo, estimulada pela sociedade industrial e capitalística (termo cunhado por Felix Guattari para designar países capitalistas e ditos socialistas), consome tudo o que pode: valores, bens, gostos, e há algum tempo existe o consumo do corpo (Lucero, 1995). Por trás desse consumo, o homem espera encontrar a chamada felicidade, o que particularmente a autora deste estudo vê como uma grande ilusão e causa de depressão.

O comportamento consumista levou as pessoas à uma cultura da individualidade e da liberdade que, na verdade, encobrem estratégias que fundam a competição, a violência, a desigualdade e que funcionam como os motores da máquina capitalística. Liberdade que aprisiona mais do que liberta e dá a ilusão de liberdade para às pessoas.

Dessa forma, há uma exploração do homem em sua força de trabalho e também uma ação manipulativa para que esse mesmo homem consuma sem parar, a fim de que o sistema capitalístico continue funcionando. Segundo o conceito sartreano, a liberdade não é algo a ser conquistado no meio externo, “o homem está condenado a liberdade” (Sartre, 1987). Assim, com esse conceito de liberdade, vêm a responsabilidade e a eterna angústia da necessidade da decisão e escolha.

Deleuze, Guattari (1976) falam dos fluxos descodificados, que operam segundo uma normalização de atos, valores, desejos e atitudes que mantém todos os membros da sociedade ocupados em se manterem no fluxo. É ele quem dá as coordenadas do normal e anormal, da saúde e da doença. Manter-se nesse fluxo é ser normal, saudável.

A todo o custo, as pessoas tentam manter-se no fluxo. O que acontece com a pessoa que está com depressão? Saiu do fluxo, foi parar nas margens, ela é, portanto, marginalizada; mas o que ocorreu primeiro, será que ela foi parar nas margens em razão da depressão ou foi o sentimento de marginalização que precedeu a doença?

Há séculos, a fragmentação do indivíduo tem sido um meio eficaz para moldá-lo, segundo os interesses da classe detentora do poder e dominá-lo totalmente. Conforme Couto (1995), toda a história da dominação e do adestramento dos instintos agressivos e sexuais do indivíduo reflete-se ainda hoje no homem que vive como um “andróide programado para produzir”. O ser humano, não se reconhecendo em sua unidade corpo-alma, sujeita-se à sociedade de consumo e deixa-se reificar. “Como objeto deserotizado que se tornou, não luta por uma vida mais digna e prazerosa, apenas submete-se”. Assim, ele deixa de ser sujeito de sua própria história, vira um “homem-massa”. Daí, pode-se partir para questionamentos do porque ainda há depressão no terceiro milênio, em todas as faixas etárias, todos os sexos e classes sociais.

Este momento histórico é também chamado, por alguns autores, de “pós-modernidade” e pode ser entendido, como uma crise que está desencadeando uma mudança paradigmática em todos os níveis de compreensão do ser humano (Gomes, 2002).

A “crise de percepção”, a transição paradigmática, a sociedade industrial e capitalística, as determinações de um campo nominado como psicossocial projetam uma idéia de transformação, de mutação de áreas do conhecimento diante das novidades de inclusão pós-modernas. Pós-modernidade definida por Maffesoli (2000) como, “a sinergia entre o arcaísmo e o desenvolvimento tecnológico”.

Na modernidade, houve a primazia da razão, da separação, da classificação, da divisão e da homogeneização, lugar privilegiado do cálculo e da técnica, da crença no progresso e da confiança em um futuro previsível. Na pós-modernidade, há a presença da razão sensível, na qual a intuição compactua com a razão, há o desenho de uma vitalidade cultural, do sensualismo coletivo e da teatralidade das condutas (*performances*), da primazia do prazer e da felicidade cotidiana (Maffesoli, 2005).

Nas últimas décadas, a medicina avançou e criou-se uma idéia para o público leigo, que haja cura para problemas como a depressão somente em comprimidos. Há uma ilusão de que a felicidade e a resolução dos problemas pessoais estejam em medicamentos. A mídia estimula isto.

A introdução dos psicofármacos na década de 50 do século XX possibilitou o tratamento de inúmeras condições até então inabordáveis como os transtornos do humor e a esquizofrenia. Muitas drogas podem aliviar sintomas de diversas doenças da mente, até mesmo da depressão, porém não há resolução do problema. É mais uma forma de terapia adaptativa, fornecendo um apoio externo para a pessoa doente, mas quando o indivíduo se encontrar diante de outro problema, poderá ter uma recaída, como se vê na prática clínica.

Estudos têm demonstrado que, no período de um a cinco anos, após resposta à fase aguda, 20% a 80% dos pacientes desenvolvem outro episódio depressivo, mesmo com o uso profilático de antidepressivos (Bahls, 2002).

A psiquiatria possui três pilares interdependentes: a biologia, a psicologia e a sociologia. Perder um ou mais sustentáculos é perder o atrativo da psiquiatria e, mais importante, sua efetividade (Rocha, 1992).

Nesse contexto, a depressão foi escolhida como tema deste estudo, pois é uma doença que tem crescido nos últimos anos, é incapacitante, traz prejuízos à pessoa, sua família e, também, à sociedade.

Como a pessoa com depressão vive essa experiência? Qual sua percepção sobre a doença e sua história de vida?

Neste estudo, o enfoque é a pessoa, sua visão e sua vivência frente à depressão. É compreender como a pessoa com depressão vivencia essa experiência na pós-modernidade. Pois, parte-se do pressuposto de que as ações e reações das pessoas estão intimamente vinculadas às elaborações que fazem de suas experiências de vida e dos significados atribuídos a elas.

3 OBJETIVO

O objetivo do estudo foi: compreender e descrever a experiência da pessoa com depressão.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

No campo dos estudos humanísticos, a pesquisa é conceitual e metodologicamente complexa. Deve-se considerar que o objetivo do estudo tem características essencialmente qualitativas. Assim, optou-se por utilizar a metodologia qualitativa, por se mostrar mais adequada para compreensão do caráter dinâmico das experiências vividas pelas pessoas. Acredita-se, também, que ela poderá dar uma visão mais ampla e clara a respeito do objetivo proposto para este trabalho.

Segundo Minayo (1999a)

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1999a, p. 21).

Na elaboração dos princípios metodológicos deste projeto, buscou-se fugir dos paradigmas positivistas da ciência, cujas leis causais, generalizações e regularidades são extraídas com base nos dados com características objetivas e, portanto, quantificáveis. Pois acredita-se que, para alcançar o objetivo desse estudo, faz-se necessária uma aproximação com os colaboradores da pesquisa, uma interação pessoa-a-pessoa, onde se pode ouvir atentamente o que cada um trará de sua subjetividade, seus significados e percepções da depressão.

Maffesoli (2005) afirma que o racionalismo em sua pretensão científica, é particularmente inapto para perceber e apreender o aspecto denso e simbólico da experiência vivida.

Muito tem se falado sobre depressão e suas abordagens terapêuticas em jornais, revistas, livros, programas de televisão e novelas. Estas informações com as orientações médicas contribuem para a forma como são elaborados os significados frente à depressão e como são vivenciados.

Abordar a depressão à luz da experiência vivida e os significados atribuídos pela pessoa acometida da doença, não implica abandono ou negação de outras dimensões desse tema, quer sejam biológicas, psicológicas, filosóficas, sociais, culturais ou religiosas. Busca-se, sim, a compreensão de como a pessoa vivencia a doença, baseada em sua experiência pessoal e grupal, em crenças, percepções, atitudes e práticas, culturais e socialmente construídas.

Seguindo esses princípios chegou-se à conclusão que o método mais adequado para alcançar o objetivo desse estudo foi a História Oral de Vida.

4.1 Método: História Oral de Vida

A história oral ou história transmitida pela comunicação com as pessoas é, conforme Meihy,

“um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e continua com a definição de um grupo de pessoas (ou colônia) a ser entrevistadas, com o planejamento e a condução das gravações, com a transcrição, com a conferência do depoimento, com a autorização para o uso, arquivamento e, sempre que possível, com a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas” (Meihy, 2002, 13).

Por meio das definições conceituais da história oral, esta pode ser considerada como um método de investigação científica, uma ferramenta, uma técnica ou mesmo uma disciplina. Como método, ao se constituir como o ponto nevrálgico da pesquisa, é sobre ela que os resultados são efetivados. Para adquirir esse valor metodológico, centraliza-se a atenção nos critérios de elaboração do projeto, na realização das entrevistas, no processo da passagem do oral para o escrito e nos resultados afinados como sentido das entrevistas (Meihy, 2002).

A história de vida é “um instrumento privilegiado para se interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas, na medida que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas” (Minayo, 1999b).

A história oral acrescenta dados pessoais e visões subjetivas com base em um determinado lugar social, permitindo, assim, abrir caminhos de investigação em áreas que pareciam resolvidas (Minayo, 1999b).

A história oral pode dar-se em três modalidades: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. A história oral de vida trata da narrativa do conjunto das experiências de vida de uma pessoa, o depoente tem maior liberdade para dissertar sobre sua experiência pessoal, é o retrato do depoente. Na história oral temática, há uma focalização maior no objetivo do trabalho; é a narrativa da versão de um determinado fato. Já a tradição oral, trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo de comunidades. É mais utilizada na história (Meihy, 2002).

Neste estudo, utiliza-se a história oral como método na modalidade história oral de vida. Escolheu-se essa modalidade por acreditar que a depressão não é um fenômeno de início abrupto e circunscrito. Também por acreditar que conhecer um pouco da história de vida narrada pelos colaboradores, deverá auxiliar a compreender

melhor sua experiência e significações, partindo do pressuposto que esses significados foram e estão sendo elaborados no decorrer da vida dessas pessoas.

A escolha como método deu-se por compreender que ele proporciona um momento de reflexão para a pessoa, que pode reconstituir eventos e dar significados aos mesmos, por meio da elaboração de uma narrativa em que há liberdade de repensar sua própria história.

Acreditou-se que estimular esse momento de reflexão, seja um ato terapêutico no sentido da pessoa estar se voltando para seu interior e reescrever sua própria história.

Assim, dado o momento histórico da pós-modernidade, no qual a interiorização e a singularização não são desejadas, poucas são as pessoas que conseguem perceber esse fenômeno da exterioridade e suas conseqüências, como a ausência de reflexão sobre pensamentos e atos.

Por intermédio de levantamento bibliográfico, confirmou-se que a depressão não é um tema considerado resolvido, é um assunto complexo que pode ser visto, compreendido e interpretado sob vários aspectos, dependendo de onde o espectador foca a olhar. Dessa forma, acredita-se que uma pesquisa cujo foco é o da pessoa que vivencia a doença, pode colaborar para a construção do conhecimento e melhor compreensão da doença.

Ao dar voz a esses atores sociais, pode-se conhecer a realidade passada e presente dentro de seu ponto de vista, fornecendo um espaço para que ele fale e escute sua própria voz.

Para Meihy (2002) a história oral implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, e garante sentido social à vida de depoentes e leitores,

que passam a entender a sequência histórica e a se sentirem parte do contexto em que vivem.

É um método muito utilizado na enfermagem e na saúde mental, pois pode ajudar a compreensão de contextos sócio culturais mais amplos da história e dos significados atribuídos a assuntos específicos por seus membros, no cotidiano. Trata-se de uma importante fonte de apreensão da história pessoal, inserida no social (Osinaga, et al., 2000).

As possíveis distorções ou falhas de memória emergentes no discurso do colaborador não representam um elemento negativo, pois a meta é compreender a experiência pessoal e os significados atribuídos à depressão; é conhecer os resultados que ficaram em sua memória de sua história de vida.

Nessa modalidade de História Oral, o depoente é o sujeito primordial e tem a liberdade para narrar sua experiência pessoal. A base é o depoimento gravado. Deve-se evitar interferências durante a entrevista, para que a pessoa possa seguir sua lógica na narrativa.

Após a realização da entrevista, o relato oral deve ser transformado em texto escrito para torná-la disponível ao público. Para tanto, as etapas de transcrição, textualização e transcrição, descritas por Meihy (2002) foram seguidas:

- Transcrição: é a passagem literal da entrevista oral para o código escrito, incluindo as perguntas realizadas pelo entrevistador, pausas, erros de português e repetições;

- Textualização: as perguntas são suprimidas e agregadas às respostas, passando a ser todo o texto de domínio exclusivo do narrador que assume a primeira pessoa. Durante essa etapa, a narrativa recebe uma pequena reorganização, para se tornar

mais clara, retirando-se os erros gramaticais. Escolhe-se, também, um tom vital que serve de epígrafe para a leitura da entrevista;

- Transcrição: é a etapa, na qual se atua no depoimento de maneira mais ampla, invertendo-se a ordem dos parágrafos, retirando ou acrescentando-se palavras e frases e, enfim, realizando-se o “teatro da linguagem”. Nesse teatro, utilizam-se os instrumentos da própria língua, como a pontuação, que mostra as paradas, as sinuosidades, as reticências. Recria-se a atmosfera da entrevista, procurando trazer ao leitor o mundo das sensações provocadas pelo contato, o que não ocorreria reproduzindo-se palavra por palavra. Como há a interferência do autor no texto, são necessárias a conferência e a legitimação por parte do entrevistado.

Concluída a terceira etapa, o texto está finalizado. No caso de análises complementares, como neste estudo, é sobre essa versão que deve ser assumida a entrevista (Meihy, 2002).

O texto final é de autoria do pesquisador, sendo o depoente um colaborador para a fabricação do documento. Neste texto, pode-se, segundo o método da História Oral, trabalhar com pessoas “visíveis” ou anônimas, dependendo dos problemas levantados pelo pesquisador. É uma decisão que está diretamente relacionada com a escolha do objeto de estudo e tem bastante importância do ponto de vista ético e político. No presente estudo, a manutenção do anonimato foi uma escolha do pesquisador.

4.2 Campo de Estudo:

O trabalho de campo aqui se torna uma necessidade, para que se possa aproximar dos atores sociais que participarão do estudo. Ele se apresenta, como uma possibilidade de conseguir não só a aproximação, mas também uma possibilidade de se criar conhecimento, partindo da realidade no campo.

Conforme Minayo (1999a, p. 53),

“Campo de estudo é o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

Seguindo esta premissa, o levantamento de dados foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na região norte da cidade de São Paulo.

O CAPS constitui-se no local ideal para a realização da pesquisa por ser um espaço extra-hospitalar. Os ambulatorios existem em São Paulo, desde 1977, mas foi, a partir de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil é desencadeado, como política oficial do governo, estimulado e conduzido pelo Ministério da Saúde, obtendo grande desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2002).

Com isso, respeitando a lógica da descentralização do SUS, ocorre um aumento do número desses estabelecimentos no Brasil como um todo, hoje denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), locais que rompem com o modelo de assistência psiquiátrica asilar, garantindo o direito de ir e vir do paciente, no qual o foco do cuidado é o indivíduo, sua família e sua rede de relações.

O CAPS em questão foi escolhido pela facilidade de acesso da pesquisadora, por ser campo de estágio da Universidade de São Paulo. É classificado como CAPS II, funciona de segunda a sexta-feira, atende adultos, de ambos os sexos, psicóticos e neuróticos graves. O fluxo de atendimento verifica-se por meio de encaminhamentos

ou espontaneamente. No território em que está localizado, há também CAPS infantil, CAPS para atendimento especializado em álcool e drogas, Unidades Básicas de Saúde e um hospital geral com internação para pessoas com transtornos mentais.

Ao chegar ao CAPS, a pessoa é recebida por um profissional da equipe que a acolhe e avalia se o caso atinge os critérios para tratamento nesse local. Em caso afirmativo, formula-se um plano terapêutico, que pode incluir atendimentos individuais, grupos terapêuticos e ou oficinas. A equipe multiprofissional que realiza esse acolhimento, é composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. No CAPS, há também o farmacêutico, auxiliares de enfermagem, profissionais da área administrativa, higiene e segurança.

4.3 Seleção dos colaboradores:

Ao contrário da pesquisa quantitativa, que enfatiza o caráter aleatório da amostragem, a pesquisa qualitativa utiliza-se da intencionalidade no recorte da população estudada, em especificação e número.

Esta intencionalidade manifesta-se no interesse em estudar, em particular, esta ou aquela instituição, este ou aquele indivíduo, atendendo a critérios intrínsecos ao problema estudado, como, por exemplo, o que os autores denominam de “representatividade qualitativa” em um determinado meio (Thiollent, 1998).

Assim, a metodologia qualitativa permite o estudo de uma “amostra intencional” que depende tanto do recorte pretendido como de fatores tais como facilidade geográfica de acesso com o campo de estudo, possibilidade de encontro com os indivíduos e as instituições, tempo dos entrevistados, entre outros (Triviños, 1987).

A definição das pessoas a serem entrevistadas está relacionada com o tema. Para responder ao objetivo desse estudo, foram levantados alguns critérios para seleção.

O cenário do presente estudo trata-se de um equipamento oficial do SUS, e a equipe multiprofissional segue o sistema diagnóstico do CID 10 para fins classificatórios. Assim, os critérios foram: pessoas com diagnóstico clínico de depressão que utilizam o CAPS para seu tratamento e com capacidade de narrar sua história de vida.

Para fins de recorte, foram excluídas pessoas com transtorno afetivo bipolar ou depressão com sintomas psicóticos. Esse sistema classificatório foi usado porque muito se tem falado a respeito de depressão e estando em um equipamento de saúde mental, sabe-se que as pessoas foram avaliadas por profissionais especializados na área, diminuindo o risco de receber um diagnóstico incorreto ou duvidoso.

Em um primeiro momento, foi feita a escolha de trabalhar com pessoas de ambos os sexos, com idade entre 20 e 60 anos. Tenho experiência profissional com essa faixa etária que é a idade que as pessoas estão produzindo, trabalhando. Segundo a OMS, na faixa etária dos 15 aos 44 anos, a depressão é a segunda causa de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), parâmetro de medida utilizado mundialmente para avaliar a Carga Global de Doenças (CGD) (OMS, 2001).

Após diálogo com alguns membros da equipe multiprofissional e explicado os critérios de seleção, foram indicadas seis mulheres. Entrei em contato com elas que aceitaram a participação no estudo.

Neste estudo, seguindo a denominação de Meihy, as entrevistadas são chamadas de colaboradoras, pelo fato de serem participantes ativas na pesquisa realizada e não meras informantes (Meihy, 2002).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, com uma questão aberta. Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas com as hipóteses que vão surgindo, à medida que as respostas do informante são recebidas.

Mediante a entrevista pode-se obter dados referentes a fatos; idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos (Minayo, 1999b).

Com relação ao número de participantes, Meihy (2002) ressalta que esta escolha está intimamente relacionada à utilidade e aproveitamento das mesmas. Na medida que os argumentos tornem-se repetitivos, deve-se parar. A existência de um projeto planejado e com objetivo definido evita que o número de entrevistados seja maior do que o necessário e que suas narrativas sejam desprezadas posteriormente (Meihy, 2002).

Livre opção de escolha foi oferecida quanto ao dia, horário e local para a realização das entrevistas. As colaboradoras escolheram o próprio CAPS; dessa forma, as entrevistas ocorreram em salas privadas dentro do CAPS com dia e hora

marcados. Todas as entrevistas foram realizadas em dezembro de 2004 e tiveram a duração média de uma hora.

Com o consentimento das colaboradoras, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, realizadas as etapas de transcrição, textualização, transcrição e conferência do texto final.

O projeto foi encaminhado e aprovado pela diretoria do CAPS. Durante toda a coleta de dados, foram assegurados o sigilo e o anonimato das participantes. Assim como foi mantido contato constante com os coordenadores dos grupos terapêuticos para dividir eventuais desconfortos mobilizados pela entrevista, garantindo o apoio necessário às colaboradoras. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A), respeitando todos os princípios da ética, estabelecidos pela Resolução 196/96, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1997).

5 Apresentação das colaboradoras

Antes de iniciar as entrevistas, as colaboradoras foram informadas sobre o consentimento livre e esclarecido (Anexo B), o termo foi assinado e enfatizou a importância de sua participação e a liberdade de, a qualquer momento, desistir da mesma. Foram explicados também o objetivo do estudo e da entrevista em questão, explicitando que no trabalho final sua história seria registrada sob a forma de uma narrativa.

Um roteiro foi utilizado para obter os dados sócio-demográficos das colaboradoras do estudo, como idade, sexo, estado civil, número de filhos com quem mora atualmente, naturalidade, escolaridade, profissão/ocupação e religião (Anexo C).

As entrevistas foram norteadas por uma questão básica, relacionada diretamente com o objetivo deste trabalho, conforme já foi descrito:

Conte-me como é a sua história de vida até esse momento.

Durante as narrativas, permaneci em estado receptivo, na maior parte do tempo, ouvia suas histórias. Realizei algumas perguntas, quando julguei necessário com o objetivo de esclarecer dúvidas e estimular a continuidade das idéias.

Ao término das entrevistas, foram realizados registros no diário de campo, no qual constam todas as observações, tanto do andamento do projeto como das entrevistas realizadas. Como foi feito o primeiro contato com os participantes, como foram suas reações, o local da entrevista e como ocorreu a gravação. As observações da comunicação não-verbal, como gestos, lágrimas, risos e expressões faciais

também foram registradas. Em uma entrevista de história oral, essa forma de comunicação também integra os discursos que devem ser trabalhados para dar sentido ao que foi expresso verbalmente e registrado pelo gravador (Meihsy, 2002).

As transcrições foram iniciadas quando da realização das entrevistas. Finalizadas as entrevistas e as transcrições, realizei o processo de textualização e transcrição. Após isso, as narrativas transcritas foram levadas às colaboradoras, que conferiram e confirmaram suas falas, dando continuidade no estudo.

Assim, o processo foi interessante, em razão das expressões faciais e gestos demonstrados pelas colaboradoras, o que confirmou aquilo que a pesquisadora havia pensado, pois elas disseram que realmente eram suas histórias, porém não se lembravam de ter falado tantas coisas e que ficaram surpresas de ler o que tinham falado. Algumas disseram que foi um momento de reflexão, que ajudou melhor a entender essa fase da vida.

Este episódio lembra as questões relacionadas à “sociedade do espetáculo”, onde o que é importante é a *performance*, o parecer e não o ser (Debord, 1997). Na sociedade contemporânea, as pessoas passam pela vida muitas vezes sem refletir sobre sua vida e sua existência, sem pensarem sobre si mesmas e nem se conhecem.

A seguir, faço uma breve apresentação das colaboradoras, com sua caracterização sócio-demográfica, acrescentando as impressões que foram apreendidas no momento da entrevista e o tom vital, evidenciado em sua narrativa. As narrativas na íntegra, em sua edição final podem ser lidas no Anexo D.

A fim de manter o anonimato, as colaboradoras receberam nomes fictícios; ao ler alguns diálogos de Platão, observei que ele faz referência às personagens da mitologia grega. A psiquiatria e, no caso a depressão, para muitas pessoas, aproxima-

se da mitologia, pois não é algo objetivo e facilmente materializável. Dessa forma, achei interessante utilizar nomes de personagens da mitologia grega, sem buscar o sentido e o significado dessas personagens, apenas seus nomes.

Colaboradora 1

Alceste tem 44 anos, é paulista, casada, quatro filhos (dois solteiros -16 e 20 anos, duas casadas) e duas netas. Mora com o marido e os dois filhos caçulas. Coursou o ensino fundamental incompleto. Faz crochê, mas, atualmente, não trabalha. É católica. Na entrevista estava pálida, manteve os olhos cabisbaixos, tom de voz pausado e baixo. Chorou bastante ao falar do filho que faleceu em maio e mostrou uma foto dele que sempre leva na carteira.

TOM VITAL

“Eu não entendo porque meu filho foi embora e a dor é demais. Eu quero ir buscar ele, mas não sei onde. Eu quero ir me encontrar com ele, mas eu fico dividida entre ele e meu filho caçula que ainda precisa de mim.”

Colaboradora 2

Urânia tem 47 anos, é paulista, casada, tem três filhos e um neto. Mora com o marido e dois filhos. O filho mais velho é casado e mora com a esposa e um filho em uma casa no mesmo quintal. Tem ensino fundamental incompleto, é costureira e atualmente não trabalha. É evangélica. No dia da entrevista, estava pálida, com olheiras, tremores nas mãos, manteve os olhos cabisbaixos, os olhos lacrimejaram, mas não chorou.

TOM VITAL

“Tudo mexe com a gente, os filhos casando, minha mãe e meu sogro que me ajudavam morreram, meu marido bebe demais, os amigos sumiram. E tudo isso foi juntando.”

Colaboradora 3

Atê tem 21 anos, é paulista, solteira, não tem filhos, mora com o pai, a mãe e a irmã mais nova. Estudante universitária, hoje não trabalha. Não tem religião. Ao ser convidada para participar do estudo, demonstrou muito interesse e receptividade. Sua narrativa desencadeou-se de uma forma clara. Referiu não estar se sentindo muito bem e estar ansiosa em razão da época de provas na faculdade. Em alguns momentos, as lágrimas vieram aos olhos, mas não chorou. Ao término da entrevista, abraçou-me e colocou-se à disposição para a realização de outras entrevistas, caso fosse necessário.

TOM VITAL

“O que me dói é ter sido trouxa, ter abortado, ter acreditado nele. Fui uma tonta de cair na conversa fiada dele. Depois do aborto, ele me largou, fiquei sozinha. É assim, a gente aprende.”

Colaboradora 4

Polímnia tem 23 anos, é paulista, solteira, não tem filhos, mora com o pai, a mãe e duas irmãs (é filha do meio). Estudante universitária, não trabalha atualmente. É espírita Kardecista. Durante a entrevista, manteve o olhar cabisbaixo, fala pausada,

leve tremor dos lábios e das mãos. Ao relatar as crises depressivas, apresentou lágrimas nos olhos.

TOM VITAL

“Sempre fui muito tímida, indecisa, dependente da minha família. Sinto que perdi muita coisa por ser assim e me sinto pra trás porque minha irmã mais nova entrou na faculdade antes de mim.”

Colaboradora 5

Hera tem 43 anos, é cearense, está separada, tem dois filhos (menino com 16 e menina com seis anos). Mora com os dois filhos. Cursa o ensino fundamental e está desempregada. É católica. Apresentou uma narrativa um pouco dispersiva e pobre em detalhes. Durante a entrevista, movimentou-se bastante na cadeira, mexendo os braços, gesticulando e levando as mãos à cabeça várias vezes.

TOM VITAL

“Minha vida sempre foi assim, sofrida. Criei meus filhos sozinha. Trabalhei de dia e de noite. Tenho vários motivos pra depressão. É tudo muito triste.”

Colaboradora 6

Afrodite tem 36 anos, é paulista, casada pela segunda vez, tem dois filhos e uma neta. Mora com o marido, dois filhos (menina -21 anos e menino- 10 meses) e uma neta (dez meses). Tem ensino fundamental incompleto, não trabalha atualmente. Colaborativa, chorou bastante durante toda a entrevista, sobretudo nos momentos em que falou do filho falecido. Trouxe várias fotos desse filho e de toda a família para me mostrar.

TOM VITAL

“ É tudo tão triste, meu Deus! Como é que pode uma mãe viver desse jeito, sem um filho. Ter que enterrar um filho.”

5.1. A experiência da pesquisadora

O objetivo desta pesquisa foi compreender e descrever a experiência da pessoa com depressão, tendo um olhar direcionado para o panorama mundial da pós-modernidade no Ocidente.

Na modernidade, as sociedades eram consideradas simples, no sentido que as coisas repousavam na distinção, na separação, nas especialidades. Já na pós-modernidade, as sociedades são consideradas complexas, e todos os domínios da vida social estão em interação. Torna-se bastante difícil e, até mesmo, impossível isolar este ou aquele aspecto do fenômeno (Maffesoli, 1995). Aqui pode ser feita uma comparação com o ser humano, em que se torna impossível separar suas partes que funcionam em harmonia, mantendo a constância de seu equilíbrio interno a despeito de modificações no meio ambiente (homeostase).

É dentro desse novo paradigma que volta-se o olhar nessa pesquisa, não perdendo seu foco que é a experiência dessas pessoas.

Nos depoimentos, a presença da lembrança do passado, faz com que cada pessoa percorra o caminho de volta, que é só seu. Sendo único, também, o modo como relata sua história de vida, como a ordena, o que destaca e o que ignora, as palavras que escolhe; enfim, estas são características importantes que levam a compreensão de qualquer entrevista (Thompson, 1992).

Para melhor realizar esta compreensão, vou relatar a minha experiência nesse processo, passando pela narrativa das seis colaboradoras.

Alceste foi indicada pela psicóloga, coordenadora de um grupo terapêutico. O convite foi feito pessoalmente, ela concordou participar da pesquisa e recebeu-me bem, dizendo ser bom conversar. Em sua narrativa, conta a história de uma mãe sempre cuidando de um filho cuja doença os médicos dizem não haver cura desde que o menino tinha cinco anos. Foram 21 anos de vida direcionados ao cuidado desse filho, que faleceu com 26 anos de idade, sete meses antes da entrevista. O núcleo da narrativa é o cuidado desse filho e o sofrimento em razão de sua perda. Seu projeto de vida o tempo todo foi esse, e após a morte do filho, não tem mais sentido continuar viva, pois não tem um objetivo de vida.

Quando terminei a transcrição, entrei em contato por telefone, marcamos para ela fazer a validação. Ela preferiu no CAPS em um dia do grupo. Expliquei que havia passado a sua narrativa para a forma escrita e gostaria que ela lesse para conferir os dados. Ela olhou às folhas, disse: *“Nossa, eu falei tudo isso?”*. Disse que não queria ler e que eu podia usar sua narrativa. Perguntei se poderia ler para ela, também, não quis. Assim, realizei um resumo, afirmando que o conteúdo escrito era o mesmo da gravação. Nesse momento, ela mostrou as mãos com vários cortes em processo de cicatrização, disse que estava um dia sozinha em seu quarto, pegou o canivete e começou a fazer cortes nas mãos. O filho caçula chegou e perguntou o que ela estava fazendo, e ela disse que não tinha nada para fazer, começou, então, a se cortar, via o sangue escorrer, sabia o que estava fazendo, mas que não tinha importância. Disse

que a angústia ainda é muito grande que o médico mudou o medicamento, mas que não adianta, porque não tira a angústia e a saudade do filho.

Urânia foi indicada pela psicóloga que coordena um dos grupos terapêuticos, pois ela tinha recentemente recebido alta do grupo e estava com consultas individuais. Entrei em contato via-telefone, aceitou participar e a entrevista foi realizada no CAPS, após consulta com essa psicóloga.

Apresentou uma narrativa coerente cronologicamente, iniciando por contar um problema que teve na infância, pois não gostava de ser contrariada. Nesses momentos, ela se jogava ao chão, arrancava os cabelos, mordida-se, rasgava sua roupa e batia a cabeça na parede.

Durante toda a narrativa, Urânia fala várias vezes que tudo vai juntando, que tudo mexe com ela. Como se os acontecimentos da vida fossem chegando de fora e atingindo-a. Tive a impressão de que ela foi se deixando levar na vida e questiono-me qual seu projeto de vida? Onde ela deposita a sua singularidade e compreende a alteridade?

Foi a última colaboradora que encontrei para mostrar a narrativa escrita, pois está abrindo um negócio próprio com o marido e está sem tempo. Aparentemente, está melhor, disse que sente esperança de que esse empreendimento dê certo.

Assim como Alceste, também perguntou: “*Eu falei tudo isso?*” Leu a narrativa, conferiu os dados e autorizou a publicação. Disse estar preocupada, pois o psiquiatra que a atendia não está mais no CAPS e, portanto, está sem psiquiatra. Inclusive, precisou diminuir a dose do antidepressivo pois não conseguiu receita para pegá-lo; no momento, estava sem o antidepressivo para tomar.

Aqui cabe uma crítica às políticas públicas de saúde, pois percebemos que o tratamento das pessoas está subjugado a fatos, como o momento político do país e as mudanças a cada dois anos de governo estadual e municipal. As entrevistas foram realizadas em dezembro de 2004, em janeiro de 2005, houve a mudança de prefeito, o que pode ter ocasionado a saída de profissionais.

Atê foi indicada pela psicóloga coordenadora de um outro grupo de terapia, após o contato telefônico, aceitou a participação. A entrevista foi realizada antes do grupo. É a colaboradora mais falante e participativa, disse em todos os momentos, que adorou estar participando do estudo.

Começa a narrativa, contando sobre a infância, as dificuldades com o pai, que lhe deu um único presente na vida e sempre “*foi o ditador*”, tentando prendê-la em casa. Com 14 anos começou a namorar um inimigo de infância e engravidou. O garoto disse que era para ela tirar o filho senão não ficaria com ela e ela abortou. Porém, ele terminou o namoro mesmo assim; e nesse momento, ela diz ter começado a sentir os sintomas da depressão.

Durante a narrativa, fala várias vezes que muda da água para o vinho, ou seja, dependendo das circunstâncias e dos namorados muda seu jeito de ser. Adolescência?

A marca que ficou foi a de ter sido enganada, acreditou no namorado que não cumpriu com o combinado, ficar com ela após o aborto. Diz ter aprendido muito com a situação e mostra-se armada para enfrentar o mundo, demonstrando ressentimento e culpabilização do outro.

O seu projeto de vida? Como ela situa sua singularidade no mundo?

Entrei em contato, para que realizasse a conferência da narrativa, mostrou-se muito prestativa e a vontade. Encontramo-nos no CAPS. Leu a narrativa, refletiu por uns instantes e disse que esse momento foi ótimo, pois conseguiu rever sua vida. Traçou um percurso desde os problemas com o pai, falou novamente do único presente que ganhou dele, até o momento atual. Disse estar bem com o namorado e que vai casar com ele.

Agradeceu a participação no estudo, elogiou o método da história oral, pois disse que normalmente as pessoas participam de pesquisas e nunca mais têm retorno do pesquisador.

Contou que mudou de psiquiatra, porque o anterior saiu do CAPS e de medicamento, pois o anterior era muito caro.

Polímnia foi indicada pela mesma psicóloga de Atê, pois freqüentam o mesmo grupo terapêutico. Entrei em contato telefônico, aceitou a participação, e a entrevista foi realizada depois da sessão do grupo. É descendente de japonês e mostrou-se tímida no início da entrevista, mantendo os olhos cabisbaixos.

Citou que sua história é difícil de contar pois é muito longa, mas foi a mais curta das seis.

Começa a narrativa a partir de sua vinda para o CAPS. Narra uma vida de inseguranças, dificuldades de relacionamento, dúvidas, sensação de perda, não aceitação de si mesma e tentativas de mudar seu jeito. Sensação de estar perdida no mundo, não se encaixando na estrutura familiar que estava mudando.

Relatou que sempre foi superprotegida pela família e, talvez, tenha se colocado dentro desse mundo familiar e tido dificuldades de sair. Quando as irmãs começaram

a namorar, fazer faculdade e trabalhar ela se sentiu incomodada e percebeu que algo não estava bem. É filha do meio e disse, várias vezes, que a irmã mais nova um ano, passou a perna e começou a fazer faculdade antes dela. Talvez aí tenhamos também a questão cultural da hierarquia.

Entrei em contato telefônico, marcamos a conferência no CAPS. Ela se mostrou a vontade, leu calmamente a narrativa, confirmou todos os dados e agradeceu sua participação, disse que foi bom para ela.

Hera foi indicada pela psicóloga do mesmo grupo de terapia da Alceste. Fiz o contato pessoalmente após o grupo, aceitou a participação. No dia que estava marcada a entrevista, disse não estar se sentindo bem e a remarcou. A entrevista foi realizada no CAPS, após o grupo terapêutico.

Sua narrativa é marcada por frases como *“vida sofrida”*, *“infância sofrida”*, *“minha história de vida foi um fracasso”*, *“chega uma hora que a cabeça não agüenta”*, *“tudo isso vai juntando”*, *“tenho vários motivos pra depressão”*, *“tudo vai causando sofrimento”*.

Apresentou uma narrativa com muitos cortes, tentando resumir os acontecimentos, como se não valorizasse seus sentimentos.

Qual seu projeto de vida? Sobreviver às dificuldades que aparecem?

Entrei em contato telefônico para a conferência e ela preferiu que fosse até sua casa, mas que não era para reparar, pois era casa de pobre. O local é asfaltado, a casa é no meio de uma viela. Ela deu a sugestão para eu pedir para um comerciante da rua principal indicar o caminho. Foi feito como orientou e ele conduziu-me até sua casa e a chamou pelo nome. Lembrou-me o clima de interior de São Paulo, onde as pessoas

ainda se conhecem pelo nome. A casa é de alvenaria, pequena, tem dois andares; a televisão de 29 polegadas a uma distância de menos de um metro do sofá, chamou a atenção, pois a sala é bem pequena. Conheci a filha, que tem seis anos de idade, menina inteligente e extrovertida que veio conversar comigo para mostrar que sabia desenhar e já estava aprendendo a ler. Hera disse que estava preocupada com a menina, que queria levá-la ao psiquiatra, porque ela era muito “*faladeira*”. Talvez pelo contraste de seus sentimentos, ela ache estranho a menina ser tão alegre.

Leu a narrativa lentamente, confirmou todos os dados. Disse que o psiquiatra tinha mudado seu antidepressivo e que o problema da insônia continuava, só conseguia dormir após tomar o sedativo. Disse que recebeu alta do grupo terapêutico, somente vai ao CAPS para passar por consulta com o psiquiatra.

Afrodite foi indicada pelo psiquiatra que a atendia, foi feito contato telefônico e aceitou a participação. Disse que sempre é bom conversar sobre o que aconteceu. Marcou duas vezes e não foi, pediu desculpas e disse não ter ido porque cuida do filho e do neto, ambos com dez meses de idade. Foi marcada uma terceira vez, ela compareceu no horário e foi feita a entrevista no CAPS. Iniciei pelos dados sócio-demográficos, ela olhou para o caderno, viu a questão sobre filhos e já iniciou a narrativa. O gravador já estava ligado, aguardei uma pequena pausa do relato e foi feita a questão norteadora da pesquisa. Ela continuou o relato.

Com um olhar muito triste, como se olhasse para longe, relatou o episódio da morte súbita do filho de 14 anos, quando jogava futebol. Chorou durante toda a entrevista. Disse que estava se recuperando de uma depressão pós-parto, quando ele faleceu. O foco da narrativa foi sua vida em família com esse filho. Conta como ele

foi uma criança brilhante que viveu intensamente, e como eles foram felizes. Disse que ele faz falta para toda a família e que esperam o dia da morte para se reencontrarem com ele.

Disse viver para o filho caçula, que se não fosse por ele, não estaria aqui, que o psiquiatra disse que ela deve viver pra ela, mas... Ela relata claramente que seu objetivo de vida é viver para a família e que luta muito para continuar vivendo sem o filho.

Liguei para ela, marquei o reencontro, ela preferiu o CAPS. Veio no dia e horário marcados. Está em tratamento, agora em outro grupo terapêutico e disse que seu psiquiatra mudou em janeiro, porque o anterior saiu do CAPS. Ainda mantém o olhar longe e triste, leu devagar a narrativa, disse que era isso mesmo, e se eu quisesse poderia colocar os nomes verdadeiros.

6 Análise e Interpretação dos Dados

A análise dos dados foi realizada baseada na análise de conteúdo preconizada por Bardin. Neste estudo, sua organização não obedeceu um modo rígido, mas configurou-se a partir da narrativa das pessoas (Bardin, 1977).

A análise de conteúdo é

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977, p. 42).

Assim, é procurar conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça; pois acredito que a realidade da vida diária das pessoas vai além dos fenômenos percebidos e medidos por nossos cinco sentidos.

A análise de conteúdo torna explícitos os elementos não visíveis do processo de viver e adoecer por conseguir evidenciar relações entre o fato objetivo da desordem biofisiológica e algumas dimensões constituídas por valores, símbolos, representações, desejos e comportamentos, somente alcançados por meio de incursões à subjetividade, expressa pela sua enunciação verbal (Rodrigues, Leopardi, 1999).

A análise de conteúdo vem sendo usada desde os séculos XVI e XVIII, na Suécia e França, e com o passar dos anos foi sendo estruturada e organizada por autores como Berelson, Lazarsfeld e Bardin (Rodrigues, Leopardi, 1999).

Seu emprego tem se ampliado, significativamente, em virtude de sua aplicabilidade em áreas variadas. Assim como neste estudo, a análise de conteúdo

pode ser utilizada em trabalhos que envolvam avaliações e interpretações de dados e seus resultados e repercussões com base em elementos textuais de um contexto discursivo. No caso da saúde, permite o acesso às dimensões representacionais do processo de viver, adoecer, curar e morrer.

A análise de conteúdo tem como intenção a inferência de conhecimentos relativos às suas condições de produção ou recepção (Bardin, 1977).

Além do conteúdo manifesto - as narrativas -, aprofundou-se a análise, fazendo inferências, buscando desvendar o conteúdo latente que elas possuem, usando-as como meio de alcançar a realidade além delas. Pois, é nesse conteúdo, que se pode descobrir ideologias, tendências, motivações, crenças, valores e atitudes. Conteúdo esse que é dinâmico, estrutural e histórico (Triviños, 1987).

A ciência é dinâmica e histórica. Santos (1998) afirma que se vive em um momento de transição e que, em termos científicos, vive-se ainda no século XIX. Como período de transição, observa-se a ambigüidade e o descompasso.

Cito um exemplo simples que observei com este estudo: existem antidepressivos de última geração no mercado, mas em razão do alto custo, eles não são encontrados nos CAPS e, portanto, são difíceis de serem receitados para as pessoas que necessitam utilizar o SUS e não têm dinheiro para gastar com tais medicamentos. Há um descompasso, existe o medicamento, mas não se pode usá-lo.

Como conteúdo de conhecimentos, a ciência só se processa como resultado da articulação do lógico com o real, da teoria com a prática. Por isso, uma pesquisa geradora de conhecimento científico e, conseqüentemente, uma dissertação destinada a relatá-la, deve superar o simples levantamento de fatos e coleção de dados, buscando articulá-los em nível de interpretação teórica (Severino, 2002).

O objetivo desta pesquisa foi compreender e descrever a experiência da pessoa com depressão. Viu-se que a experiência é construída historicamente. A visão de mundo da pesquisadora, indo de encontro com autores que descrevem a pós-modernidade, leva-a a utilizar como referencial teórico para a interpretação da pesquisa, princípios teóricos das Ciências Humanas e Sociais. A análise de conteúdo favorece diferentes abordagens filosóficas na essência de seus conteúdos.

Dentre as técnicas pertinentes à análise de conteúdo, neste estudo, optei pela análise temática por acreditar ser a mais adequada na pesquisa. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo os critérios relativos ao referencial teórico que serve de guia à leitura (Bardin 1977).

Como meio de organizar os dados, estes serão agrupados em categorias. A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 1977). As narrativas originadas das entrevistas são uma fonte riquíssima de dados. Nesta pesquisa, ative-me ao seu objetivo e, portanto, as categorias foram organizadas de modo a responder a esse objetivo. Sabe-se que a pesquisa com outro objetivo e outro referencial teórico, poderiam levar a outras categorizações.

Partindo do pressuposto de que a experiência da pessoa, hoje com depressão, é vivenciada como um processo histórico e não imediato, assim, foram definidas as seguintes categorias e seus respectivos temas:

1 Vida antes da depressão - o Passado

2 ?vida? - DEPRESSÃO!!! - o Presente

Tema 1: Eventos desencadeantes

Tema 2: A psicopatologia da depressão

Tema 3: A procura da etiologia da depressão

Tema 4: A busca de ajuda e tratamento

3 Futuro – há luz no fim do túnel?

Por meio das narrativas, consegui apreender que o processo é vivenciado historicamente, quando as colaboradoras falam em seus discursos:

“... eu ficava com aquilo tudo guardado por dentro...e foi juntando” (Alceste).

“Quando eu tinha oito anos, meus pais se separaram... isso me marcou demais” (Urânia).

“E tudo mexe com a gente, tudo mexe”(Urânia).

“Acho que tudo isso foi juntando, sabe...” (Urânia).

“Então, coisa assim besta, mas eu lembro, ficou marcado” (Atê).

“... já estava tudo meio confuso na minha cabeça, começou a embananar tudo” (Polímnia).

“Então, acho que tudo isso junta, né? Chega uma hora que a cabeça não agüenta” (Hera).

“... eu sei que tudo isso que a gente tá passando hoje, tem também o lado da infância, a gente lembra muito as coisas ruins” (Afrodite).

“ Então, lógico, a gente vai guardando tudo, quando acontece essas coisas (a morte do filho), a cabeça é terrível!” (Afrodite).

6. 1 Vida antes da depressão - o Passado

“Nossa relação com os vestígios do passado é de posse e proximidade” (Costa, 2004).

A relação que as colaboradoras fazem com o passado é de algo sofrido, doloroso, que está presente hoje em suas vidas. Esta categoria visa a mostrar a experiência de vida antes da depressão, levando em conta os relatos históricos de suas vidas. A análise percorre a infância, a adolescência, a relação com os pais, as primeiras relações com as pessoas do meio social, os namoros, as primeiras ações e reações, as primeiras escolhas...

Para as colaboradoras, a infância é tida como uma fase difícil. Nos relatos, as experiências traumáticas destacaram-se. Uma vida em um ambiente hostil, dificuldades financeiras, não ter o que comer, o que vestir, relacionamento ruim com os pais, a atenção recebida ou não dos pais, a convivência com pessoas próximas, o primeiro presente, a sensação de insegurança, as ilusões, o desejo de que as coisas e as pessoas sejam sempre do jeito esperado. Para Sartre (1987), o homem de início não é nada, só posteriormente será alguma coisa e será aquilo que ele fizer de si mesmo.

As pessoas ao nascerem, deparam-se com um grupo familiar e social em pleno movimento, com sua língua, regras, hábitos e tradições. Entretanto, a partir de um certo momento da trajetória pessoal de vida, é possível negociar essas limitações, pois a cultura é pautada pelo movimento (Kemp, 2002).

Uma pessoa não nasce membro da sociedade. Nasce com a predisposição para a sociabilidade e torna-se membro da sociedade em um processo dialético entre

interiorização e exteriorização. Interiorização no sentido de apreender o mundo como realidade social dotada de sentido e exteriorização ao se colocar no mundo social (Berger, Luckmann, 1976).

Viu-se como é forte a presença do pai na infância, pai alcoolista, pai que bate, pai ausente, pai doente, pai viciado em jogo, mas sempre citado como figura de destaque. Já a posição da mãe é vista como submissa, mãe que apanha, mãe doente, mãe que aceita tudo, mãe que está sempre ali para qualquer coisa.

Em alguns momentos dos relatos, observou-se que o papel do pai é transferido aos maridos e namorados, dentro das mesmas condições, marido mulherengo, que bate, que não traz comida para dentro de casa, que bebe, que joga, que abandona após o aborto.

O papel da mãe é assumido por elas, como esposas ou namoradas que sofrem. Esse papel fica claro e pode ser sintetizado pela fala de Hera: “ *Meu pai é vivo, mas bebe muito. Nossa! Eu vi ele bater tanto na minha mãe. Eu falava assim comigo: nunca vou pegar homem que bebe. Sabe aquele ditado popular: não cospe para cima que cai nos olhos? Foi o que aconteceu comigo.*” Ela faz referência aos dois homens com quem casou, ambos alcoolistas.

Uma pessoa constitui sua identidade por meio de processos de identificação, ou seja, as experiências cotidianas proporcionam situações que demandam escolhas e posicionamentos em relação a condutas e valores, tanto pessoais como alheios. As noções construídas diariamente pelos seres humanos de igualdade e diferença representam o alicerce para a construção das identidades. A cultura proporciona referenciais a partir dos quais os atores sociais acessam os elementos do cenário de conduta para desempenhar seus papéis (Kemp, 2002).

Para Maffesoli (2000), o social caracterizado por uma estrutura mecânica, com indivíduos e funções na modernidade foi substituído na pós-modernidade por uma socialidade caracterizada por uma estrutura complexa com pessoas e papéis, com dominância empática. Dessa forma, a noção de pessoa atual é de uma máscara que pode ser mutável e íntegra, sobretudo, uma variedade de cenas, de situações que só valem porque são representadas em conjunto. Esses papéis não são estáveis e podem ser alterados, de acordo com o que Maffesoli nomina tribos, ou seja, grupos de pessoas com algo semelhante: uma religião, um gosto musical, cultural, sexual. Há uma multiplicidade do eu. A pessoa só existe na relação com o outro.

Dessa forma, consegue-se perceber os caminhos trilhados pelas colaboradoras, como foram construídas suas identidades, como elas foram fazendo escolhas nesse percurso, participando de suas tribos e exercendo seus papéis no mundo.

“A cultura é tanto ponto de vista, quanto ponto de partida”(Sartre, 2003).

O ponto de partida das depoentes para a vida adulta não foi citado como uma base sólida. A família, com seus valores, crenças, dificuldades e facilidades foi o mundo que elas interiorizaram na infância, é o que ficou registrado na memória. Os pais têm uma grande responsabilidade com os filhos, pois eles são os primeiros educadores, representam a fonte de valores para a próxima geração.

O ser humano não vive sozinho desde seus primórdios na pré-história. Para Sartre (1987), o homem só pode ser alguma coisa se os outros o reconhecerem como tal. O outro é indispensável à minha existência. Desse modo, descobre-se imediatamente um mundo a que esse mesmo autor chama de intersubjetividade e é, nesse mundo, que o homem decide o que ele é e o que são os outros.

A partir dessa estrutura familiar, pode-se observar o percurso que as depoentes foram trilhando pela vida. Algumas pararam de estudar muito cedo, tendo hoje apenas o ensino fundamental incompleto, apenas as duas colaboradoras mais jovens estavam cursando o ensino superior na época da entrevista. Elas narram que começaram a namorar cedo, ficaram grávidas, casaram, uma abortou a pedido do namorado, outra tem dificuldades de relacionamento em razão da insegurança e timidez.

Fico com a impressão de que a vida para elas consiste em fatos que vão ocorrendo, aleatoriamente, pois elas vivem de acordo com o costume, não se posicionam, deixam acontecer, vão passando pela vida, não vivem uma vida ativa, de escolhas pensadas, com responsabilidade e assumidas. Parece que não conseguem ter consciência de sua própria liberdade no mundo. O costume é o conjunto dos usos comuns que permitem a um conjunto social reconhecer-se como aquilo que é.

Para Maffesoli (2000), o costume serve para concretizar e atualizar a dimensão ética de toda socialidade, ele assegura a perdurância da vida em sociedade. No entanto, se uma pessoa vive só de acordo com o costume, ela pode se cristalizar na vida e perder a chance de aprendizado e renovação.

A experiência de vida é narrada como triste, pesada, difícil de ser vivida, como se não houvesse escolhas para algo melhor, como se nada pudesse ser feito. Porém, sempre é tempo para mudanças. “Cada minuto que passa é uma chance de mudar tudo” (Crowe, 2001).

A vida é sinônimo de movimento, nada está parado no universo, basta contemplar e ver. Segundo Simmel, na pós-modernidade,

“o indivíduo se sente conduzido pelo ambiente palpitante das massas como que por uma força exterior, indiferente ao seu

ser ou à sua vontade individuais. Mesmo que, contudo, esta massa seja constituída exclusivamente de tais indivíduos” (Simmel citado por Maffesoli, 2000, s. p.).

Ao fazer esse movimento de ser conduzido por algo externo, o interno vai perdendo valor e, quando se dá conta, a pessoa se depara com uma vida que não tem sentido continuar sendo vivida, não há uma existência, há apenas um vazio. Essa sensação de vazio está descrita na psicopatologia da depressão, é citada pelas colaboradoras e pode ser assim resumida por Afrodite:

“Essa doença é assim, por dentro, a gente fica vazia, morta, eu não sinto nada por dentro” (Afrodite).

Continuando o percurso pela vida dessas mulheres, vê-se a influência de seu passado em suas escolhas. A vida vai sendo construída diariamente, em cada pensamento, ação ou omissão. Concordo com Sartre (1987), quando diz que o que não é possível é não escolher. Nesse percurso conseguiu-se observar os projetos de vida que foram sendo delineados, as decisões, as indecisões, as encruzilhadas da vida que exigem escolhas a todo momento com perdas e ganhos em uma dialética constante.

O ser humano posiciona-se no mundo por meio de sua ação, seus atos, ele existe na medida que realiza seu projeto no mundo (Sartre, 1987). Como pessoas diferentes, os projetos de vida são diferentes, e as escolhas são feitas, de acordo com esse projeto.

Alceste saiu de sua casa no interior de SP, há 11 anos, em busca de tratamento para o filho, diz ter largado tudo para procurar ajuda para esse filho. Em sua narrativa, torna-se claro que ela viveu a expectativa da morte do filho por 21 anos e durante isso projetou todos os seus esforços em busca de tratamento para o filho.

Nesse percurso, ela esqueceu de si própria. Não relata sonhos, objetivos e fala sem nenhuma emoção de seu marido e de seu casamento. Após a morte do filho, o que restou foi uma vida esvaziada de sentido.

Alceste em vários momentos difíceis da vida refere desmaios, ao receber a notícia de morte da mãe, do pai, do filho. Diz que não vê as pessoas serem enterradas, porque não agüenta. Refere não ter entendido ainda que o filho esteja morto e sente sua falta e que a mãe e o filho sumiram, mas não sabe para onde. É como se quisesse negar os acontecimentos da vida, ela não encara a realidade tal como ela é. Ao não encarar a realidade, não tem a chance de elaborar o luto, as perdas, reelaborar sua vida, seus projetos. Fica a sensação de que algo sumiu, ela não sabe para onde, quer encontrar, mas também não sabe onde procurar, fica perdida na vida.

Urânia diz que gostava muito do pai que sofreu com a separação dos pais. Lembra que o pai ficou internado várias vezes no Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, que ele sentia um ciúme doentio da mãe, que ele batia a cabeça na parede. Ela vai relatar ao longo da narrativa que também bate sua cabeça na parede quando sente algo na cabeça que descreve como “...cérebro inchado e fazendo pressão” e que isso melhora somente com calmantes. Percebe-se o nível de ansiedade e angústia interna para uma pessoa chegar ao ponto de se agredir fisicamente, não vendo outros modos de aliviar essa pressão.

Urânia relata a adolescência, como um período “*normal... tudo dentro dos limites, certinho.*” Namorou o atual marido por três anos, casou grávida de cinco meses, com 20 anos de idade. E, em menos de um ano, arrependeu-se, pois ele é

mulherengo e, atualmente, alcoolista e que só está com ele até hoje por causa dos filhos.

Uma mulher que é mãe, com certeza, deve realizar o papel de mãe, mas lembrar que, dentro da complexidade da vida, ela é muito mais do que mãe. Ao escolher um estilo de vida, sendo só mãe, a vida também vai sendo esvaziada de sentido. Ao mesmo tempo que viver para os filhos e cobrar um retorno deles não é viver para os filhos, é viver para si própria, colocando a responsabilidade de sua vida nas mãos de outras pessoas, colocando-se no centro dos acontecimentos e apoiando-se no exterior.

Esse apoio e dependência do meio exterior, percebo em vários momentos em sua narrativa. Quando fala que o filho mais velho casou e o sogro morreu, diz ter perdido as duas pessoas que a ajudavam. Cita que as pessoas não a estão ajudando, e tudo isso a deixa nervosa, os familiares deixam-na nervosa e ela fica fora de si. A nora é a única que ainda está a seu lado e que “...se ela for embora, aí sim acabou.” Apresenta uma inflexibilidade no sentido da não aceitação de mudanças, diz que foi educada de uma maneira, não respondia para sua mãe e exige que as pessoas sejam do mesmo jeito que ela foi.

Como os filhos estão todos adultos e com casamento marcado, chegou o momento dela ter existência própria. E agora? Vazio e depressão.

Atê fez escolhas baseadas em recompensas, que não vieram. A marca que ficou foi a de ter sido enganada, acreditou no namorado que não cumpriu com o combinado, ficar com ela após o aborto. Fazer algo esperando recompensa de outros é certeza de frustração. Acredito que escolhas, devem ser realizadas após uma

deliberação profunda, assim, qualquer que seja o resultado, deve ser assumido por quem fez a escolha, no caso, Até.

Um pouco antes da entrevista, ela encontrou com ele por acaso e percebeu, por meio da rápida conversa que tiveram, o que tinha acontecido e que não poderia ter esperado nada dele porque ele “...*é uma pessoa desprezível*”.

Hera apresentou uma narrativa com muitos cortes, tentando resumir os acontecimentos, como se não valorizasse seus sentimentos. Disse que tem coisas que não fala na terapia, pois não acredita ter importância e são fatos relacionados diretamente com a depressão. Falar da doença pode ser um sinal de fraqueza e ela que lutou a vida inteira, não quer mostrar seu lado mais frágil.

Em sua narrativa, fala de pessoas de níveis diferentes. Econômicos? Diz que tem pessoas que poderiam estar fazendo um tratamento particular, porque chegam ao CAPS “*de carrão e, então, as pessoas que tão de baixo nível acham que... ah sei lá...*”

É a única colaboradora que nasceu fora do Estado de São Paulo, é do Ceará. Disse que a infância foi muito sofrida, na roça, com um pai alcoolista, que batia na mãe, não tinha o que comer, não tinha roupas para vestir. Na adolescência, foi trabalhar com pessoas da família, na cidade, mas diz que era explorada para trabalhar pela comida. Veio para São Paulo com 22 anos de idade com um primo. Começou a namorar esse primo e casou grávida de sete meses. Ele se tornou alcoolista. Viveu com ele durante quatro anos.

Ela faz referência à questão econômica várias vezes em sua narrativa e, por mais que diga ter se erguido sozinha, trabalhado de dia e de noite para cuidar do filho e construído sua casa, parece haver uma baixa auto-estima e um sentimento de

inferioridade presentes o tempo todo em sua vida e não só como parte do quadro psicopatológico da depressão.

Afrodite conta que, na infância, teve uma vida miserável, o pai bebia muito, batia nela, nas quatro irmãs e na mãe, que esta tinha depressão, pois vivia deitada no quarto. Aos 11 anos, seu pai a tirou da escola e a colocou para trabalhar fora em uma fábrica e que ela não tinha nem o que comer. Aos 16 anos, casou para se livrar do pai e fala “...*como se o casamento fosse solução pro problema.*”

Ficou casada por 15 anos, com um homem que também bebia muito, como seu pai. Teve dois filhos com ele. Ao falar do pai e do primeiro marido, disse que na vida vai guardando tudo o que acontece de ruim no passado e quando acontecem essas coisas, como a morte do filho, a cabeça é terrível e volta tudo. Separou-se dele, porque se apaixonou por outro homem e disse que Eros sofreu muito com a separação, mas, depois de um tempo ele compreendeu.

“ Nós estamos sujeitos à depressão quando procuramos formas de realização fora do self” (Lowen, 1983).

No percurso pela vida, fatos não resolvidos podem se apresentar novamente no caminho. Tentar negar situações reais, como uma doença, a morte, uma traição, um relacionamento ruim com pessoas importantes, crescer, envelhecer não evita que essas situações existam de fato e impeçam o próprio amadurecimento.

“... *juntou bastante médico pra falar... (...) eu sabia que o médico ia falar as coisas pra mim, e eu não queria saber daquilo. (...) aí quando o telefone tocou, eu atendi. Uma moça perguntou: você é a mãe do Admeto? Eu peguei e joguei o telefone*” (Alceste).

“Peguei ele com uma mulher 15 dias antes, aí tive descolamento de placenta. (...) Eu chorava, eu ficava chateada mas eu conseguia me controlar” (Urânia).

Deixar o tempo passar aguardando que o problema se resolva, é uma omissão. Quando uma pessoa é omissa e deixa a vida correr sem sua interferência, não busca objetivos próprios e vive, de acordo com os acontecimentos externos a ela, deixa-se levar pela multidão, não tem existência própria. No processo que Guattari, Rolnik (1986) chamam de homogeneização, no qual, a subjetividade é descentrada da pessoa, passando por forças disseminadas no campo social. O modo pelo qual as pessoas vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: 1) uma relação de alienação e opressão, na qual a pessoa submete-se à subjetividade, tal como a recebe; 2) uma relação de expressão e de criação, na qual a pessoa se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo de singularização (Guattari, Rolnik, 1986).

O processo de homogeneização pode ser visto em alguns trechos das narrativas:

“...deixar ele tomar conta, ele acabou resolvendo por mim, não era aquilo que eu queria” (Atê).

“... não sabia o que prestava. (...) eu queria sair no terceiro ano mas meus pais falaram que só faltava mais um. (...) eu já não gostava muito do curso...” (Polímnia).

Quando a pessoa entra nesse processo de homogeneização, vai aos poucos perdendo sua singularidade quanto pessoa atuante no mundo, não tem uma existência própria.

Ao se deixar levar pelas forças homogeneizantes e não ter objetivos próprios, não consegue o prazer que alcançar os objetivos pode proporcionar, não vive ativamente sua vida, não se assume como pessoa no mundo. Passa seu tempo

exercendo papéis que, ao ser omissa, não escolheu ativamente. Esses papéis por não ser escolhas suas pensadas e analisadas, não lhe trazem o prazer de viver.

“A depressão é, atualmente, comum porque muitas pessoas perseguem objetivos irreais. (...) Um objetivo irreal é aquele ao qual são atribuídas expectativas irreais” (Lowen, 1983).

A desilusão causada por perseguir um objetivo irreal pode ser vista em alguns trechos das narrativas.

“Eu deixei tudo lá. (...) levei nos médicos, fiz tudo... (...) ele falou que meu filho ia morrer... que essa doença não tem cura.(...) levei na AACD... o médico não deu receita, não deu nada, só falou bobagem. Por que não fez um tratamento pra ajudar, lá tem tanta criança deficiente...” (Alceste).

“O que me dói, é ter sido trouxa... ter acreditado nele. (...)Ele falou: tira senão, não vou mais ficar com você. (...) eu abortei. (...) aí logo depois disso, eu tomei uma bota, ele me largou” (Atê).

Nesse caminho, as pessoas começam a sentir uma grande sensação de perda e, muitas vezes, não sabem o que perderam. A perda pode ser de algo real como a morte de um filho ou simbólica.

“Eu sinto que falta algo, mas eu não sei te explicar o que é” (Atê).

“Eu às vezes sinto que talvez tenha perdido muita coisa pelo fato de ter esse meu jeito de ser. De não ter aproveitado a adolescência, de não ter saído com os amigos” (Polímnia).

Não vislumbrar objetivos reais, perseguir objetivos irreais, deixar se levar pelas forças de homogeneização, não se posicionar na vida, negar fatos reais da vida cotidiana e não resolver os problemas que vão se acumulando, faz com que a pessoa

fique exposta a todos os acontecimentos que vão mexendo com ela, machucando, causando ansiedade, angústia, sensação de perda, vazio, peso na cabeça, sensação de cérebro inchado e, num dado momento, a depressão como doença se instala.

6.2 ?vida? - DEPRESSÃO!!! - o Presente

Nessa categoria, o olhar dirige-se agora para a experiência vivenciada com a depressão propriamente dita. Como as colaboradoras descrevem o estar com depressão, os primeiros sintomas, como reagiram a esses sintomas, como vivenciam a psicopatologia, as tentativas de suicídio, a procura da etiologia da depressão, como foi a busca de ajuda e como está sendo o tratamento.

Para nomear essa categoria, foram utilizados recursos da língua portuguesa, como a pontuação para enfatizar o que chamou muito a atenção. As colaboradoras vivem tão intensamente a depressão que esta parece englobar a vida delas como um todo. A vida fica pequena, diminuída face à doença que, muitas vezes, é relatada como maior e mais forte do que elas mesmas.

Para essa categoria ser melhor visualizada, foi dividida em temas de acordo com os dados trazidos pelas colaboradoras.

Tema 1: Eventos desencadeantes

No percurso da vida, acontecem muitas coisas que são vistas e vividas de formas diferentes por pessoas distintas, dentro da singularidade e história de vida próprias de cada um. Como visualizar o limite, a linha tênue entre reações esperadas para

determinadas situações e a reação patológica, a doença? Como saber se alguém é, melancólica, está apenas triste ou deprimida? A seguir, foram separados alguns trechos das narrativas com fatos que podem, segundo as colaboradoras, ter desencadeado a depressão.

Alceste começa a narrativa dizendo que, em 1993, perdeu sua mãe e ficou muito mal. Ela já vivia com a imagem fantasmagórica da morte do filho anunciada desde 1983, quando ele tinha cinco anos. *“Eu chorava... a cada ano que passava, eu ficava com aquilo na cabeça: o meu filho não vai sobreviver... o meu filho vai morrer hoje”* (Alceste).

Urânia relata vários eventos que podem ter desencadeado a depressão. Diz ter um casamento difícil, infeliz que se arrependeu de ter casado que está com ele até hoje somente por causa dos filhos, diz ter visto o marido com uma mulher 15 dias antes de seu terceiro filho nascer, teve descolamento de placenta e o menino teve convulsões. Diz ter sofrido muito, ficava chateada, chorava, mas tentava se controlar. Um pouco depois descobriu que o marido havia engravidado uma adolescente, separou-se dele e depois retomou o casamento.

Relata que antes da morte da mãe, um pouco antes do filho mais velho se casar, já não estava bem. Cita também o falecimento do sogro, diz que ele era seu braço direito. *“Aí, eu perdi as duas pessoas que me ajudavam, meu filho e meu sogro. Há um ano atrás, eu perdi minha mãe, e aí é que veio ”* (Urânia).

Atê apresenta um possível evento desencadeante mais claramente do que as demais colaboradoras: o aborto e toda a situação que ocorreu ao redor desse fato. *“Eu lembro que, quando acordei e fiquei de pé, o sangue escorria pelas minhas pernas. Nossa! Isso eu não esqueço. O médico chegou e disse que eu podia morrer,*

e eu vi que estava ali sozinha, se eu morresse era problema meu, só meu. Aí logo depois disso eu tomei uma bota, ele me largou. E depois disso eu comecei a ficar doente” (Atê).

Polímnia demonstra uma grande sensação de perda e de não aceitação de si mesma, nos momentos em que precisa se posicionar no mundo e fazer escolhas mostra-se indecisa e acaba sendo levada pelas forças de homogeneização, demonstrando-se dependendo da família. *“...quando a estrutura da família começou a mudar... (...) minha irmã mais nova me passou a perna. Ela passou na faculdade e já está terminando. (...) Minhas irmãs começaram a namorar e eu fui vendo que eu estava assim, perdida” (Polímnia).*

Hera relata que, logo após a morte da mãe, começou a ter hipotireoidismo. Fez os exames de anticorpo, que apresentaram um valor alterado e o médico disse-lhe que, provavelmente, seria um câncer na tireóide. *“Isso foi o fim. Aí comecei a ter crises de choro porque eu olhava pra minha filhinha e já começava a chorar.”* Logo após isso, a empresa em que trabalhava a demitiu. *“... aí sim, eu fiquei ruim mesmo” (Hera).*

Afrodite refere depressão, após o parto de seu caçula, diz ter trabalhado até o final da gestação e que ele nasceu com o pé torto. Saiu do hospital doente, não amamentou. Após uns três meses, estava começando a melhorar, aí Eros faleceu.

Estudos epidemiológicos mostram uma associação entre eventos vitais negativos, como separação conjugal, perda por morte de ente querido, perda de emprego, acidente com lesão corporal, assalto, migração e presença de familiar com doença crônica no domicílio, ocorridos no último ano e depressão. Esses eventos consistem em mudanças identificáveis no padrão de vida que representam uma

ruptura do comportamento usual e afetam o bem-estar do indivíduo. Podem ter diferentes impactos, de acordo com o período da vida, parece que mais importante que o evento em si é a percepção do mesmo. No entanto, o acúmulo de eventos parece ser um fator que predispõe a pessoa a episódios depressivos (Lima, 1999).

Refletindo sobre os possíveis eventos desencadeantes da depressão nas colaboradoras do estudo, percebe-se que elas narram eventos vitais negativos recentes em suas histórias de vida. Constata-se que as pessoas são diferentes, percebem e reagem a situações de formas diversas, baseadas em suas histórias de vida. Observar uma dependência demonstrada em suas falas nas pessoas ao redor, filho, marido, namorado, sogro, pais, no emprego, etc. A vida mostra-se construída em solo frágil, sem projeto próprio, facilmente esvaziada na ausência daquilo que a preenchia: o namorado, o filho, o sogro, a mãe. Não havendo uma existência própria, uma estrutura firme, construída por meio da história, não há vislumbre de caminhos na vida, que é movimento, é energia, é escolha, é responsabilidade pelos seus atos.

Tema 2: A psicopatologia da depressão

Nas narrativas há uma forte presença do quadro clínico da depressão, aqui foram selecionadas algumas passagens marcantes que mostram as colaboradoras vivenciando o quadro psicopatológico clássico da depressão.

Do ponto de vista psicopatológico, a depressão tem como elemento central o humor triste. Caracteriza-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos, cognitivos, relativos à autoavaliação, à volição e à psicomotricidade (Dalgallorondo, 2000).

Os sintomas afetivos, como tristeza, choro fácil, apatia, angústia, ansiedade, desespero e desesperança, fazem-se presentes em muitos trechos das narrativas.

“ Sinto uma angústia por dentro... uma angústia que não sai, não adianta.(...) Eu sento no sofá um pouquinho e já vem coisa ruim na minha cabeça... me dá crise, me dá um nervoso, uma vontade de gritar...eu choro, eu grito, me dá vontade de sair correndo... é muito triste” (Alceste).

“Esse mundo é triste demais. A gente não tem solução pra morte, né? Não tem jeito...” (Alceste).

“Eu acordava de madrugada sufocada, com as mãos tudo dura, boca torta. (...) começou a me dar dor no peito, eu comecei a chorar sem parar” (Urânia).

“Sinto uma ansiedade, uma tristeza muito grande. Tenho medo das coisas, parece que tô piorando. Alegria não tenho mais” (Urânia).

“Me dava um negócio assim na cabeça, não era dor, parecia que meu cérebro estava inchado e ficava fazendo pressão... eu taquei a cabeça na parede, puxei os cabelos” (Urânia).

“Eu só chorava. (...), eu estava ansiosa demais, suava frio, acelerava o coração (Atê).

“... chorava muito e não sabia porque chorava” (Polímnia).

“... comecei a ter crises de choro (...) sem razão, começo a ficar triste e a chorar” (Hera).

“Eu tinha angústia, era como se eu tivesse um bicho que me comia todo dia aos poucos. Os meus órgãos faziam barulho” (Afrodite).

“Tem dias que eu tenho vontade de gritar, de berrar, sei lá...”(Afrodite).

Os sintomas instintivos e neurovegetativos como fadiga, desânimo, insônia ou hipersônia, perda ou aumento do apetite, palidez, pele fria, diminuição da libido, anedonia, também, se fazem presentes.

“...eu já não comia, não tinha fome” (Alceste).

“Não tenho ânimo mais pra sair.(...) eu tenho uma tremedeira, não durmo sem um calmante” (Urânia).

“...não queria comer” (Atê).

“Eu ficava muito cansada, parava assim no meio da aula e ficava dormindo. Eu queria me esforçar, mas não tinha força” (Atê).

“...ficava preocupada com a minha pele, ficava vendo, me olhando no espelho” (Polímnia).

“Chegou a ponto de eu não querer comer, não tinha fome” (Polímnia).

“Eu era uma pessoa muito ativa, agora não tenho mais vontade, eu fico sem ânimo de fazer as coisas na minha casa” (Hera).

“Eu tenho um problema sério de não dormir, seca o olho, eu vejo anoitecer e amanhecer” (Hera).

“Eu não sinto o meu coração. A minha vida sexual com o meu marido ainda acontece porque a gente se ama muito, mas eu não sinto nada” (Afrodite).

“Perdi dez kilos, eu não comia, eu não tomava banho, eu só queria dormir” (Afrodite).

“...eu não consigo voltar a trabalhar. Eu não consigo subir e descer escada. (...) eu tenho falta de ar, tenho fraqueza, cansaço” (Afrodite).

“Tenho muita dor no corpo, parece que meus ossos doem. Eu vivo com manchas roxas... elas aparecem de um dia pro outro” (Afrodite).

Aparecem também os sintomas ideativos, como pessimismo, arrependimento, culpa, ruminações com mágoas antigas, visão de mundo marcada pelo tédio, idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre.

“Me dá vontade só de dormir, tomar um remédio, dormir e não acordar mais”
(Alceste).

“...ficava com vontade de me matar” (Alceste).

“Eu queria sair correndo pro meio da rua me matar, entrar debaixo de um carro, mas não tinha força. (...) Eu falo: eu vou embora, vou procurar meu filho, eu quero morrer, quero ir embora com ele” (Alceste).

“Eu pensava em me matar...” (Urânia).

“Eu estava me sentindo tão mal...eu me sentia um lixo, me sentia culpada de ter abortado, de ter sido trouxa” (Atê).

“Eu perdi totalmente a vontade de viver. Tinha dias que eu tinha vontade de sumir e não voltar mais” (Afrodite).

As colaboradoras apresentam também os sintomas cognitivos, como déficit de atenção, concentração e memória, dificuldade de tomar decisões.

“Esqueço tudo, não consigo trabalhar, tô fazendo muita coisa errada, não consigo guardar nada” (Urânia).

“Minha memória não tá boa, às vezes, eu troco o nome das coisa” (Atê).

“Eu ficava olhando assim, mas estava olhando pro nada” (Atê).

“...comecei a ficar ruim, a dar vazio na minha cabeça, esquecimento. Uma coisa estranhíssima” (Hera).

Os sintomas relativos à autoavaliação, como sentimento de baixa auto-estima, insuficiência, incapacidade, vergonha e autodepreciação também estão presentes.

“Eu não estou conseguindo fazer crochê.” (Alceste)

“... não posso mais sair sozinha, eu dependo dos outros para fazer as coisas pra mim (...) nem consigo ir ao banco” (Urânia).

“É imperdoável, como eu fui deixar uma coisa dessas acontecer” (Atê).

“Eu fico pensando que é uma doença ruim” (Afrodite).

As colaboradoras apresentam também sintomas relacionados à volição e à psicomotricidade, como tendência a permanecer na cama, com quarto escuro, recusando visitas, lentificação psicomotora, diminuição da fala, redução da voz, fala lentificada, mutismo, negativismo com recusa à alimentação e à interação pessoal.

“Eu vou para o meu quarto, eu deito e fico assim a maior parte” (Alceste).

“...não tinha vontade nenhuma... não queria mais sair do quarto, ficava o dia inteiro na cama, não tinha vontade de nada, não queria conversar com ninguém...dormia praticamente o dia inteiro” (Polímnia).

“Eu só queria viver na cama. (...) eu só dormia, eu esqueci tudo, abandonei a casa.(...) Eu não ligo pra dinheiro, eu não ligo pra nada...” (Afrodite).

Um dos trágicos desfechos da depressão é o suicídio, resultado de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

Segundo a OMS (2001), o suicídio constitui hoje um problema de saúde pública, e a depressão é o transtorno mental que mais leva ao suicídio. Cerca de 15% a 20% das pessoas deprimidas põem termo à vida, cometendo suicídio (OMS, 2001). As tentativas de suicídio e a vontade de morrer são presentes nas narrativas.

“...eu queria me matar de qualquer jeito” (Alceste).

“Semana passada, eu tomei oito comprimidos de fluoxetina®. Eu pensei que iria morrer porque eles são tão fortes. (...) Eu fui pular lá de cima da minha casa, tem uns 18 metros... e, na hora, que eu fui pular eu desmaiei” (Alceste).

“Eu olhava assim pro alto, no telhado, e eu pensava em colocar uma corda e me enforcar (...) Tomei dez comprimidos de uma só vez... queria dormir...eu tenho vontade de me matar... mas tenho medo... não sei como é” (Urânia).

“... eu tentei me suicidar, tomei remédio com álcool. Eu queria morrer, queria me matar de qualquer jeito, sumir mesmo. Eu tentava me suicidar, mas não acontecia nada. Uma vez tomei veneno e nem mal eu passei” (Atê).

“... eu desejei morrer várias vezes... já passou muitas coisas ruins na minha cabeça” (Afrodite).

Foi interessante observar as diferenças de percurso que as colaboradoras adotaram em suas narrativas. A questão primordial da entrevista foi feita de maneira semelhante para todas: Conte-me como é a sua história de vida até esse momento. Pois, partimos do pressuposto de que a depressão é algo intenso em suas vidas e, portanto, não precisaríamos fazer nenhuma pergunta direcionada para a depressão. E, realmente, assim se mostrou, pois algumas começaram a contar sua história de vida, falando da história da depressão, outras com base no momento que procuraram o CAPS para o tratamento e outras relatando episódios da infância e adolescência e relacionando estes à depressão.

Foi um dado importante porque mostra como a depressão causa impacto na vida das pessoas que, ao contarem suas histórias de vida, ela representa um peso tão grande a ponto de que a vida pareça estacionada, parada no tempo, como se

estivessem em um túnel escuro e não vissem luz adiante, apenas o passado sombrio e o presente doloroso.

Assim como relatado na literatura, a demora para procurar auxílio mostra-se presente nas narrativas. As pessoas têm vergonha de sofrerem perturbações psíquicas (Cuche, Gerard, 1994). No mundo pós-moderno, onde a existência é voltada para o exterior, para a *performance*, o que importa é a inserção no espetáculo da cena social (Birman, 2003). Ninguém quer ficar nas margens da vida e serem taxados de doentes mentais, pois isso é uma marca que a pessoa carregará para o resto de sua vida.

No universo do espetacular, a intimidade e a interioridade tendem ao silêncio (Birman, 2003). Isso retoma as questões de falta de autoconhecimento, levando as pessoas a ficarem perdidas, sem saber o que querem, sendo facilmente enganadas com ilusões, passando pela vida como se estivessem encenando uma peça de teatro, por fora, muito bela e feliz, mas, por dentro, vazia de significado.

A negação da doença, o medo de ficarem piores, o medo da internação psiquiátrica, a falta de prioridade consigo mesma e até o pessimismo próprio de um quadro depressivo contribuem para a demora em procurar ajuda e tratamento.

Alceste relata sintomas de depressão há muito tempo, mas não fez um tratamento efetivo, pois precisava cuidar do filho doente.

Urânia tentou negar a doença: *“Eles me levaram no hospital e os médicos disseram que eu estava com ansiedade e depressão, e eu falava pro médico que não estava com depressão, que não era louca, não aceitava, dizia que meu problema era dinheiro”*.

Hera diz já ter sintomas da depressão há muito tempo, mas só procurou ajuda pelo agravamento dos sintomas, sobretudo pelo déficit de memória. Tem muito medo de ficar pior, enlouquecer, pois relata outros casos na família de transtornos mentais.

As idéias pré-concebidas, os conselhos tendem a negar a existência do mal, deixando as pessoas confusas. O problema origina-se da dificuldade de se compreender o sofrimento da pessoa deprimida, assim como de se compreender qualquer perturbação mental (Cuche, Gerard, 1994).

Tema 3: A procura da etiologia da depressão

A base causal da depressão é desconhecida; os fatores causais podem ser divididos artificialmente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais que podem interagir entre si (Kaplan, 1997).

A procura por entender a causa da depressão aparece nas entrevistas: Por que eu? De onde veio essa doença?

“Quando se começa a ter uma depressão severa, a tendência é olhar para trás à procura de suas raízes. Cogita-se de onde veio, se esteve sempre ali, à espreita ou se chegou a você tão subitamente quanto uma intoxicação alimentar.” Solomon (2002) disse a respeito de sua experiência com a depressão.

No percurso das narrativas, as colaboradoras fazem como Solomon, olhando para trás à procura das possíveis causas da doença.

“O médico falava que eu tinha que ter feito um tratamento antes, porque isso vai juntando, né?” (Alceste).

Alceste largou tudo onde morava para vir procurar tratamento para o filho, fazia tudo por ele e agora que ele morreu, ela não tem mais motivos para viver. Ela quer se

reencontrar com ele, que era sua companhia, era sua vida, sem ele, ela se encontra no vazio da angústia, sozinha.

“...acho que foi aí que se desenvolveu. Acho que eu já tinha uma predisposição e acabou. Já o fato do meu pai, né? Eu te falei do presentinho que ele me deu” (Atê).

“Porque a depressão, a gente sabe que uma vida sofrida, tem muitas coisas que causa depressão...(...) Sempre, praticamente, me virei sozinha pra criar meus filhos. Enfim, fui muito sofrida, e eu acho que é por isso que está se agravando mais agora” (Hera).

“...eu sei que tudo isso que a gente tá passando hoje, tem também o lado da infância, a gente lembra muito as coisas ruins” (Afrodite).

A busca da etiologia aparece como algo importante para a pessoa, facilitando o entendimento da doença no momento presente e a vislumbrar um possível futuro. Em algumas narrativas, isso é observado claramente quando elas se questionam sobre o passado e sondam a respeito das possíveis causas.

Nas narrativas, a importância de compreender a história de vida se faz presente como algo relevante. Entretanto, a psicopatologia da pós-modernidade caracteriza-se pelo paradigma biológico, tendo como referencial teórico a neurociência funcional. Nesse modelo, as dimensões da história da pessoa doente e o tempo da doença são tratadas como questões secundárias diante do investimento realizado no disfuncionamento corpóreo, nos quais as diferentes modalidades de mal-estar são delineadas e classificadas como síndromes, fundando-se, para isso na ação terapêutica e pontual do medicamento (Birman 2003).

Dentro desse quadro contemporâneo, a concepção tradicional de enfermidade, centrada na idéia de etiologia, perde terreno face à articulação de sintomas sob a

forma de síndromes, aproximando a psiquiatria da racionalidade clínico-médica, em que o medicamento é o instrumento eficaz para resolver um conjunto de sintomas (Birman, 2003).

Para Cuche, Gerard (1994), o médico não deve escorar seu diagnóstico apenas nos sintomas presentes no dia da consulta, mas também em um estudo profundo da personalidade da pessoa que o procura e isso leva um certo tempo.

Em razão de não ter sido encontrada uma relação causal da depressão e também pela necessidade de resolução rápida dos problemas na pós-modernidade, a questão da etiologia para o profissional que cuida de uma pessoa deprimida dentro do modelo biomédico tem sido um fator secundário, e o foco está no cuidado propriamente dito. Porém, para as pessoas que vivenciam a doença, encontrar uma possível causa pode trazer alívio e acredito que como profissionais, devemos estimular esse percurso, no sentido do autoconhecimento.

Ao tratar a depressão como uma doença simples e pontual, focada apenas em seus sintomas, a reformulação de idéias por parte da pessoa deprimida fica prejudicada, ela não reescreve sua história, não reflete, não analisa, não reformula valores e caminhos. Isso pode ser o motivo, pelo qual haja quadros recorrentes de depressão e até depressão crônica. Situação que não é interessante para a pessoa nem à família e à sociedade.

As terapias de fala ou corporais podem ajudar a pessoa a se conhecer melhor e fazer reformulações na vida. As experiências de vida e a vivência com a depressão são diferentes para cada pessoa, assim como a adaptação melhor a um medicamento e a uma terapia. Daí a importância do tratamento ser singularizado.

Tema 4: A busca de ajuda e tratamento

A pessoa deprimida demora para procurar ajuda e só uma parte das que procura ajuda, faz tratamento. A maioria das pessoas com depressão procura o atendimento primário. Os clínicos gerais falham na detecção do transtorno mais de 50% dos casos, provêm tratamento para apenas um terço deles (Valentini, et al., 2004).

O tratamento para a depressão deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo, incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Não se trata "depressão" de forma abstrata, mas, sim, pessoas deprimidas, contextualizadas em seus meios sociais e culturais e compreendidos em suas dimensões biológicas e psicológicas (Souza, 1999).

As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. Fatores que influenciam no sucesso psicoterápico incluem: motivação, ambiente estável e capacidade para *insight*. Portanto, o tratamento deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida, objetivando um melhor qualidade de vida e a terapia medicamentosa (Souza, 1999).

Todas as colaboradoras faziam tratamento em um CAPS, onde passavam por consultas individuais com psiquiatras, psicólogos, participavam de grupos terapêuticos e tomavam medicamento antidepressivo. Para algumas, também, haviam sido receitados ansiolíticos ou hipnóticos.

A seguir, alguns trechos foram separados nos quais as colaboradoras falam sobre o tratamento atual. Como foi a busca de ajuda, qual o tratamento que estão

fazendo, como vêm esse tratamento, os efeitos adversos dos medicamentos, como é a psicoterapia.

Só Hera e Afrodite fazem tratamento antidepressivo pela primeira vez, as demais já iniciaram o tratamento anteriormente, medicamentoso ou psicoterápico. Algumas pararam por conta própria, como Atê. Polímnia enganou-se e acreditou que havia recebido alta, e também, parou o tratamento por conta própria. Alceste não deu continuidade ao tratamento para cuidar do filho. Urânia disse que teve dificuldade para conseguir vaga no CAPS e, portanto, não fez o tratamento anterior direito.

“Eu fazia tratamento lá, onde eu morava, mas, depois eu parei. Eu fiz uns quatro meses de tratamento, faz muito tempo. (...) eu nunca fiz o tratamento porque eu não deixava ele sozinho.(...) eu tinha que sair de casa, tinha que pegar ônibus, e eu tinha que cuidar do meu filho” (Alceste).

“... eu falava pro médico que não estava com depressão, que não era louca, não aceitava, dizia que meu problema era dinheiro. Aí, um psiquiatra me explicou a situação e me encaminhou pra cá, só que não tinha vaga (...) não fiz tratamento direito, essa é a primeira vez” (Urânia).

“Fiz terapia por uns seis meses no psicólogo, sem tomar remédio. Aí passou. Na verdade, acho que ficou meio escondido.(...) Por eu não ter tratado no momento certo, foi piorando o quadro.(...)Comecei a tomar (o medicamento) porque eu comecei a surtar. Depois de uns quatro meses, eu parei a medicação um tempo, porque o dinheiro estava curto” (Atê).

Polímnia disse que, em 2000, fez um tratamento, tomava Fluoxetina® e tinha sessões de terapia com uma psicóloga, mas não se sentia à vontade com ela e não

falava nada na terapia. Após seis meses, a psicóloga deu alta, ela se confundiu e acreditou que era alta do medicamento também e parou o tratamento.

“Aqui, eu faço grupoterapia, tô achando bom. Mas a dor que eu sinto... a saudade é muita. Sinto uma angústia por dentro... uma angústia que não sai, não adianta. Não adianta tomar remédio” (Alceste).

“Agora, eu tomo meio Rivotril® à noite e tomo Sertralina® 150 mg... faço terapia em grupo e passo em consulta com o psiquiatra. Eu sinto que eu melhorei” (Urânia).

Logo abaixo da sua narrativa, Urânia diz: *“Eu tenho a impressão que eu não vou mais sarar. Tenho medo. Parece que estou pior”*. Mostrando o pessimismo e a ambivalência próprias de um quadro depressivo.

“Estou fazendo tratamento aqui no CAPS há uns seis, sete meses. Faço o grupo de terapia uma vez por semana, tomo Paroxetina®, já faz um ano. (...) o remédio me deixou com mais ânimo. (...) A terapia também ajuda bastante” (Atê).

“Fui encaminhada aqui pro CAPS, em 2002. Comecei a fazer o grupo de terapia e fui melhorando, aos poucos. (...) estou tomando o Efexor®, há um ano” (Polímnia).

Hera disse que procurou o CAPS, porque estava se sentindo muito mal, com déficit de memória recente.

“Faz uns dois meses que eu estou aqui. Mas, graças a Deus estou melhorando, com esses remédios. Uns melhoram, outros pioram, porque tem uns remédios que tem efeito agressivo (...) Tomo Sertralina® (...) o Rivotril®, eu tomo uma bandinha pra ver se consigo dormir um pouco (...) participo do grupo de terapia e venho na consulta com médico. Tem dias que o grupo ajuda” (Hera).

“Depois de uns 30 dias, minha irmã mais velha me trouxe aqui para o CAPS. Iniciei o tratamento, estou bem melhor. Estou tomando Seronipe® três por dia e um calmantzinho. Faço terapia individual e em grupo com a psicóloga e, também, passo no psiquiatra. Eu luto” (Afrodite).

Ao falar do tratamento, mostram o sentimento de ambivalência. Em alguns momentos, dizem que estão melhores, em outros mostram pessimismo e dúvida quanto ao tratamento. Algumas falaram sobre os efeitos adversos dos medicamentos, como Alceste no trecho abaixo:

“...eu passo no médico, faço tudo, mas eu sei que é só com o tempo. Não é o remédio que vai tirar a dor, eu tomo os remédio, a Fluoxetina®. Eu tomava três, mas eu estava ficando apavorada, eu ficava louca, agora tomo só um e tomo Rivotril® quatro gotas de noite ou quando me dá crise” (Alceste).

Algumas colaboradoras também buscam amparo na religião, mas observo que é apenas mais um elemento e não algo forte com a qual elas fazem uma ligação.

“Eu vou na missa, eu rezo, eu choro, desabafo, depois vou embora” (Alceste).

“Aí foi melhorando. Eu ia no centro (espírita) e aqui na terapia” (Polímnia).

“Eu tento me acalmar, eu começo a rezar, não tem uma religião que eu sigo. Eu peço pra Deus. O que interessa é a fé. No começo, eu perdi a minha fé, eu não acreditava que Deus tivesse levado meu filho embora. Depois comecei a acreditar que ele cumpriu a missão dele aqui” (Afrodite).

Afrodite tem uma irmã que é espírita, disse ter ido, algumas vezes, ao Centro Espírita e que recebeu uma mensagem do filho dizendo que está bem, diz: *“Acho que a gente deve acreditar, né?”* Mostrando a necessidade de se apoiar em algo para aliviar seu sofrimento e continuar vivendo.

6.3 Futuro – há luz no fim do túnel?

Para a pessoa deprimida, a noção de futuro apaga-se para dar lugar ao sentimento de inferno eterno. A pessoa com depressão vive tão intensamente a doença que esquece de si própria. A vida torna-se a depressão, como se a doença conseguisse englobar a pessoa que se perde dentro de um túnel escuro, sem enxergar nenhuma luz.

Essa categoria mostra o vislumbre de algum futuro possível. Cada colaboradora visualiza ou não essa possibilidade de futuro baseada em sua história de vida e no quanto de luz consegue enxergar no túnel.

Partiu-se do pressuposto de que futuro é algo provável de acontecer; o futuro pode ser planejado, mas, certezas não existem.

A existência do ser humano no mundo é marcada pela ambigüidade da dialética entre o enraizamento original no mundo da sociedade e da cultura e o engajamento com o futuro (Rabelo, Alves, Souza, 1999).

Após ler e reler a narrativa de Alceste, percebeu-se que ela não vislumbra um futuro possível no sentido de se projetar no mundo. Ela está perdida dentro do túnel e sem luz alguma. A vida toda teve dificuldades para completar um círculo, resolver uma situação e como se diz no senso comum “virar a página”. Ela não diz adeus aos mortos, não aceita a morte da mãe, do pai e do filho. Ela desmaia, cai do carro, não

está conseguindo enxergar direito depois da morte do filho, não assiste ao ritual de enterro. A não aceitação dos fatos da vida, leva-a a querer sair para procurar a mãe, o pai, o filho, mas ela não sabe onde. Acredita que morrendo talvez os encontre. O sentimento de divisão entre os mortos e os vivos é citado várias vezes e daí advém uma *“angústia que não sai com nada.(...) não adianta tomar remédio”*, conversar com a irmã.

O futuro, então, como probabilidade é algo sombrio e visto por ela da seguinte forma: *“...eu sei que a vida é triste, hein!? Esse mundo é triste demais”* (Alceste).

Urânia tem muitas dúvidas com relação à vida e a seu futuro, não tem fé nem na morte. *“Eu estou sofrendo aqui, vou cortar o sofrimento aqui para sofrer em outro lugar ou mais tarde.”* Relata planos de trabalho, montar um negócio próprio com o marido, mas *“não sei se vai dar certo”*. Não vê melhora, tem medo de piorar, tem a impressão de que não vai sarar. Diz que a *“alegria acabou”*.

A narrativa é pautada pelo pessimismo e dúvida. Ela não aceita as pessoas do jeito como são e precisa manter a atenção centrada nela, senão as pessoas vão embora e ela as perde. O esforço para manter as pessoas a seu redor, fazendo o que ela deseja a deixa cansada e com o *“cérebro inchado”*, levando a necessidade de *“dar uma descansada, acho que preciso descansar um pouco a cabeça.”*

A ruminação pode ser entendida como pensamentos e comportamentos que tornam a atenção da pessoa focada em seus próprios sintomas depressivos, bem como em suas conseqüências indesejáveis. Em decorrência desse estilo de pensamento analítico e autocentrado, com foco incidindo fundamentalmente sobre emoções negativas, diminui a propensão da pessoa em se engajar em pensamentos e comportamentos mais adaptativos que possam efetivamente auxiliar no

enfrentamento dos incapacitantes sintomas depressivos (Lyubomirsky, Nolen-Hoeksema, 1995 citados por Pergher, Stein, Wainer, 2004).

Atê enxerga um futuro possível, está cursando faculdade, diz ter colhido muito aprendizado de tudo o que passou, aprendeu a não esperar dos outros; no caso, o namorado, o que não pode oferecer.

Ao compreender que o namorado não tinha para oferecer aquilo que ela esperava, ela se sentiu melhor e disse que a culpa e a raiva passaram. Penso que esse episódio foi muito positivo para Atê, porque as pessoas são diferentes, e cada uma tem para oferecer aquilo que é, e não adianta ficar esperando que as pessoas ajam do jeito que se gostaria que agissem, porque estaríamos nos iludindo.

O melhor é aceitar cada um do jeito que é, caso essa pessoa queira mudar suas atitudes, ela o fará, quando achar melhor. Esta postura diante dos outros facilita o desaparecimento da culpa, da raiva, do ressentimento, da revolta. Sentimentos presentes na narrativa de Atê. *“É imperdoável, como eu fui deixar uma coisa dessas acontecer”*.

Atê narra que mudou seu jeito de ser algumas vezes durante esses anos, de acordo com as circunstâncias. *“Mudei totalmente, da água pro vinho...”* Afinal quem é ela? Santa ou bruxa? Percebo algo importante nesse vai-e-vem que é a busca pelo autoconhecimento. Ela se coloca aberta para se conhecer e diz ter alcançado um bom grau de autoconhecimento após a situação vivenciada. Ela foi a colaboradora que prestou maior atenção ao ler sua narrativa, parando em fatos, questionando-se, refletindo e agradeceu por poder ter entrado em contato com sua história de uma outra maneira, disse ter sido muito útil para entender melhor sua história.

Em sua narrativa, disse que criou “*um instinto de defesa*” pelo mal que passou; ninguém a engana mais e está preparada pra tudo, não tem quase amigos, briga com o namorado, é ciumenta, está sempre de mau-humor e que o sentimento de ser agredida, às vezes, volta.

A ambivalência é percebida, quando menciona que não sabe se vai melhorar ou se vai piorar, acha que está a mesma coisa, não sabe o que vai ser dela, mas gosta quando sai chateada da terapia, porque significa que precisa repensar alguma coisa. Ainda se sente perdida, “*não quero mais ser assim, tenho que mudar isso e sozinha eu não consigo.(...) Hoje, eu tô melhorzinha, mas tem coisas que não é aqui, não é lugar nenhum que vai me ensinar o caminho*”.

Polímnia também consegue vislumbrar um futuro, cita que “*Esse ano foi uma virada*”. Está cursando faculdade, conhecendo gente nova, saindo com amigas. Mostra-se mais aberta, diz que consegue se expressar na terapia de grupo, acha bom a troca com as pessoas do grupo, porque sentem o mesmo que ela.

Por meio da narrativa, pode-se perceber que ela está superando o sentimento de perda, de ter sido passada pra trás pela irmã mais nova e está construindo seu próprio caminho.

Hera narra uma história de vida com muito sofrimento, menciona que tudo foi um fracasso. Está tão acostumada a sofrer que não valoriza seus sentimentos e os sintomas da depressão. Por isso, demorou a procurar ajuda. Não enxerga solução a seus problemas, diz que “*... eu escuto assuntos que poderiam ser resolvidos*”. Parece que o passado foi sombrio, o presente é, e o futuro deverá ser também sofrido.

Ela luta contra a doença, não quer se deixar dominar por ela porque “*... tenho uma filha de seis anos, então, tenho que me cuidar*”.

A ambivalência também é percebida, como na frase “*Tem dias que estou melhor, tem dias que estou pior*”.

É uma pessoa que vive com o intuito de trabalhar, para ter o sustento de seus filhos.

Os caminhos que são visualizados para um possível futuro, possuem íntima relação com o que já foi experienciado, visto que as memórias a respeito do próprio passado constituem-se um fundamento para elaboração de uma visão do futuro (Tulving, Lepage, 2000 citados por Pergher, Stein, Wainer, 2004).

Afrodite vislumbra de forma racional um futuro possível. Diz que precisa se acostumar a viver sem o filho, precisa continuar vivendo para cuidar de seu filho caçula, que precisa dela. Fala que saudades do Eros ela terá a vida inteira, que precisa aprender a viver sem o filho, aceitar sua morte. Ela ainda coloca essas pretensões a distância, como algo ideal, não como algo real no agora.

A sua vida é direcionada para cuidar da família, marido e filhos. Sinto falta de algo que dê sustentação interna, que é o que ela fala que já ouviu do psiquiatra e chama de “*viver pra mim*”.

O sentimento de ambivalência também está presente, quando menciona que precisa viver, que ainda é nova e tem uma vida pela frente, ao mesmo tempo, conta os dias esperando a morte para se reencontrar com Eros.

7 REFLEXÕES FINAIS

Dentro de um panorama mundial marcado pelo individualismo e autocentrismo absoluto no sujeito, com a alteridade tendendo ao apagamento, as pessoas estão se perdendo nas brumas da aparência.

O lema na pós-modernidade é viver para o presente, parecer ser e não ser, as coisas tornam-se descartáveis: objetos para uso pessoal, eletrodomésticos e até pessoas e relacionamentos são tratados como descartáveis. Parece que perdemos as raízes; árvores sem raízes morrem e caem. E nós, seres humanos, sem raízes, como ficamos? Várias respostas podem ser obtidas para esta pergunta, de acordo com o ângulo da visão de cada um.

Conforme o referencial desta pesquisa, o ser humano é complexo e não existe uma resposta única; entretanto, o ser humano parece enxergar apenas um ângulo, ou seja, uma verdade sobre o mundo e as pessoas, acredita que essa verdade seja a única real e possível.

Nesse caminhar pela vida, não enxerga mais o outro como ser humano igual a ele; mas, de alguma forma, nega a existência do outro e trata-o como simples objeto. Seres humanos sem raízes, cegos e sofrendo.

Uma pessoa com a vida vazia de significado, sem objetivos, buscando de forma voraz a felicidade imposta pelo exterior, responsabilizando outras pessoas ou coisas pela sua escolha de não escolher, negando as dificuldades próprias da vida e cegos, não percebendo o que estão fazendo, como se estivessem sendo levados, mas não

sabem quem está na liderança nem para onde irão, perdidos na vida. Olhando esse quadro, é fácil entender porque tantas pessoas sofrem com a depressão no mundo.

Na pós-modernidade, há também a presença do complexo, da razão sensível, o retorno ao arcaico. A intuição, o senso comum, a experiência voltam a ter importância. O ser humano tem algo a mais que a ciência racionalista não alcançou.

Vive-se hoje como no meio de um redemoinho. O que é certo? O que é errado? Há certo e errado ou olhares diferentes?

Nesta pesquisa, o emprego da abordagem qualitativa provou ser excelente instrumento para atingir o objetivo de compreender e descrever a experiência da pessoa com depressão. Considero alcançado esse objetivo, e a produção de narrativas, ora realizada, confirmou sua qualidade de ferramenta apropriada para estudos da dinâmica da vida cotidiana.

Procurei compreender e descrever as histórias de vida sob o ângulo das colaboradoras, da maneira como foram narradas, sem julgamento algum, respeitando a singularidade e a vivência de cada pessoa, com suas especificidades, partindo do pressuposto de que as pessoas vivenciam as experiências diferentemente, dentro de sua complexidade de ser humano que está no mundo.

Tentei realizar uma interpretação que me possibilitasse entrar nas vivências e após isso vislumbrá-las por cima, como sobrevoando o palco das experiências narradas. Nesse sentido, considerei muito útil o uso dos princípios teóricos das Ciências Humanas e Sociais que me possibilitou um campo fértil de auxílio. Vimos que as colaboradoras vivenciam a depressão sob uma perspectiva histórica. Elas lembraram fatos marcantes que foram se acumulando e podem ter levado a depressão.

A doença é vivida tão intensamente e de forma tão sofrida a ponto de ser a primeira coisa a ser narrada, quando iniciei a entrevista com a questão: conte-me como é a sua história de vida até esse momento. Neste sentido, vislumbrei uma vida pequenininha reduzida pela depressão que a englobou e tomou conta desse ser humano, cuja alegria não existe, há um grande vazio, um sofrimento, uma desesperança, uma sensação de perda, uma vontade de sumir e não voltar mais.

E há saída desse túnel escuro? Algumas colaboradoras já conseguem visualizar uma possível saída, um futuro, um vir-a-ser. O caminho que elas estão percorrendo, está atrelado ao percurso que fizeram no passado, mas é importante reconhecer que sempre pode ser um momento de mudança. Para isso, é preciso fazer escolhas e ao escolher, inevitavelmente, existe algo sendo deixado para trás.

Rabelo, Alves e Souza (1999) afirmam que as imagens desenvolvidas nas narrativas de doença dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução. Ao narrar suas histórias, as colaboradoras foram refazendo seu percurso na vida, reviram fatos, dando significados para os mesmos.

O método usado possibilitou à pessoa dar forma a situações vivenciadas no decorrer da doença, permitindo que a mesma, por meio da oralidade, possa transmitir seu significado a outrem. Isso ficou claro quando realizei as conferências das narrativas.

Ao ler suas histórias, observei as faces irem se transformando em um misto de sentimentos, como tristeza, alegria, espanto; quando terminaram a leitura, as colaboradoras comentaram que não se lembravam de ter falado tudo aquilo e daquele jeito, o que possibilitou, conforme minha interpretação, um encontro delas com elas mesmas, um momento de refletir sobre suas próprias experiências.

Estudos como este que visam a compreender como as pessoas constroem significados, como elas vivem a experiência do adoecer, afirmam a necessidade de escuta pelo enfermeiro, ajudam na construção de um plano terapêutico mais próximo das necessidades da pessoa atendida. Precisamos conhecer essas necessidades, saber quais são seus projetos, para que consigamos aproximar nosso cuidado desses projetos, quando possível.

Faz-se necessário compreender que as pessoas não vivenciam a depressão de uma maneira uniforme, que elas têm vida, projetos e necessidades diferentes e que o cuidado deve ser dirigido para atender à sua singularidade no mundo.

Para isso, nós profissionais da saúde, precisamos nos conscientizar que também vivemos nesse mundo pós-moderno, em uma sociedade do espetáculo, vivendo nas brumas da aparência, nos colocando em pedestais de vidro, achando que nosso conhecimento científico é mais importante ou o único correto, acreditando em nossa própria verdade relativa e frágil e considerando-a como única e real. Faço um convite para uma reflexão, porque podemos também estar cegos, sem raízes e sofrendo.

REFERÊNCIAS

- Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3):263-71.
- Amen DG. *Transforme seu cérebro, transforme sua vida*. São Paulo: Mercuryo; 2000.
- Bahls Saint-Clair. O fenômeno da tolerância aos antidepressivos. *Prevenção e estratégias de manejo*. *J Bras Psiq* 2002; 51(4):223-31.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Bauer MO, Gauer GJ, Nardi NB. Depressão maior e atividade do sistema imunológico. *Rev ABP-APAL* 1993; 15(3):87-94.
- Berger P, Luckmann TA editors. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes; 1976.
- Birman J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
- Capra F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix; 1982.
- Carvalho TFR, Sougey EB. Psiconeuroendocrinologia dos distúrbios depressivos: eixo hipotálamo-hipofise-tireoide. *J Bras Psiq* 1994; 43(7):377-81.
- Chauí M. *Convite à filosofia*. 11ª ed. São Paulo: Ática; 1999.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1997.
- Conte CB. *Pitágoras: ciência e magia na Antiga Grécia*. São Paulo: Madras; 2004.
- Cordás TA. *Depressão, da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos; 2002.
- Costa JF. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
- Costa LAF da, Pereira AM. Expressão da tristeza em camada popular urbana de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1995; 11(3):448-55.
- Couto LN. A deserotização do corpo: um processo histórico-cultural. In: Romero E, organizador. *Corpo, mulher e sociedade*. Campinas: Papyrus; 1995. p. 55-70.
- Crowe C. *Vanilla Sky*. [DVD]. Paramount Pictures; 2001. 137 min. son. color.

Cuche H, Gerard A. Não agüento mais: um guia para compreender e combater a depressão. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1994.

Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Debord G. A Sociedade do Espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1997.

Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(1):6-11.

Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Descartes R. Discurso do método. São Paulo: Ed. Martin Claret; 2005.

DSM – IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Foucault M. História da loucura. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2004.

Gomes JB; Casagrande LDR. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. Rev Lat Am Enferm 2002; 10(5):696-703.

Guattari F, Rolnik S. Cartografias do desejo: micropolítica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1986.

Kaplan HI. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Kemp K. A Identidade Cultural. In Guerreiro S, organizador. Antropos e psique: o outro e sua subjetividade. 3ª ed. São Paulo: Ed Olho d'Água; 2002. p. 65 – 86.

Lima MS de. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(1):1-5.

Lowen A. O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade. 6ª ed. São Paulo: Summus Editorial; 1983.

Lucero NAA. O corpo redescoberto. In: Romero E, organizador. Corpo, mulher e sociedade. Campinas: Papirus; 1995. p. 43-54.

Maffesoli M. A contemplação do mundo. Porto Alegre; Artes e Ofícios; 1995.

Maffesoli M. O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina; 2005.

Maffesoli M. O tempo das tribos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

Maffesoli M. Sur la Post-modernité. [online]. Paris: Centre d'Études sur l'Actuel et le Quotidien-Sorbonne Paris V; 2000. Disponível em: <http://www.ceaq-sorbonne.org>. (29/ago/2005).

Marinoff L. Mais Platão menos prozac: a filosofia aplicada ao cotidiano. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Marinoff L. Pergunte a Platão. Rio de Janeiro: Record; 2005.

Meihy JCSB. Manual de história oral. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 12ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999a.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999b.

Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002.

Morin E. Ciência com consciência. Portugal: Publicações Europa-América; 1982.

Organização Mundial de Saúde (OMS). CID – 10 Classificação internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 1997.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva; 2001.

Osinaga VLM, Vieira MJ, Armelin MVAL, Furegato ARF. Trabalhando com histórias de vida de familiares de pacientes psiquiátricos. Rev Esc Enf USP 2000; 34(4):401-6.

Pergher GK, Stein LM, Wainer R. Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. Rev Psiquiatr Clín 2004; 31(2):82-90.

Rabelo MC, Alvez PC, Souza JM. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Ribeiro PRM. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. J Bras Psiq 1999; 48(2):53-60.

Rocha FLA. Psiquiatria biológica em pauta. J Bras Psiq 1992; 41(2):87-90.

Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método da análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.

Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 10ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 1998.

Sartre JP. O existencialismo é um humanismo; A imaginação; Questão de método. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1987.

Sartre JP. O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica. 12ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Schopenhauer A. Da morte, Metafísica do amor, Do sofrimento do mundo. São Paulo: Ed. Martin Claret; 2004.

Servan-Schreiber D. Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise. São Paulo: Sá Editora; 2004.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Rev Lat Am Enferm 2003; 11(1):7-13.

Silva MCP. A trajetória percorrida com a depressão: estudo transcultural das vivências de famílias do Brasil e do Peru. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Solomon A. O demônio do meio-dia. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

Souza FGM. Tratamento da depressão. Rev Bras Psiquiat 1999; 21(1):18-23.

Thiollent MLM. Metodologia da pesquisa-ação. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1998.

Thompson P. A voz do passado história oral. São Paulo: Paz e terra; 1992.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1987.

Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello A de AF de, Mello MF, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev Saúde Pública 2004; 38(4):522-8.

Villela DVAL. O grupo operativo como estratégia para a assistência de enfermagem: mulheres em depressão. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

ANEXOS

ANEXO A Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

ANEXO B Termo de Consentimento Livre Esclarecido

I – Dados de identificação do sujeito pesquisado:

Nome do entrevistado _____

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade

Pesquisadora: Cintia Adriana Vieira (COREN SP 78.054)

Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP- SP

Fone: (11) 30863431 e-mail: cavieira@yahoo.com

III – Registro das explicações sobre a pesquisa ao participante

O presente estudo busca compreender a experiência de pessoas com depressão. Para isto solicitamos que você responda algumas questões. Você é livre para expressar suas idéias. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado (a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos. Não haverá custos para você. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo no seu tratamento e atendimento no CAPS Mandaqui. As entrevistas serão realizadas em sala reservada, garantindo a sua privacidade.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

Antes da publicação dos resultados, você terá acesso ao material resultante de sua entrevista, em formato de narrativa, para validação ou retificações que considerar necessárias.

IV – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

ANEXO C Roteiro de entrevista

Iniciais: _____
Idade: _____
Sexo: _____
Estado civil: _____
Número de filhos: _____
Com quem mora atualmente: _____
Naturalidade: _____
Escolaridade: _____
Profissão/Ocupação: _____
Trabalha atualmente: _____
Religião: _____

Questão:

Conte-me como é a sua história de vida até esse momento.

ANEXO D Narrativas na íntegra

NARRATIVA 1

“Olha, foi assim... em 93 eu perdi minha mãe e fiquei muito mal. O meu segundo filho, o Admeto... ele nasceu normal, com cinco anos começou a mancar da perna, levei nos médicos, fiz tudo... aí a médica falou pra mim que... ela chegou e falou que o meu filho ia morrer com 15 anos, que não tinha mais jeito. Eu fiquei tão nervosa que eu agarrei ela pela blusa. Aí me deram calmante... Com 13 anos ele parou de andar, eu levei nos médicos, cada um falava uma coisa. Quando ele tinha 15 anos levei na AACD, o médico não passou nenhum remédio pra ele, não fez exame nenhum, falou que meu filho ia morrer com 23 anos, porque essa doença não tinha cura. É uma doença que fica assim todo mole, torto, vai perdendo a força. Quando eu chegava em casa, falava com meu marido e minhas filhas mas eles não entendiam, não acreditavam e eu ficava com aquilo tudo guardado por dentro. Eu chorava... cada ano que passava eu ficava com aquilo na cabeça: o meu filho não vai sobreviver... Aí ele tinha pneumonia e eu levava no hospital e pensava: o meu filho vai morrer hoje. Eu ficava com aquilo na cabeça e foi juntando...*

Levei ele nos médicos desde os cinco anos de idade, fiz tratamento, o médico passou remédio pro coração porque o coração dele estava fraco. Mas ele era normal, só não andava, ele conversava comigo... dos meus filhos ele era a única pessoa que ficava comigo dia e noite. Era uma pessoa que sentava com a gente, comia junto. Eu tenho mais filhos e eu gosto de todos mas esse era o meu... porque ele estava acostumado comigo. Eu tenho amor em todo mundo. Eu não gosto de ver os outros maltratarem os idosos, nem maltratarem os filhos.

Chegou um dia o meu filho ficou doente... então eles...juntou bastante médico pra falar... e eu falava: eu não quero conversar! Toda vez que eu ia no médico, eu passava mal, eu ficava nervosa, porque eu sabia que o médico ia falar as coisas pra mim e eu não queria saber daquilo.

E nesse intervalo eu já estava muito nervosa porque eu perdi a minha mãe e eu cuidei dela até o último dia. Ela ficou internada, despedi dela ela estava dormindo. Eles me ligaram e falaram que era pra eu ir lá porque minha mãe tinha que fazer uma operação e eu tinha que assinar a folha porque eu era a responsável. Cheguei lá e minha mãe já estava morta. Aí me deram injeção, eu dormi aquele dia todo e a noite toda. Fui acordar no outro dia pra ver minha mãe, eu vi minha mãe, só que eu não vi enterrar, porque eu não vejo enterrar... assim, no buraco. Fico até a última hora, mas depois eu não agüento, aí eu desmaiei, tive que ir para o hospital e enterraram a minha mãe.

E depois o meu pai se matou, o médico falou que ele estava em depressão profunda... Só que o meu irmão, que morava com ele não cuidava dele, meu pai vivia jogado dentro de um quarto, fechado. Meu irmão só queria saber do dinheiro que meu pai recebia. Eu queria trazer o meu pai pra morar comigo mas ele dizia que eu já tinha muito problema, que eu tinha que cuidar do meu filho. Meu pai morava no interior e eu ia ver ele de dois em dois meses. Ele morreu dia oito de abril desse ano, dia da semana santa. Ele comeu uma tampinha de coca-cola e travou na garganta dele. Ele ficou cinco dias com aquela tampinha, conseguiram tirar com um aparelho, mas infeccionou, cortou tudo por dentro e ele tinha ficado sem comer, ficou fraco. Eu falei com o meu pai na terça-feira de manhã e ele falou pra mim que não estava bem. Na hora eu senti que meu pai ia morrer, eu senti por

dentro... Eu falei pra ele que na quinta-feira iria vê-lo. Eu ia lá a noite porque meu filho estava doente e eu não queria deixar ele sozinho porque era eu que cuidava dele. Mas a uma hora da tarde ele faleceu. Quando cheguei lá, meu irmão veio e falou que o meu pai tinha falecido, eu desmaiei. Vi meu pai dentro do caixão, passei mal, chorei bastante. Eu já estava nervosa, eu já não comia, não tinha fome, e ficava com vontade de me matar. Antes do meu filho morrer, eu pensava: se eu me matar, quem vai cuidar dele? Não tem ninguém pra cuidar dele, ficava dividida e até hoje eu estou dividida.

Meu pai já tinha tentado se matar antes, tudo o que ele via ele tentava, deu um soco no vitrô, cortou as mãos, bebeu veneno, querosene, bebeu um outro negócio que queimou a boca dele todinha. A minha cunhada sempre levava água pra ele, aí ela pôs um vidro de refrigerante com essa tampinha e deu na cabeça dele de comer a tampinha. Depois que acabou o enterro, meu irmão começou a brigar com a minha irmã e eu fiquei muito nervosa, eu só chorava, xinguei ele, falei um monte de coisa. Peguei meu filho e no domingo vim embora. Deixei todo mundo lá.

Passado um mês mais ou menos meu filho começou a tossir, estava com pneumonia. Saí cedo pra buscar remédio na farmácia e quando eu voltei eu achei ele meio triste. Falei vamos pro hospital e ele disse que não, que estava bem. Mas eu levei ele para o hospital e ele ficou internado. Eu fiquei oito dias com ele no hospital. Aí eu tinha umas visões do meu pai que falava que ele estava sofrendo, que ele tinha que ir embora E eu ficava no hospital dia e noite, eu não dormia, não comia, ia em casa correndo pra tomar banho, e minha filha vinha ficar. Teve uma noite que eu liguei pro meu marido e pedi pra ele ir de manhã dar um banho nele. Ele foi, colocou ele no banheiro...(começa a chorar)... aí de repente o Admeto

passou mal, levaram ele pra cama, os médicos.... eu vi ele assim eu desmaiei, bati a cabeça no chão, me levaram pro Pronto Socorro. Meu filho teve uma parada cardíaca. Fizeram um monte de coisa lá e ele voltou ao normal. Depois desses oito dias, o médico falou que eu não iria mais poder ficar com ele porque ele ia para a UTI, só poderia visitar. Eu chorava toda hora, subia boa pra visitar ele na UTI e quando chegava lá, desmaiava... via ele com aqueles aparelhos... eu conversava com ele, ele só balançava a cabeça e eu chorava, chorava. Saía, lavava o rosto, os médicos vinham conversar comigo, os médicos eram muito bons. Teve um dia, na hora da visita estava todo mundo esperando pra entrar, me deu uma vontade de subir, eu não esperei a visita, não esperei nada, eu tinha o meu crachá, coloquei e subi. Quando eu cheguei na beira da cama dele ele estava pedindo socorro, corri pra chamar o médico, quando o médico veio, eu desmaiei. Aí quando as visitas entraram, eu já estava numa cama, descendo pra enfermaria. Tomei injeção.

Teve um sábado eu fui ver meu filho, ele estava bem, nossa, estava sorrindo, conversou com todo mundo, eu conversei com ele e eu senti que essa melhora dele era pra ele ir embora, pensei está chegando a hora, ele vai embora (chora), eu falava isso e ele dizia que era mentira. Mas eu sentia por dentro... aí eu fui embora. A noite eu sonhei com meu pai, ele falava que o meu filho estava sofrendo, pra eu não ficar triste e não brigar com ele. Quando amanheceu no domingo eu acordei, liguei pra minha cunhada, ela perguntou se eu não ia ligar pro hospital. Falei: não, se acontecer alguma coisa com o meu filho eles me ligam. Aí quando... o telefone tocou eu atendi. Uma moça perguntou: você é a mãe do Admeto? Eu falei: sou eu mesma. Na hora ela viu que eu fiquei desesperada, eu joguei o telefone. Aí meu marido pegou o telefone e ela falou que era para ele ir lá que o meu filho tinha

falecido de madrugada. Aí eu falei desesperada: o que aconteceu com o meu filho? Ele foi embora, não foi? O meu pai veio buscar ele...

Fui pro hospital, minha filha também foi, a que fez 27 anos. Quando eu cheguei na portaria, fui descer do carro, caí do carro. E falei pro médico: por que meu pai veio buscar meu filho? Meu pai não podia levar meu filho. E eu gritava, chorava, aí me colocaram na maca, me deram injeção, me deram remédio. Eu queria sair correndo pro meio da rua me matar, entrar debaixo de um carro, mas não tinha força. Os seguranças me seguraram, meu cunhado ajudou. Aí eu sei que aquele dia eu dormi o dia inteiro, a noite inteira. A minha irmã foi na minha casa, a minha sobrinha também e eu não vi. No outro dia é que me acordaram pra ir no enterro. E eu falava: eles não podiam levar o meu filho. Meu pai e minha mãe, eles não podiam... Ele tinha 26 anos. Fui no velório, não vi enterrar ele.

Tomava os remédios, dormia, quando acordava eu queria me matar de qualquer jeito, queria sair pra rua e até hoje eu quero sair pra procurar ele. Às vezes eu vou lá onde ele está e eu falo: volta pra casa Admeto, eu te amo! (chorando bastante). Às vezes andando na rua eu choro. Dentro de casa me dá aquele nervoso, me dá vontade de morrer, dá vontade de buscar ele, só que eu não sei onde eu vou achar (chora). Eles não me levam lá porque... Eu fui lá, eles fizeram tudo direitinho, colocaram a foto dele. Aí eu chego lá e falo: vamos embora Admeto, não fica aí... Eu tomo os remédios mas tem hora que a minha cabeça vai embora e eu quero buscar ele. Me dá crise. Ontem eu estava na casa da minha filha fazendo churrasco, conversando, aí de repente comecei a chorar. Falei: eu vou embora, vou procurar ele, eu quero morrer, quero ir embora com ele. Semana passada eu tomei oito comprimidos de Fluoxetina®. Eu pensei que iria morrer porque eles são tão fortes.

E acabou que eu vim parar no hospital às 11 horas da noite, desmaiada, fizeram lavagem e tiraram tudo. Quando acordei estava tonta, espumando a boca. Meu cunhado limpou a minha boca a noite inteira. No outro dia me deram alta. Aí o médico falou que eu não podia tomar os remédios sozinha, que meu filho é que tinha que me dar.

Mas eu não entendo porque meu filho foi embora e a dor é demais, é muito grande, nossa... Meu pai também e eu queria cuidar do meu pai porque meu pai morreu foi de falta de cuidado.

Entre esse mês em que meu pai se matou e meu filho ficou doente, o meu outro irmão entrou em depressão e tentou se matar. Levaram ele pro hospital e minha cunhada não quis me ligar porque eu já estava nervosa, já estava passando mal. A minha irmã também, tenho uma irmã bem mais velha do que eu, que ficou maluca, ela ficou 40 dias no hospital de maluco, deram tantos remédio pra ela, nossa, ela ficou toda inchada, boba, só dormia. Isso já faz um tempo. Eu ajudei bastante ela.

Às vezes me dá crise em casa. Eu falo pro meu filho mais novo: eu não estou com vontade de viver, estou dividida entre você e o Admeto. Eu quero ir embora procurar ele, quero encontrar com ele, mas onde eu vou achar? Às vezes eu sinto que ele está perto de mim. Mas eu não posso pegar na mão dele. Aí eu choro, eu grito, me dá vontade de sair correndo, dá vontade de me matar, eu não sei... é muito triste sabe, é muito triste mesmo. Eu passo no médico, faço tudo mas eu sei que é só com o tempo. Não é o remédio que vai tirar essa dor, eu tomo os remédio, a Fluoxetina®. Eu tomava três mas eu estava ficando apavorada, eu ficava louca, agora tomo só um e tomo Rivotril® quatro gotas de noite ou quando me dá crise.

Eu tenho vontade de fazer minhas coisas, arrumar a casa, mas ao mesmo tempo, me dá um nervoso, uma vontade de gritar... Eu fui pular lá de cima da minha casa, tem uns 18 metros, eu moro em um sobrado. E na hora que eu fui pular eu desmaiei. Eles me procuraram e não me acharam, aí meu sobrinho subiu no telhado e eu estava dormindo. Acho que na hora em que eu quis pular eu pensei: e o meu filho mais novo? Ele está precisando de mim, mas eu quero ir procurar o Admeto, eu quero ir embora. Aí eu não sei, desmaiei, eu não vi, eu dormi na beirada da varanda. Aí eu soube no outro dia que o meu sobrinho foi lá em cima, já era madrugada. Eu tinha tomado os remédios, eu tomava um de manhã, um ao meio-dia e um de noite e aquele remédio lá deixa a gente louca. Você deve tomar ele pra melhorar e ele dá ansiedade. Em vez de você ficar calma, ele dá ansiedade, você fica pensando, fica querendo sair.

Mas é triste hein? Faz cinco meses que eu perdi meu filho e seis meses que eu perdi meu pai. Eu vou na casa do meu pai, sinto falta do meu pai, chego na minha casa eu sinto falta do meu filho.

Ah, minha infância, eu estudei, com 12 anos comecei a trabalhar. Namorei, engravidei, casei com 17 anos, meu pai mandou a gente casar (risada). Ele tinha 19 anos. Meu pai e meus irmãos não gostavam dele, só minha mãe gostava. O meu pai era muito mau, ele batia na gente desde criança e batia na minha mãe. Mas eu sempre perdoei, tudo o que ele falava eu concordava. Eu nunca magoei meu pai. E não tenho mágoa dele, porque tudo o que eu tinha que falar pra ele eu falei. Eu falei pra ele: você lembra que bateu na minha mãe, você não podia fazer isso, minha mãe era doente. Eu não me lembro direito... a gente morava na roça, não tinha luz elétrica. A primeira vez que meu pai tentou se matar, acho que eu tinha uns quatro

anos. Ele tomou formicida com querosene. Avisaram a minha mãe, meu pai estava muito ruim. Colocaram ele em cima de uns paus e levaram ele pro hospital. Ele estava babando, eu vi quando passaram... Depois que ele melhorou daquela crise, ele pegou um canivete e enfiou em baixo do peito, perto do coração. Aí levaram ele pra Franco da Rocha, que é um hospital bem grande, hospital de maluco, acho que ele ficou lá uns três anos. Enquanto meu pai estava nesse hospital, meu irmão que tinha uns três anos, morreu com uma dor de barriga e minha mãe não tinha remédio pra dar. Minha mãe pegou uma saia dela, enrolou ele e foi pra casa do meu avô. Pra gente meu pai estava morto, ninguém sabia do meu pai, eu não conheci meu pai direito. No hospital ele tentou se matar, se cortou todo, bebia água de fumo. Meu pai sempre foi assim. Aí ele voltou, apareceu em casa, eu olhava na cara dele, mas não entendia que era meu pai. E ele era muito ruim, nossa, ele era muito mau, ele batia na minha mãe. Dois meses antes dela morrer ele bateu na minha mãe. Eu acho que as minhas irmãs têm muita mágoa dele. A minha mãe era uma pessoa boa, tranqüila, calma, gostava de andar limpinha. Agora meu pai não, não gostava de sapato, não tomava banho. Eu acho que ele não era bem da cabeça. E ele batia muito na gente, não era de tapa, era de foice mesmo, queria matar a gente com a foice. Era horrível! A minha irmã não quis cuidar do meu pai. Eu fico revoltada com isso. Por que ela não cuidou do meu pai? Eu não me sinto culpada porque eu ia ver meu pai de dois em dois meses, eu cuidei dele. Quando eu morava lá, eu cuidava do meu pai. Depois eu tive que vir pra São Paulo pra fazer o tratamento do meu filho. Eu deixei tudo lá. Só trouxe meus filhos, minha televisão e as roupas. Faz 11 anos que eu estou aqui. Ele começou o tratamento com cinco anos, ele andava, eu tenho foto dele assim, em pé. E a minha mãe, eu sinto muita saudade da minha mãe. Eu

sofri por causa da minha mãe também, eu sofri muito. Depois que minha mãe morreu passou três meses, mataram meu cunhado, os bandido mataram ele no serviço. Aí depois meus dois cunhados que moravam comigo morreram também.

O médico falava que eu tinha que ter feito um tratamento antes, porque isso vai juntando, né? Eu fazia tratamento lá onde eu morava, mas depois eu parei. Eu fiz uns 4 meses de tratamento, faz muito tempo. Antes do meu filho falecer, eu já estava com vontade de me matar. Quando os médicos disseram que meu filho não ia ter mais vida, ia morrer com 23 anos... e outra você vai falar pras pessoas, e eles falam que é bobagem, que é mentira, que os médicos não sabem de nada. Meu marido e minhas filhas não acreditavam. Então eu guardava tudo pra mim. Eu chorava dia e noite, eu não comia. Mas perto dele não. Eu dava comida pra ele, comprava as coisas boas que ele queria, tudo o que ele pedia eu fazia. Perto dele eu não chorava, mas ele chorava, eu peguei ele umas duas vezes chorando. Aí eu chorava junto com ele. Porque eu acho que ele tinha vontade de pegar as coisa, ele não conseguia mais andar, ele não tinha mais força. É uma doença que não tem cura, aqui no Brasil dizem que não tem cura. Ele fez tratamento na AACD acho que uns oito meses, aí ele faleceu. Eu falei pro médico: pôxa, eu trouxe ele aqui quando ele tinha 13 anos, o médico não me deu receita, não me deu nada, só falou bobagem. Por que não fez um tratamento pra ajudar, lá tem tanta criança deficiente...

No interior ele já tinha feito fisioterapia alguns anos, eu levava e trazia ele de ônibus, depois que ele parou de andar é que ficou difícil, mas aí eu levava ele na cadeira de rodas e lá onde eu morava todo mundo me ajudava, os vizinhos, até os policiais. Aí o médico falou assim: Você tem que fazer um tratamento porque você tá com depressão. Mas eu nunca fiz o tratamento porque eu não deixava ele sozinho.

Eu nunca deixei ele sozinho, sempre que eu saía, eu deixava minha filha ficar com ele.

Depois da morte da minha mãe, bem depois, porque minha mãe morreu em 93, foi em 98...por aí. Eu tomava calmante, eu tomava tudo porque eu não dormia e gritava. Um dia eu tomei uma cartela cheia, eu saí, fui pro mato e eu dormi no mato, era de dia e choveu e eu não vi, não vi chuva não vi nada. Eu acordei em casa, porque eles me acharam e me levaram pra casa. Mas nessa época eu não fazia tratamento porque onde eu morava não tinha. E pra mim fazer tratamento eu tinha que sair de casa, tinha que pegar ônibus e eu tinha que cuidar do meu filho. Mas eu queria morrer...

Eu... não entendi ainda que ele tá morto. A minha mãe também já faz 11 anos, meu pai se matou, o meu irmão entrou em depressão depois que o meu pai se matou, eu fui na casa dele visitar e eu desmaiei, assim à toa, eu comecei a chorar, daqui a pouco eu não vi mais nada, desmaiei. Agora dá vontade de me matar mesmo. Mas eu fico pensando no meu filho mais novo...

Eu não estou conseguindo fazer crochê. Eu sento no sofá um pouquinho e já vem coisa ruim na minha cabeça, fico pensando no meu pai, no meu filho ali sentado, aí já me dá vontade de sair, dá vontade de andar na rua sem destino. Dá vontade de entrar, sei lá num carro e ir embora, andar e ir embora. Às vezes eu saio sozinha, eu vou na igreja, vou andando pela rua, se me dá vontade de chorar, eu choro. Às vezes eu paro e penso: mas por que eu choro? Tô chorando aqui no meio dos outros, o que eles vão pensar? Eu começo a chorar aí eu tento engolir, ficar quieta, faço a maior força, mas não tem jeito, eu choro. Às vezes eu estou andando na rua, eu converso sozinha eu mesma falo eu mesma respondo (risada). Na minha

casa é a mesma coisa, às vezes eu estou na cozinha conversando, meus filhos perguntam se eu estou ficando maluca (risada). Aí eu respondo que estou falando comigo mesma. Ah, mas é horrível, hein!?

Eu vou na missa, eu rezo, eu choro, desabafo, depois vou embora. Ontem me deu uma crise e eu queria o meu filho de qualquer jeito, eu queria me matar de qualquer jeito. Meu marido e meu filho mais novo estavam em casa. Foi de repente. Eu estava tão bem de dia e de repente me deu aquela angústia, por dentro, aquele nervoso, eu não sei, aí eu chorei bastante, falei que queria me matar, queria ir procurar o Admeto. As vistas escurecem, eu quase não estou enxergando depois que ele morreu.

Sou casada há 27 anos, meu marido me trata bem, minhas filhas me tratam bem (fala sem nenhum entusiasmo). Um dia briga, um dia faz as pazes e assim vai. Ele trabalha, não deixa faltar nada em casa. Tem tudo, mas... não tem o meu filho, não tem o meu pai, não tenho uma vida boa né? A vida é essa...

Aqui eu faço grupoterapia, tô achando bom. Mas a dor que eu sinto... quando eu desenho eu penso nele, eu desenho uma mão e essa mão é do meu filho, meu coração está na mão dele... É isso. É tudo bom. Os profissionais conversam comigo direitinho, tratam bem. Conversando aqui eu me sinto melhor, mas depois volta tudo.

Às vezes, na minha casa está todo mundo na sala, eu vou para o quarto, eu deito e fico assim a maior parte. Tem dia que eu não faço nem comida. Não tenho vontade. Me dá vontade só de dormir, tomar um remédio, dormir e não acordar mais.

É... a saudade é muita. Sinto uma angústia por dentro... Uma angústia que não sai não adianta. Não adianta tomar remédio. Às vezes eu quero sair, ficar um pouco com a minha irmã, passear, mas onde eu vou me dá angústia, ela está aqui dentro. Eu choro. Às vezes eu vou na casa da minha irmã, eu choro, ela conversa comigo, mas não adianta. A minha irmã sempre vai na minha casa ficar comigo.

Às vezes eu vou lá na sepultura, eu converso com a minha mãe, eu não sei, pra mim parece que eu converso com ela. Eu sinto ela próxima de mim, pra mim ela não morreu, ela está aqui... mas ela não está aqui também. Ela sumiu. Ela sumiu, pra onde? Eu quero encontrar minha mãe. Assim como eu estou procurando meu filho, mas eu não acho. Minha filha fala: mãe, aprende, põe na sua cabeça que ele morreu, ele está bem, está melhor que a senhora. Mas tem hora que o desespero é tanto, a dor que eu sinto é tanta que eu falo que vou procurar ele. E penso se eu morrer, eu acho ele. Mas ao mesmo tempo eu estou dividida. O que eu vou fazer? Dizem que ele está bem, que não está precisando de mim mas meu caçula está. Ai eu fico em dúvida, se eu morrer, quem vai cuidar dele? Ele tem 16 anos, é uma criança. Meu outro filho tem 22 anos, mas também é uma criança.

Às vezes eu vou no hospital e ainda me traz recordações. Eu faço tratamento lá também, fui fazer eletro do coração, teve que repetir quatro vezes porque não dava certo. Na hora eu estava muito nervosa, aquela dor por dentro. Fiz esse exame porque eu desmaiei, eu estava muito nervosa, queria sair correndo, não sabia pra onde eu ia, desmaiei, me levaram pra lá, deram remédio, tiraram chapa do pulmão, fizeram tudo né? E às vezes eu chego assim no hospital, e eu ando, eu olho e penso: meu filho está aqui dentro. Ai depois eu penso ele não está aqui dentro. Eu já fui lá, vi a cama onde ele faleceu, ela estava vazia. Às vezes eu vou lá sabe? Eu choro...

Eles perguntam se eu estou com doença, se estou precisando de ajuda, eu falo que não, que não estou precisando de nada. E eu olho assim para o hospital e falo: meu filho está aqui. Às vezes quando eu venho pra cá (CAPS), eu venho a pé, aí eu falo: eu vou ficar com o meu filho. Aí quando chega aqui no portão muda tudo, eu venho pra cá. Eu chego aqui e ele não está aqui. Dá uma dor por dentro, sabe? Aquela angústia... Às vezes meus filhos saem um pouquinho, demoram, eu já choro, eu já fico preocupada. Tenho medo de acontecer alguma coisa com eles. E, eu sei que a vida é triste hein!? Esse mundo é triste demais. A gente não tem solução pra morte, né. Não tem jeito... então eu fico pensando: ai meu Deus!”

** Associação da Assistência à Criança Deficiente*

NARRATIVA 2

“Ah, quando eu era criança, tive um problema, não sei dizer o que era. Eu tinha sete anos, era muito nervosa, quando a minha mãe saía, eu queria ir atrás dela, tudo o que me contrariava eu me jogava no chão, puxava os cabelos, nessa idade eu não tinha cabelo. Eu me mordida, rasgava a roupa, minha mãe me batia. Aí uma vizinha falou pra minha mãe me levar no médico. Ela me levou, fiz um eletroencefalograma e aí deu alguma coisa que eu não sei o que era. Fiz tratamento psiquiátrico por três anos, tomava remédio. Depois parei. Quando eu tinha oito anos, minha mãe se separou do meu pai, ficamos uma semana sem saber onde ela estava. Eu era muito apegada a ele, só comia sentada no colo dele, ele chegava do serviço eu chorava de alegria. A separação me marcou demais porque eu amava muito o meu pai. Ele tinha um ciúme doentio, vivia internado no Franco da Rocha.

Tinha crises, tacava a cabeça na parede, a polícia buscava ele com camisa de força e a gente assistia tudo isso... Ele comprou um revólver, mostrava pra gente e falava que era pra matar minha mãe se pegasse ela com outro homem ou se ela entrasse na justiça pra pedir pensão. Éramos sete filhos, só meu irmão ficou com o meu pai.

Quando eu tinha 11 anos, ele arrumou uma mulher com dois filhos e levou ela pra morar com ele. Ele trabalhava no cemitério e morava ali perto. Teve um dia, quando eu tinha 13 anos, que ele foi trabalhar e não deixou dinheiro pro pão dos filhos dela e ela foi no cemitério buscar. Ela chegou lá e pegou ele dando dinheiro pra amante, amante que ele tinha desde o tempo da minha mãe. Ela voltou pra casa, pegou o revólver que ele comprou pra matar minha mãe e deu três tiros nele dentro do cemitério. Ele ficou internado entre a vida e a morte, a gente ia muito ver ele, mas não podia entrar porque era criança e sempre que a gente ia lá a amante estava no quarto e a gente não podia subir. Ah, era uma loucura. Ele faleceu há uns quatro anos com uma bala alojada perto do coração. Isso marcou muito nossa vida, meus irmãos também têm problema. Quase todos nós somos assim. Tem um irmão que ficou internado um ano, o mais velho.

A gente ficou com a minha mãe, minhas duas irmãs mais velha trabalharam, sustentaram a gente que era menor. Com uns 13 anos comecei a passear, saía com as minhas irmãs, ia pra bailinho, foi normal, passeava bastante, curti bastante, tudo dentro dos limites, certinho. Quando tinha 17 anos, conheci o meu marido, casei com 20 anos. Estava grávida de cinco meses. Casei e depois de menos de um ano eu já tinha me arrependido, só estou com ele até hoje por causa dos filhos. A minha terceira gravidez foi de risco, estava marcada cesária. Peguei ele com uma mulher 15 dias antes, aí tive descolamento de placenta, tudo por causa do nervoso. O nene

nasceu com problema, ele tinha umas convulsões. E eu sofri muito. Durante três anos aquela tensão, aquele medo de dar. Toda vez que dava tinha que correr com ele pro hospital. Ele perdia o fôlego, não tinha cor na boca, o nariz chupado e sabe aquele desespero.

Meu marido judiava de mim, me batia, não trazia as coisas pra dentro de casa e eu ficava de cabeça virada. Acho que tudo isso foi juntando, sabe. Eu chorava, eu ficava chateada mas eu conseguia me controlar. Ele era muito mulherengo, mas quando eu descobri que ele tinha arrumado um filho fora do casamento com uma menina de 17 anos, resolvi dar um basta. Aí falei pra ele que não queria mais. Foi a primeira vez que eu reagi, ele me bateu, quebrei tudo o que tinha na casa, jogando em cima dele. Foi muito feio. Eu estava cansada, fui na delegacia e falei que não queria mais ficar com ele, que eu não tinha pra onde ir, com três filhos dele. Ficamos na mesma casa mas dormindo separados. Minha mãe morava no mesmo quintal que eu, ficou me dando conselho pra voltar pra ele. O pai dele morava ali também e sempre me apoiando. Ele ficou tentando voltar comigo, eu não queria. Ficou todo mundo dizendo pra eu dar mais uma chance pra ele e aí eu resolvi dar. Ele mudou. Até poucos dias não tinha marido melhor, tudo o que eu queria ele me dava, trabalhava me tratava bem. A gente vivia bem. Aí ele ficou doente com tuberculose, porque ele não se alimentava direito. Fez o tratamento e sarou rapidinho. Só que nesse meio tempo ele perdeu o emprego, eu tive um mioma, ficou nós dois na cama. Durante uns quatro meses, nós dependíamos dos outros até pra ter o que comer, os parentes, comadre, igreja.

Um pouco antes dele sarar, arrumou um emprego, trabalhou por um tempo e começou a trabalhar por conta. Ele é mecânico. Aí começou a aparecer vários

amigos porque ele fazia o serviço de graça ou a troco de cerveja. E era festinha daqui, festa dali e a gente saia muito, ia pra clube, praia, toda a turma de interesseiro. E a gente curtia bastante. Aí começaram as dificuldades, lógico né, eu trabalhava mas o dinheiro era pouco. Mesmo assim peguei mais serviço e tentei abraçar as responsabilidades da casa, um monte de dívida que ele fez. Aí ele ficou parado, entrou numa depressão, não trabalhava, ficava só no quarto, ninguém podia entrar no quarto, só eu. E eu não queria deixar faltar nada. Só o que comer, nunca faltou, mas eles cortaram a luz, levaram o poste embora. Estou com dívida até hoje. E tudo isso foi juntando...

Aí há um ano atrás eu perdi minha mãe, e aí depois que ela faleceu é que veio. Eu pensava em me matar, eu olhava assim pro alto, no telhado e eu pensava em colocar uma corda e me enforcar, eu não conseguia trabalhar, não sabia mais fazer nada, ficou muito ruim. Tomei dez comprimidos de uma vez só, eu não queria morrer, queria dormir, só que eu quase morri, foi por pouco, cheguei a ir pro hospital. Eu tenho vontade de morrer, sim. Mas eu tenho medo de me matar, não sei como é. Eu estou sofrendo aqui, vou cortar o sofrimento aqui para sofrer em outro lugar ou mais tarde. Isso não vai levar a nada e aí vai ser eterno né, aqui não, então...

Há uns dois anos, antes da minha mãe morrer eu já não estava bem, eu acordava de madrugada sufocada, com as mãos tudo dura, boca torta. E depois que ela morreu piorou. Eles me levaram pro hospital e os médicos disseram que eu estava com ansiedade e depressão e eu falava pro médico que não estava com depressão, que não era louca, não aceitava, dizia que meu problema era dinheiro. Aí um psiquiatra me explicou a situação e me encaminhou pra cá (CAPS), só que

não tinha vaga. Eu ia no pronto socorro quando acabavam os remédios e ele dava o antidepressivo e o calmante. Isso foi um pouco antes do meu filho se casar, comecei a ficar mal, fiquei muito mal. Depois faleceu meu sogro antes do casamento, ele era viúvo, cego, e era meu braço direito, me ajudava muito, com dinheiro, as conta, as compra. Aí eu perdi os dois, as duas pessoas que me ajudavam, meu sogro e meu filho. Casou e foi ter a vida dele, né? Aí não ia poder me ajudar como ajudava. Foi onde eu comecei a entrar em depressão, foi piorando. Mas não fiz tratamento direito, essa é a primeira vez. Em julho de 2004, consegui vaga aqui e vim. Aqui é ótimo. Eu melhorei 80%.

Há uns seis meses meu marido começou a trabalhar, tá ganhando pouco mas já é alguma coisa. Ele era mecânico e agora está trabalhando como funileiro com um vizinho, ele é muito esforçado, aprendeu mecânica sozinho. Tem umas coisa aí que ele tá querendo fazer, mas a gente não sabe se vai dar certo, né? Só tem um problema, meu marido começou a beber, coisa que nunca fez, eu não aceito. Eu ando nervosa, não posso mais sair sozinha, eu dependo dos outros para fazer as coisas pra mim, minha memória está muito ruim, nem consigo ir ao banco, eu tenho uma tremedeira, não durmo sem um calmante. E, tá assim, eu comecei a fazer o tratamento aqui, melhorei bastante.

Esses dias eu tive uma recaída. Meu filho mais novo estava namorando uma menina que já é mãe de um menino de dois anos e tem diabetes, já entrou até em coma, toma insulina duas vezes por dia e isso me preocupou porque meu filho é estourado, estúpido, ignorante. Depois de um mês de namoro ele vem com a notícia que ia se casar. Eu tomei aquele choque: o que??? Tentei conversar com ele mas não teve jeito, eu vou fazer o que, ele tem 18 anos. Se eu falar não, ele vai casar do

mesmo jeito, a única coisa que posso fazer é abraçar, né? Só que me preocupou. Ele quer casar pra sair de dentro de casa. Lá em casa tá todo mundo assim. Eu acho que a minha doença, mexeu com todo mundo. Minha filha, meu filho casado, minha nora também entrou em depressão, está fazendo tratamento. E eu acho que foi por minha causa. Porque minha nora é que me acompanha em tudo. Minha filha trabalha. Esses dias até que eu estava animada, vi que não tinha jeito. Eles pediram pra eu fazer a lista do casamento. No dia que eu estava fazendo a lista ela chegou nervosa em casa, gritando, xingando, falando palavrão, dizendo que maldita hora que teve o filho, falou até em matar o menino. E eu ouvi isso, estava com a minha nora. Faltou pouco pra eu pegar ela pelo braço, colocar pra fora e falar que não queria mais ela na minha casa. Aí ela ficou lá sentada, conversando, muito nervosa. Eu sentei ali, acendi um cigarro, peguei um café, estava tentando me controlar. Ela percebeu, né, aí ela começou a se abrir, contar os problemas, disse que estava nervosa, que nunca iria matar o menino, que ele era a vida dela.

Teve um dia também há uns dois meses atrás, no dia de finados, tive uma crise brava também. Meu filho que é casado, anda rebelde, estranho, nervoso, vive de mal humor, não aceita o que a gente fala, tudo ele retruca. Eu falo pra ele: quem tá precisando de psicólogo agora é você. Ele pega o carro e não tem carta, ele quer pegar o carro, meu marido tem medo, não deixa. Apesar que ele sai, mas a gente fica com aquele medo. E meu marido viu ele com o carro e não quis deixar ele sair com o carro e ele ficou revoltado. De manhã estávamos nós dois no quarto, conversando sobre os filhos, meu filho mais novo ouviu a conversa pela metade e foi fazer intriga com o irmão, dizendo que eu estava falando mal dele, aí ele veio chateado. Expliquei o que aconteceu. E o outro já tinha saído. Eu falei: deixa ele

chegar que eu vou bater nele, ele tá precisando faz tempo. Deixa ele chegar que eu vou bater nele, hoje eu cato ele. Ele tem mais de um metro e 80. Eu estava costurando, eu tenho um quartinho onde eu costuro. Minha máquina é pesada, é grande, industrial. Aí chegaram meus dois filhos, a minha nora do meu lado. Fui falar com ele. Ele começou a falar mal do pai. Eles falam mal do pai e eu não aceito, porque o pai nunca deixou faltar nada dentro de casa, sempre deu tudo do bom e do melhor, material escolar, roupa, brinquedo no Natal, a gente ficava sem mas dava pros filhos. Eu fui educada assim, eu não respondia pra minha mãe e eu quero que eles sejam igual eu fui. Só que quando eu falei com ele eu já levantei da máquina, cega de raiva, puxei a máquina, não sei como, porque ela é pesada demais, e fui pra cima dele (risada). Aí ele correu, depois foi até engraçado. Eu ia atrás dele, eu ia de unhas e dentes se eu pegasse ele. Minha nora me segurou e quem agüentou foi ela. Eu não vi mas bati nela, fiquei fora de mim, gritei, puxei os cabelo, cai, fiquei sentada no chão. Aí a minha nora veio e me deu meio calmante. Aí eu peguei mais dois e tomei. Peguei um dinheiro e saí, disse que ia comprar cigarro. Aí eu fui lá pro cemitério no túmulo da minha mãe.

Eu tinha tomado dois calmantes e meio, sem comer nada. Chegou lá eu cai em cima de um túmulo, quebrou a casinha de vela. Eu não estava em mim. Fiquei lá no túmulo da minha mãe, coloquei as flores lá, pedi um machadinho pro coveiro, tirei a terra, caiu tudo no meu pé. Eu estava de chinelo, do jeito que eu estava em casa, eu fui, sem documento sem nada. Aí caiu terra no meu pé, eu ajoelhei... Depois fui no túmulo da minha comadre que fazia dois meses tinha falecido. Depois eu fui lá no velório (risada) fui ver os defuntos. Depois fiquei lá fora, eu não queria voltar pra casa, eu não sabia voltar pra casa, começou a me dar dor no peito eu comecei a

chorar sem parar. Uma mulher que estava do meu lado perguntou se eu estava com algum parente morto ali, falei que não. Aí ela perguntou por que eu estava chorando. Acho que ela percebeu, achou que eu tinha usado drogas e chamou a polícia. Os policiais me levaram pro hospital que é encostadinho no cemitério. Eles perguntaram se eu tinha usado drogas, se eu tinha bebido e eu disse que não, tentei explicar. Eles me deram mais calmante porque eu estava numa crise muito feia.

Todo mundo me procurando em casa. Quando foi umas dez e meia que eu fui cair em mim, aí eu liguei pra casa e avisei que eu estava lá e eles foram me buscar. Foi a última crise que deu, forte. E agora esses dias, eu tô em crise, eu não tô bem, tenho pedido a Deus... Sinto uma ansiedade e uma tristeza muito grande. Tenho medo das coisas, parece que eu tô piorando. Hoje eu tive uma discussão com o meu marido. Ele bebe, eu não aceito, eu não gosto, ele diz que precisa beber. Ele também tá em depressão. Eu digo prá ele: pra beber cada bêbado tem a sua desculpa, se você tá bebendo porque tá nervoso, por causa dos problemas, era pra eu viver caindo embriagada e eu tô aqui, e você bebendo tá me prejudicando, não está me ajudando a sair. Eles não estão me ajudando a melhorar... Meus filhos estão fazendo coisas que nunca fizeram, andam brigando muito, discutindo, não sei o que tá acontecendo, eu não aceito isso. E tudo isso me deixa nervosa, eles me deixam nervosa, eu fico fora de mim. Não estou tendo ajuda, a única pessoa que está me ajudando é a minha nora. Só que agora ela tá em crise com o meu filho, eles estão brigando muito, ela diz que vai embora. Se ela for embora... pra mim... aí sim acabou. Tenho o meu netinho que ela fala que vai levar. Esses dias ela subiu pra arrumar as coisas pra ir embora, eu comecei a chorar, aí a minha irmã chegou lá. E eu chorando. Ela subiu lá, ficou conversando com ela. Agora eles estão bem. É o

problema dos filhos. Agora esse meu filho que vai casar, tem a minha filha que até agosto, setembro do ano que vem vai casar e vai embora pro sul, porque o rapaz é de lá. Tudo isso mexe, não quero que a minha filha vai embora, mas eu vou fazer o que? Meu bebê vai casar, passou tão rápido, não vi passar. E, tudo mexe com a gente, sabe. Tudo mexe...

Agora eu tomo meio Rivotril® a noite e tomo Sertralina® 150 mg, comecei com 50, passei pra 100, mas teve que aumentar, porque não tô vendo melhora. Faço terapia em grupo e passo em consulta com o psiquiatra. Eu sinto que melhorei, do jeito que eu estava, aquelas loucuras que eu fazia de puxar cabelo, bater a cabeça na parede, querer me matar, isso melhorou. Me dava um negócio assim na cabeça, não era dor, parecia que meu cérebro estava inchado e ficava fazendo pressão. E aquilo não melhorava com nada, tomava analgésico e não adiantava, me deixava a ponto de enlouquecer. A última vez que deu, foi tão forte que eu taquei a cabeça na parede, puxei os cabelo. Aí eu tomo calmante e passa. Alegria, acabou, amigos, aqueles interesseiros sumiram. A gente era uma turma grande de amigo, só ficou esse meu vizinho que tá dando uma força, meu marido tá trabalhando com ele. Ele, a esposa dele estão sempre com a gente. Eu sinto falta dos amigos, a gente se apegava né. Mas eles viraram as costas e eu não vou ficar correndo atrás.

Eu tenho a impressão que eu não vou mais sarar. Tenho medo. Parece que estou pior. Em partes eu melhorei, mas esse negócio de esquecimento, esqueço tudo, não consigo trabalhar, tô fazendo muita coisa errada, não consigo guardar nada Eu era uma costureira de mão cheia, fazia coisas finas, vestidos de festa, eu tento mas estou com muita dificuldade. Eu era costureira de mão cheia, né, tenho que aceitar isso. Alegria eu não tenho mais. Não tenho ânimo mais pra sair, ir ao shopping,

comprar, conhecer a nova casas Bahia que abriu, não tenho ânimo mais. Tenho vontade de ir viajar sozinha, só eu, ir pra casa da minha irmã. Ela mora em Taubaté. Só eu, ninguém comigo, ou eu minha nora e meu neto. Acho que em janeiro vou dar um jeito de ir pra lá, dar uma descansada, acho que preciso descansar um pouco a cabeça.”

NARRATIVA 3

“Eu desde pequena sempre fui um menino. Foi muito boa a minha infância, brinquei muito, curti muito. Cresci na rua, não tinha menina, sempre andei com meninos, fazia coisas de menino. É por isso que hoje eu sou assim largada, não ligo muito pra aparência, sabe, meio desleixada... Da infância eu lembro pouca coisa, não sei, parece que eu perdi. Eu lembro de uma coisa engraçada mas eu não me arrependo foi de ter mandado a minha tia pra aquele lugar, com dez anos de idade, ela ficava brincando muito com as minhas roupas. Gostava da minha avó, ela fazia tudo o que eu queria, eu era o xodó dela. Eu lembro da primeira vez que meu pai me deu um presente, o único presente que ele me deu, uma bonequinha. Meu pai puxava a minha orelha, não deixava eu ficar na rua até tarde, ficava escondida no portão, conversando com o pessoas, era triste. Com 14 anos comecei a namorar. Meu primeiro namorado. Eu odiava ele, era uma coisa de louco, a gente era inimigo de infância. Comecei a namorar, com 15 anos eu engravidei dele, aí eu abortei...

Isso eu me lembro perfeitamente. Ele me batia, saia com um monte de meninas, mas mesmo assim eu estava lá. Com um ano de namoro, ele terminou comigo e eu fiquei super mal, aí a gente voltou, uns dois meses e meio depois eu engravidei Eu achava que o amava, que era tudo, era o máximo, o grande amor da minha vida.

Não sabia o que queria, era muito nova, não tinha consciência. A gente juntou as duas famílias pra conversar na minha casa, meus pais, os pais dele, eu e ele. Aí ele me chamou até a garagem e falou: não, a gente não pode ter esse filho, senão não vai dar. Tira senão, não vou mais ficar com você. Começou a falar um monte, eu comecei a chorar, não sabia mais o que fazer. Todo mundo apoiando mas ele não queria. Então, nossa, sei lá o que me deu na idéia de fazer. Decidi na última hora de fazer porque eu já tinha tomado um monte de coisa, um monte de remédio. Ele ia buscar, falava: isso aqui é bom toma. E eu tomei um monte de coisa. Aí minha mãe falou é bom você ficar com medo mesmo porque seu filho pode nascer com defeito e aí... Nossa foi horrível, uma tensão horrível. A mãe dele me levou no médico dela, foi numa clínica onde eu fiz. Eu não lembro bem, sei que cheguei, fiquei lá, foi tudo muito rápido. Eu lembro que quando acordei e fiquei de pé, o sangue escorria pelas minhas pernas... Nossa, isso eu não esqueço, não esqueço. O médico chegou e disse que eu podia morrer, e eu vi que estava ali sozinha, se eu morresse era problema meu, só meu. Então, eu estou viva não sei de que jeito, porque eu podia ter morrido. Sei lá, tudo o que eu passei, eu não sei nem explicar, porque machuca muito. Machuca muito... o que aconteceu, eu ter ficado sozinha, ter ficado com o problema inteiro pra mim.

Aí, logo depois disso eu tomei uma bota, ele me largou. E depois disso eu comecei a ficar doente, eu só chorava, não queria comer. Meu pai me levou no médico. Fiz terapia por uns seis meses no psicólogo, sem tomar remédio. Aí passou. Na verdade, acho que ficou meio escondido.

Depois que eu engravidei e tirei, eu me revoltei. Não queria saber de nada. Eu só saia pra balada e bebia, bebia, bebia. Era uma loucura. Tinha 16 anos. Arranjei

umas amigas da escola, uma delas dirigia. Eu me enfiava no meio e saía a semana inteira, sumia. Meu pai ficava louco mas eu não obedecia nada. Meu pai me trancava em casa, não queria deixar. E eu achava aquilo o máximo. Chegava às sete horas da manhã, coisa de louco. Cheguei a experimentar droga mas nunca fui chegada. Sempre tive um problema de relacionamento com o meu pai. Ele nunca veio e perguntou: você tá bem? Sempre o ditador, mandando, gritando, é assim, o resto não presta. E outra, ele é viciado em jogo, ele tem problema. Não sei se é TOC, distúrbio de personalidade... faz tempo que ele joga, joga todos os jogos da lotérica. Joga coisas absurdas, de perder carro, de ter feito empréstimo, agiota, ele pede dinheiro pra todo mundo, é terrível! Minha mãe cuida da casa sozinha. Meu pai brigava muito comigo, me xingava, xingava minhas amigas na frente de casa, detestava meu namorado e de tanto meu pai falar, aconteceu, virou em cima de mim e eu pirei. Agora, meu pai vem, conversa comigo, mas eu não tenho paciência, me irrita só de ficar perto.*

Nessa época eu tentei me suicidar, tomei remédio com álcool. Eu não batia muito bem da cabeça, não sei, não estava bem. Eu queria morrer, queria me matar de qualquer jeito, sumir mesmo. Eu tentava me suicidar mas não acontecia nada. Eu me sentia um lixo porque nunca dava certo. Uma vez tomei veneno e nem mal eu passei. Nada acontecia. Eu estava me sentindo tão mal... de não ter ouvido meu pai, minha mãe, de ter quebrado a cara... Tanta coisa ruim que eu passei a toa.

Aí passaram-se os anos ele quis voltar comigo, ficou atrás de mim, eu não quis mais. Namorei seis meses com o meu atual namorado e terminei. Ah, eu ficava super chateada mas aquilo ficou escondido. Terminei o colegial, minha mãe me colocou no cursinho. Conheci uma pessoa e comecei a namorar. Mudei totalmente, da água

pro vinho, virei uma santa, não saia mais, só queria ficar em casa e estudar. Fiquei dois anos com ele, terminei o namoro e voltei com o caso antigo, depois de cinco anos e agora estamos juntos. Ele sabe de toda a minha história. Toda a minha família sabe do que eu passei. Fora que, a rua inteira sabe o que eu passei porque o outro lá deve ter falado milhões...

Nessa época, há mais ou menos dois anos minha mãe ficou doente, com câncer e teve que tirar, fez quimioterapia e hoje está bem. A relação com a minha mãe é ótima, não podia ser melhor, principalmente depois que ela ficou doente. Eu chorava todo dia, fiquei muito triste porque eu comecei já a sentir a falta dela, mesmo ela estando lá eu comecei a imaginar, eu sem a minha mãe tô na m. porque meu pai é um b., e eu tô ferrada. A gente se uniu mais. Eu tinha coisa assim que eu não fazia, de abraçar, beijar, e agora não, abraço, beijo, deito no colo, quero carinho. É muito bom, minha mãe é maravilhosa, a gente pode conversar de tudo. Não sabia que tinha uma mãe dessas, foi aí que eu percebi.

O que me dói é ter sido trouxa. E eu me sentia muito mal, me sentia culpada de ter abortado, de ter sido trouxa, de ter acreditado nele, hoje eu não faria. Eu vejo que os meus sentimentos hoje são muito maiores do que o que eu senti com ele. Sabe, não era nada, nada. Eu era mó tonta. Então, me ferrei por esse cara, então eu acho que a culpa que ficou foi minha de ter sido burra, de não ter visto, de ter acreditado, de não ter conseguido resolver aquilo e deixar ele tomar conta, ele acabou resolvendo aquilo por mim, não era aquilo que eu queria. Porque hoje eu já me conheço melhor, depois de tudo o que eu passei, de ter me relacionado com outras pessoas. Aprendi que a maior parte das coisas que os pais falam é verdade. Passei um bocado a toa, porque eles sempre me falaram tanto e eu ia contra.

Sempre me falavam pra eu não ficar enfiada na casa dele, meu pai me buscava pelos cabelos. E meu pai falava: essa menina vai engravidar. E o pior de tudo é que eu usava camisinha, isso é que é o pior, furou a b. da camisinha, você acredita? Nossa Senhora, que absurdo! A gente aprende tanta coisa. Se fosse hoje... jamais... iria ser maravilhoso! E hoje, vejo toda a condição do cara... É imperdoável, como eu fui deixar uma coisa dessas acontecer. É que é assim, a gente aprende, eu fui uma tonta de cair na conversa fiada dele.

No começo do ano eu comecei a fazer terapia, e uns dias depois eu encontrei com ele na rua. Porque ele mora perto mas eu nem olho na cara dele. Aí ele veio cheio de graça pro meu lado falar comigo dentro do ônibus, com aquele sorriso de palhaço. Ele me contou, com todo ar da graça que engravidou outra menina numa balada e que nunca tinha ido ver o filho. Já fazia um ano. Eu xinguei ele de tudo o que eu podia, lavei a alma. Aquilo me deixou tão louca e eu falei pra ele: Você é um lixo de pessoa, você é um m. Foi aí que, meu, caiu a ficha. Eu podia ter feito mas olha a b. que ele é. Então eu comecei a parar de me culpar um pouco. Me livrou um peso que eu tinha. Eu vi que dali não dava pra esperar nada, ele é um lixo. Sei lá, saiu de mim uma coisa que eu precisava. E foi bom pra mim, foi muito bom. Acabou a raiva que tinha dentro de mim, a aflição de estar sempre me culpando, passou. Ele se droga muito hoje, não sei, olha como é a vida, a gente podia estar bem junto com um filho mas tá cada um pro seu lado e ele tá mal.

Hoje eu olho assim pra trás e falo: acho que se hoje acontecesse de novo, na mesma época acho que eu ia fazer a mesma coisa, porque eu era boba. Mas agora não, agora ninguém me engana não, não sou mais besta não. E é isso o que aconteceu comigo, acho que foi aí que se desenvolveu. Acho que eu já tinha uma

predisposição e acabou. Já o fato do meu pai, né... eu te falei do presentinho que ele me deu... Então, coisa assim besta mas eu lembro, ficou marcado. Eu gostava muito do meu pai quando era criança, agora não sei.

Hoje eu olho pra trás e falo: nossa, mas que menina tonta! Eu sinto que falta algo mas eu não sei te explicar o que é. A depressão não tem uma coisa assim. Já tentei mas é difícil falar de uma coisa que a gente não sabe o que é. A gente quer mas não consegue, sabe que está faltando alguma coisa... E eu não sei o que é, é muito esquisito isso. Eu sei que eu não agüento mais tomar remédio e eu acho que estou a mesma coisa. Eu tô aqui falando com você eu não tô muito bem hoje. Mas pra quem me vê não fala que eu tô mal, que eu tenho algum problema, que eu tô chateada. Mas eu estou chateada, angustiada, pela faculdade. Depois daquele dia no ônibus não me deu mais crise de choro. Porque me dava muito crise de choro. Do nada assim eu estava em algum lugar, ouvia alguma música que me deixava mais sensível, chorava.

E é isso, agora estou na faculdade. Graças a Deus estou indo bem, estou estudando muito, mudei assim completamente, da água pro vinho. Nunca fui de ficar estudando muito, agora estou estudando pra caramba, me cobro muito, estou adorando a faculdade. Tenho as minhas amigas na faculdade, claro que não muitas porque eu sou uma pessoa assim que do nada virei anti-social, não consigo falar com as pessoas, não faço muitas amizades. Acho que meio que eu percebi que amigos são poucos sabe, você conta nos dedos da mão e sobra dedo né. Não faço muita questão, mas claro que faz falta. A minha irmã mais velha falou assim pra mim: é, amigos são poucos. Ela falou isso e é verdade. Mas sabe que, sei lá, há males que vem para o bem. Apreendi muita coisa.

Eu me transformei assim numa pessoa muito agressiva, brava, vivo irritada, chata. Eu dou uns esporros no meu namorado, ele nunca faz nada, eu fico criando, sou ciumenta, brigo do nada, sempre de mal humor com ele. Eu sei que é um instinto de defesa que eu criei pelo mal que eu passei. Eu já tô preparada pra qualquer coisa, o que vier eu já estou esperando com dez pedras na mão. Bem assim mesmo. E o pior é que aquele sentimento ruim de estar sendo agredida, está voltando. Apesar de não ser com ele, eu senti a mesma coisa que eu sentia quando eu sabia dos casos do outro, uma coisa tão triste...

Estou fazendo tratamento aqui no CAPS há uns seis, sete meses. Faço o grupo de psicoterapia uma vez por semana. tomo Paroxetina®, já faz quase um ano. Depois de uns quatro meses, eu parei a medicação um tempo, porque o dinheiro estava curto, esse remédio é muito caro e não tem no posto. Quando eu comecei a tomar me deu um pique. Comecei a tomar porque eu comecei a surtar, depois que eu entrei na faculdade, estresse, prova. Passei no médico e ele falou que eu estava ansiosa demais, suava frio, acelerava o coração, atacou a minha gastrite. Da depressão começou a surgir outros problemas. Por eu não ter tratado no momento certo, foi piorando o quadro. Nossa, eu não agüentava ficar assim, me doía tudo. Eu não acreditava muito no remédio, achava que só com a terapia eu iria melhorar, mas o remédio me deixou com mais ânimo, eu ficava muito cansada, parava assim no meio da aula e ficava dormindo. Eu queria me esforçar, mas eu não tinha força. Eu ficava olhando assim, mas estava olhando pro nada. A terapia também ajuda bastante, eu saio daqui, às vezes saio chateada. Mas acho bom porque se doeu em mim, então eu tenho que repensar alguma coisa. Hoje eu tô melhorzinha, mas tem coisas que não é aqui, não é lugar nenhum que vai me ensinar o caminho. Claro que

aqui eu aprendo muito. Tento sempre buscar o que tá errado, mas às vezes eu sinto que ainda tô meio perdida, eu não quero mais ser assim, tenho que mudar isso e sozinha eu não consigo. E estou aqui há tanto tempo, não sei se vai melhorar, se vou piorar, sabe, eu não sei, não sei o que vai ser de mim, não sei o que vai acontecer comigo, eu quero melhorar, mas eu não sei quando vai acontecer isso...

Eu não julgo de ter feito e não julgaria ninguém. Acho que eu era muito nova e eu julgo o fato de terem me passado a perna de ter sido tonta porque ninguém manda em mim, eu faço o que eu quiser na hora em que eu quiser. Eu decido por mim não pelos outros, nunca mais. Isso eu aprendi, não tem coisa melhor que saber que você pode mudar você mesmo, fazer o que você quer, independente do que os outros pensam. Minha família meio que nega mas eu sei que eles falam. Tem a tia do meu pai que fala que abortar é coisa de assassino. Não fala na minha cara mas fala no telefone. Mas sei lá, eu vivi um momento, eu passei por aquilo e hoje eu tô aqui. Eu vejo a diferença do que fui ontem e do que sou hoje. E sei muito bem o que eu sentia há muito tempo atrás. Apesar de não lembrar direito das coisas, lembro dos sentimentos que tive naquele momento, sei que fiquei sozinha, sem ninguém do meu lado. Então, tem coisas que a gente não esquece, com certeza essa não vai ser uma que eu vou esquecer. Mas tem acontecido coisas boas comigo, eu não penso mais em me matar.

Hoje eu tenho orgulho porque sei quem sou, de ter me transformado numa pessoa, por mais que eu pareça brava, insegura, eu tenho recebido elogio dos meus professores, que são meus amigos, me viram mal e me ajudaram. O mundo vai e volta, é assim mesmo. Minha memória não tá boa, às vezes eu troco o nome das coisas. Eu estou indo aos poucos, não querendo dar um passo maior que a perna,

porque não é assim, eu vi e não deu certo, essa história de parar com o remédio e passar mal de novo. Então é melhor ir com calma, um dia de cada vez, se não for por bem hoje vai amanhã. É assim.

** Transtorno Obsessivo Compulsivo*

NARRATIVA 4

“Ah, é difícil contar minha história, acho que é muito longa. Bom, na verdade, eu comecei a vir no CAPS já faz quase dois anos. Gosto de vim na terapia. Vim pra cá encaminhada pelo Hospital do Servidor Municipal. Meu pai é funcionário público aposentado e eu não tinha direito lá. Fazia cursinho e não tinha decidido o que queria fazer e a minha irmã mais nova me passou a perna. Ela passou na faculdade e já está terminando. Nessa época eu estava muito mal porque não sabia o que eu queria. Sempre fui tímida e tinha dificuldade. Tenho dificuldade até hoje em fazer algumas coisas sozinha, sempre dependendo da família. Agora que estou começando a ter mais amigos, aqui e na faculdade. No começo eu vinha pra cá, gostava mas eu não falava muito. É difícil falar da nossa vida pra pessoas que nunca viu, que não conhece direito. E eu ficava mais quieta, escutava os outros falando. Agora estou falando mais.

Ah, falar da depressão... era horrível, eu não tinha vontade de fazer nada, não sabia o que eu queria fazer, me sentia pra trás porque minha irmã mais nova já tinha passado na faculdade. A gente tem um ano de diferença, mas ela escolheu antes o que queria fazer. E eu me sentia como pra trás, não só por ela, mas também pelas pessoas do cursinho que eram mais novas do que eu também. Eu não me adaptei muito bem ao esquema do cursinho. Eu já estava meio ruim...

Nessa época eu também estava fazendo um curso de informática que deu um rolo. Foi assim. No começo de 2002 ligaram em casa e disseram que eu tinha ganhado um prêmio, aí eu fui lá junto com a minha mãe ver, gostei da proposta. Meu pai falou pra ir só ver, mas eu gostei e no mesmo dia já fiz a matrícula, fiz sem pensar. Comecei a fazer esse curso de informática e o cursinho junto. O cursinho eu comecei em maio, mais tarde, porque estava muito difícil de pagar. Conheci algumas pessoas no cursinho. Só que eu já estava totalmente desanimada, faltava no cursinho, acordava cedo, sentia falta da presença das minhas irmãs. Minha irmã mais nova estava na faculdade e trabalhando. Eu praticamente não a via. Minha irmã mais velha terminou a faculdade faz uns três anos e também estava trabalhando. A estrutura da família estava mudando, cada um buscando o seu caminho. E eu não estava conseguindo entender o meu, não sabia o que queria. Eu não queria sair de casa, não queria ir no cursinho, quando ia, não anotava nada. A sala era lotada, eu chegava tarde porque morava longe e não conseguia pegar um lugar bom. Eu falava pra minha mãe que não estava legal, que não iria adiantar fazer o cursinho. Estava desanimada. Minha mãe falava pra eu continuar. E ainda tinha o problema desse curso de informática que eu arranjei, já estava tudo meio confuso na minha cabeça, começou a embananar tudo. E eu não sei porque mas eu achava que tinham me enganado. Na verdade eu acho que foi isso mesmo, só que na hora eu nem pensei. Aí eu comecei a sentir raiva de mim mesma, por que eu fui tola, sabe, de ter feito tudo as pressas, sem pensar direito. Eu quis desistir do curso de informática e eles falaram que eu ia ter que pagar uma multa de não sei quanto. E foi tudo embananando na minha cabeça.

Eu já não estava bem comigo, com o cursinho, com o curso de informática. Sobre o curso de informática eu falei pro meu pai e ele resolveu, disse que iria denunciá-los no Procon e eles deixaram eu desistir. Só que eu fiquei super ruim porque estava me sentindo enganada. O cursinho eu cheguei a ir até o final de agosto de 2002. Aí eu falei pro meu pai que queria desistir. Ele falou comigo, foi ver se dava pra eu desistir e eu parei. Aí no que eu parei de fazer tudo, eu já não saía de casa, não tinha vontade de nada, não queria sair com ninguém, não queria conversar com ninguém. Eu já não sou muito de conversar. Não é que esteja falando mal da minha família, mas família de oriental é mais fechada mesmo. E eu sentia falta de conversa mas eu também não conversava. E eu não me sentia aberta pra conversar com meus pais, nem com a minha irmã mais nova. Eu conversava mais com a minha irmã mais velha, eu sempre convivi muito bem com ela, agora com a mais nova, a gente tinha umas briguinhas, por besteira, mas sempre me dei melhor com minha irmã mais velha. Conversava assim um pouquinho com a minha irmã mais velha, mas como eu a via pouco, estava sentindo falta.

Aí chegou um momento que ficou ruim mesmo, eu não queria sair mais do quarto, ficava o dia inteiro na cama, ficava preocupada com a minha pele sabe, ficava vendo, me olhando no espelho, chorava muito e não sabia porque chorava. Chegou a ponto de eu não querer comer, não tinha fome, não tinha vontade nenhuma, só queria ficar na cama deitada, dormia praticamente o dia inteiro. Minha mãe trabalha fora na loja e meu pai ajuda ela. Ela vinha em casa me dar comida no quarto. E foi desse jeito, é muito triste de lembrar, não tinha vontade de nada, nada mesmo. Isso foi no final de 2002. Meu pai ficou desesperado, falou com a minha madrinha. Aí que eu comecei a ir no Centro Espírita tomar passe, gostei do

ambiente, ainda estou freqüentando. Até hoje meu pai se preocupa comigo. Se eu estou até tarde na rua ele vai me buscar. Eu tirei a carta de motorista há pouco tempo e eu pedi pra dirigir e ele não deixa. Eu já era superprotegida e eu sinto que depois disso sou mais ainda. Eu estava muito carente na época, estava muito ruim.

Eu às vezes sinto que talvez tenha perdido muita coisa pelo fato de ter esse meu jeito de ser. De não ter aproveitado a adolescência, de não ter saído com os amigos. Eu nunca fui de sair, sempre fiquei em casa, sempre fui mais família, queria estar com a família e aí quando a estrutura da família começou a mudar... Minhas irmãs começaram a namorar e eu fui vendo que eu estava assim, perdida. E eu sempre fui tímida, melhorei um pouco depois que comecei a faculdade, comecei a fazer mais amizades também. É difícil eu começar a conversar com alguém. Na faculdade eu tenho uma colega, saí ontem com ela, com a família dela. Mas eu sempre fui difícil de me relacionar com os outros.

Na escola eu sempre fui quieta, não tinha muitos amigos, na pré-escola e no jardim eu não me lembro. Estudei em um monte de escolas, fui mudando. Quando fui fazer o vestibulinho, não sabia o que prestava. Prestei processamento de dados. Na verdade, eu acho que essa crise que eu tive em 2002 foi a segunda, porque eu cheguei a fazer outro tratamento lá no servidor municipal, em 2000. 2000 foi um ano difícil pra mim. Eu estava no colegial, fiz técnico em processamento de dados. No terceiro ano eu podia terminar e pegar só o diploma de auxiliar técnico. É um pouco abaixo do técnico. E se fizesse quatro anos me formaria como técnico. Eu queria sair no terceiro mas meus pais falaram que só faltava mais um ano, que não valia a pena pegar o diploma de auxiliar se só faltava mais um ano pra terminar. Eu já não gostava muito do curso que eu estava fazendo, eu queria parar mas não sabia

se ia fazer cursinho porque também não sabia o que queria. Sabia que ia prestar vestibular mas não sabia o que queria. E eu também estava meio assim comigo mesma, queria mudar o meu jeito. Achava que poderia mudar o meu jeito, de tímida pra extrovertida, conseguir falar, melhorar o relacionamento com as pessoas. Agora eu não penso desse jeito, mas na época eu pensava. Aí na época não foi tão ruim assim, eu só me sentia mal comigo mesma porque eu queria mudar esse meu jeito. Aí falei com a minha mãe, ela foi procurar ajuda no Hospital do Servidor Público e comecei a fazer terapia individual lá. Mas eu não me sentia muito bem com a psicóloga. Eu chegava lá, não falava nada e ela só perguntava algumas coisas. Eu não me sentia a vontade com ela. E estava também tomando remédio, Fluoxetina®. Foi a primeira vez que tomei um antidepressivo. Com uns seis meses de terapia, a psicóloga falou que ia sair do hospital e falou que ia dar alta pra mim. Eu entendi que era alta tanto do remédio quanto da psicóloga e resolvi parar de tomar o remédio, sozinha, por conta própria. Parei de ir no médico lá e parei de ir na psicóloga porque ela tinha me dado alta. Só que quando me deu a segunda crise, meu pai foi procurar lá. No desespero, não sabia o que fazer, a gente não tinha convênio, não tinha nada. Ele estava desesperado, foi conversar com a psiquiatra, pedir pelo amor de Deus pra me atenderem. Aí ele descobriu e eu descobri também que estava escrito: abandono de tratamento. Que eu abandonei. Aí é que eu fui entender a história toda. Na verdade eu só tive alta psicológica. E também foi alta porque eu não falava nada e não tinha evolução nenhuma. A psiquiatra tratou a gente super mal, falou que eu tinha abandonado o tratamento e que não tinha como fazer o tratamento ali. E estava tudo confuso na minha cabeça. E eu lembro dessa história, eu me senti muito mal, pensando que eu estava fazendo meu pai sofrer. Ele

foi procurar ajuda lá porque estava muito desesperado.

Fui encaminhada aqui pro CAPS no final de 2002. Comecei a fazer o grupo de terapia e fui melhorando, aos poucos. Voltei a fazer cursinho à noite, a psicóloga foi me dando várias dicas de quais profissões talvez eu desse certo. Ai foi melhorando, eu ia no centro e aqui na terapia. No começo foi bem difícil porque eu não falava nada. A psicóloga ficava me cutucando pra ver se conseguia tirar as coisas, mas eu ficava só escutando os outros. No começo, não tinha muita afinidade com o pessoal do grupo, não gostava de falar pra eles, não sentia vontade. Agora eu me sinto bem em contar as coisas pro pessoal, sintomas parecidos que tem na depressão. E eu acho que é muito bom escutar, tem outras pessoas que sentem também a mesma coisa que eu sentia, ou que sinto ainda. Passo no médico também e estou tomando o efexor há um ano.

Esse ano foi uma virada, comecei a faculdade, conheci pessoas novas, essa minha amiga que eu te falei, a gente se dá super bem e outras pessoas também. Só agora esse final de ano, tinha muitas provas, eu não me organizei direito, estava meio desesperada de ficar de DP, sei lá. Mas foi um ano bem diferente. 2003 já foi diferente e 2004 bem diferente de quando eu tive a crise. Bom, acho que é basicamente isso.”

NARRATIVA 5

“Acredito que a minha depressão já está aqui há muitos anos mas eu vim procurar ajuda agora porque foi se agravando. Minha infância, nossa, foi sofrida! Nós vivíamos em Cajueiro, no meio do mato. Não tinha nem o que comer, meu pai

vendia uns pãozinhos lá, saía pra roça, só vinha de noite. Foi uma infância da pior que você pode imaginar. Meu pai bebia muito, batia na minha mãe. Na gente ele não batia mas só de ver bater na mãe da gente... Meu pai tinha sítio de caju, e na época das castanhas, que ganhava algum dinheiro, ele saía, jogava, bebia tudo e deixava a gente sem nada em casa e com isso a minha mãe sofria muito. Então acho que tudo isso junta né. Chega uma hora que a cabeça não agüenta. Eu acho... A adolescência também foi difícil. Só que na adolescência eu já comecei a ir pra cidade onde moram minhas tias. Eu comecei a comer melhor. Mas sofri também, trabalhava pela comida, e trabalhar pela comida é triste! Ser explorada pra trabalhar pela comida. Eu tinha uns parentes ricos na cidade, que exploravam mesmo. E isso é muito triste! Minha vida foi sempre assim...

Eu vim pra SP em 1986, casei com um rapaz, que já conhecia desde o Ceará, ele é meu primo. Eu conhecia ele desde pequenininha, quando chegou aqui não sei o que deu na minha cabeça, começamos a namorar, fiquei grávida, com sete meses de gravidez eu casei. Ele era uma pessoa muito trabalhadora. E de repente... começou a beber muito, virou alcoólatra, deixava faltar tudo dentro de casa, chegou uma hora que meu filho não tinha nada, nem leite, eu andava pedindo pras minhas irmãs. Tudo vai causando sofrimento.

Eu me ergui, saí de onde ele morava, ele morava num prédio velho que tomava conta. Construí minha casa sozinha, trabalhei de dia e de noite. E isso vai afetando tudo a cabeça da gente. Ele me deixou com um filho, que na época tinha quatro anos e eu me virei sozinha, trabalhava de dia e de noite pra cuidar do meu filho direitinho. Depois fui trabalhar em uma lanchonete, conheci outro rapaz, fiquei junto desse rapaz oito anos. Esse rapaz também bebe muito, virou alcoólatra

também. Resolvi me separar. Na verdade, é assim, ele vai embora, depois volta, porque eu tenho uma filhinha de seis anos com ele.

Eu estou com hipotireoidismo. Minha mãe morreu faz cinco anos, lá no Ceará. Eu tenho muito medo de andar de avião e eu coloquei na minha cabeça que o hipotireoidismo começou quando eu andei de avião. Mas não tem nada a ver. Isso aí é psicológico. Depois que eu fui descobrir que o hipotireoidismo vem da tireóide e causa essa batadeira cardíaca e é muito perigoso porque dá arritmia, às vezes a veia aqui só falta estourar, é horrível! Portanto, eu tomo o remédio direitinho. Fiz os exames de anticorpo e deu muito alto, o médico me disse que provavelmente eu estava com câncer na tireóide. Isso foi o fim! Ele falou mas depois tentou... Fiz a ultrassonografia e mais dois exames e graças a Deus não deu nada. Hoje, o anticorpo continua alto, mas não sei porque, nem os médicos sabem explicar. Aí comecei a ter crises de choro porque eu olhava pra minha filhinha e já começava a chorar. Eu estava trabalhando, entrei na caixa, a perita me deu alta dizendo que hipotireoidismo não dava direito ao benefício, em julho de 2004, a firma me mandou embora, aí sim eu fiquei ruim mesmo. Eu não me conformo da firma ter me mandado embora doente. Sozinha... meu filho de 16 anos já trabalha, faz uns biquinhos, mas... Falei: meu Deus, e agora?

Comecei a ficar ruim, a dar vazão na minha cabeça, esquecimento, às vezes eu vou fazer as coisas, não sei o que vou fazer. Eu procurei aqui, porque às vezes eu vou pegar o ônibus eu não sei pra onde vou. De repente, num piscar de olhos eu não sei pra onde vou, que ônibus eu vou pegar. Não é sempre, é de vez em quando. Por isso eu procurei aqui. Porque a depressão a gente sabe que uma vida sofrida, tem muitas coisas que causam depressão, mas você só procura quando está ruim mesmo.

Quando está se agravando mesmo. E eu procurei porque realmente eu não estou bem. E quando tá pra descer a menstruação, piora. Dá um vazio, como se fosse esvaziar a minha cabeça. Uma coisa estranhíssima. Eu tenho um problema também que eu vou contar as coisas e dá branco, some, é horrível. Então, eu acho que tenho que me tratar, tratar mesmo né, porque... É muito horrível, você vai conversar com uma pessoa e de repente não sabe o que você tá falando. Meu irmão já ficou ruim, já ficou internado aqui, quase dois meses, com problema psicológico. Falaram que era psicose maníaco-depressiva, alguma coisa assim. Eu tenho uma irmã no Norte que fica ruim também quando tá perto da menstruação. A gente não sabe o que ela tem porque não veio pra SP. E é por isso que eu procurei. Eu tenho muito medo porque já é da minha família, já tem duas pessoas com problema. E eu tenho uma filha de seis anos, então tenho que me cuidar.

A depressão e o vazio na minha cabeça já faz um tempinho, mas que veio se agravar mesmo de dar branco, não faz muito tempo, foi quando eu saí da firma. Começou a se agravar os problemas, eu não dormia, me dava crise de choro, eu não posso assistir televisão. Se eu assisto uma novela já me dá um desespero. Ah, não sei, às vezes estou assistindo televisão e de repente... sem razão... começo a ficar triste e a chorar. Eu sou capaz de daqui a dez minutos começar a chorar. Às vezes dentro do ônibus me dá aquela vontade de chorar, no meio de um monte de gente não posso ficar chorando mas me dá uma vontade incontrolável. O dia em que eu entrei aqui, chorei tanto! De repente, pensei que vergonha, meu Deus, por que eu estou chorando? Esse vazio na minha cabeça eu já sinto há muito tempo. Mas se eu estou trabalhando, me sinto melhor. Eu era uma pessoa muito ativa, trabalhava dia e noite pra cuidar dos meus filhos. Agora, não tenho vontade, eu fico sem ânimo de

fazer as coisas na minha casa, às vezes eu nem falo isso aqui porque acho que isso nem importa. Faz uns dois meses que eu estou aqui. Mas graças a Deus estou melhorando, com esses remédios. Uns melhoram, outros pioram, porque tem uns remédios que tem efeito meio agressivo. Mas estou melhorando. Tem dias que estou melhor, tem dias que estou pior. Eu tomo remédio pra arritmia que faz parte do hipotireoidismo. Tomo Sertralina® que é o antidepressivo. Eu estava tomando o Rivotril®. Mas eu fiquei dopada, fiquei ruim. E como eu já tenho problema de coração aí começou a acelerar muito o batimento, eu não tomei mais. Às vezes eu tomo uma bandinha pra ver se consigo dormir um pouco, aí eu consigo dormir, mas é muito pouco. Eu não me conformo de não conseguir dormir. Eu tenho um problema sério de não dormir, seca o olho, eu vejo anoitecer e amanhecer.

E é isso, vida sofrida né? Sempre, praticamente me virei sozinha pra criar meus filhos. Enfim, fui muito sofrida e eu acho que é por isso que está se agravando mais agora. Quando eu era mais nova, tinha um sonho de ter minhas coisinhas e, graças a Deus, com muito sacrifício, de pobre, eu tenho tudo as minhas coisinhas. Eu moro num terreno da prefeitura, mas é um terreno bem arrumadinho, uma casinha de alvenaria, bem bonitinha.

E o que mais me preocupa é que eu tenho umas coceiras aqui, e eu peguei na firma, quando trabalhava com produto químico muito forte. Eu estou aqui nervosa e estou coçando. Me mandaram embora assim, eles sabem que eu peguei lá. A empresa que eu trabalhava, se eu tivesse um vasilho que fosse eles não pegavam pra trabalhar. Hoje fica na minha cabeça assim, a gente sai desse jeito, eles mandam a gente embora, não querem nem saber. Já falei com o advogado mas ele fala que se você não tem o laudo pra realmente concluir que foi na empresa que

você pegou, não adianta. Então fica difícil. Quando me mandaram embora eu estava em tratamento do hipotireoidismo, eu acho que eles não podiam ter mandado embora, né? Denunciei no sindicato. O advogado me disse que quando acabar o seguro desemprego, se eu não estiver bem. é pra entrar na caixa, que eu tenho estabilidade no INSS, porque eu tenho quase 18 anos de empresa. Mas qual o laudo que vai dar direito? É tão difícil. E, tudo isso, fico imaginando, meu Deus será que vou ficar sem dinheiro?

O pai da minha filha dá 200 reais. O que é 200 reais? Ele vai e volta, não tivemos uma separação definitiva. Ele passa dois dias em casa, diz que é por causa da menina. Vai pro trabalho, fica uns três dias lá, vem em casa, dorme. A menina é louca por ele, isso dói demais. Mas chega uma hora que ele começa a beber muito, fica agressivo, eu mando ele embora de vez. Enfim, tenho vários motivos pra depressão. Mas eu sou uma pessoa assim, eu tento colocar na minha cabeça que eu não estou com depressão porque eu acho que se você for colocar muito na cabeça, vai cada vez aparecendo mais problema. Eu sei que é depressão porque eu não durmo, esses esquecimentos, e a médica me falou que é realmente uma depressão.

Aqui participo do grupo de terapia e venho na consulta com o médico. Às vezes eu falo: meu Deus, vou pedir alta porque tem tantas pessoas piores do que eu, mas eu não posso pedir alta porque eu preciso do acompanhamento aqui, né? E eu fico pensando eu não posso sair do grupo. Mas não é fácil ter que arranjar dinheiro pra vim duas vezes por semana aqui. Fica difícil pra gente desempregada, o seguro desemprego é pouquinho. A minha sorte é o seguro desemprego. E, eu estou aí... Tem dias que o grupo ajuda. Semana passada eu estava mal. Esses dias teve uma menina que estava falando e me deu vontade de mandar ela calar a boca. Nossa,

nunca tinha sentido aquilo. Não sei explicar o que é. É um negócio ruim, uma vontade de mandar ela calar a boca e eu comecei a ficar inquieta, uma coisa ruim na minha cabeça. Comecei a tremer e pedi pra sair. Nossa eu estava muito ruim! Eu nunca tinha sentido aquilo. Eu achei estranho. E eu não sei o porquê. A menina, não sei, achei que ela estava querendo se aparecer, não sei. Porque se todo mundo está aqui perdendo tempo é porque está precisando. Mas na minha cabeça sei lá... E você sabe, aqui tem pessoas de níveis diferentes, ou seja, tem pessoas que vêm até aqui que não tem condução, tem pessoas que chegam aqui de carrão e, então aí as pessoas que tão de baixo nível acha que... ah sei lá, eu não sei explicar, mas acho que, poderia ter um nível de pessoas que realmente são necessitadas nesse grupo, eu acho que tem pessoas que tem condições de passar num psiquiatra, sei lá, num grupo aí fora, fazer uma terapia. Ah, eu acho assim, não sei. E eu fiquei com raiva, uma vontade de mandar a menina calar a boca, aquele negócio ruim na minha cabeça. Fui embora ruim. E eu não sou assim, sou uma pessoa do bem.

Meu pai ainda é vivo mas bebe muito. Nossa, eu vi ele bater tanto na minha mãe. Eu falava assim comigo: nunca vou pegar homem que bebe. Sabe aquele ditado popular: não cospe pra cima que cai nos olhos? Foi o que aconteceu comigo. E foi bem sofrida... nossa... tive uma vida bem sofrida. Tanto é que eu acho que é por isso que eu vim parar aqui. E eu acho que se eu não viesse parar aqui eu caía no fim do poço. Porque aqui eu escuto assuntos que poderiam ser resolvidos. Eu não sei, tem dias que eu me sinto bem aqui, hoje foi um dos dias que eu me senti bem, tem dias que eu não me sinto bem, não vejo a hora de ir embora. E é assim...

Esse vazio que eu sinto na minha cabeça... eu tenho muito medo de ficar ruim. Porque geralmente quando chega aqui dopado, eu já vi várias mulheres chegarem

aí no Pronto Socorro que perdem totalmente a memória, né? Então por isso que eu estou me tratando, pra evitar pioras. Eu tenho medo de ficar igual minha irmã, meu irmão. Eu cuidei do meu irmão. Também tem essa fase da minha vida. Você não sabe o que é deixar o seu irmão aqui, junto dos loucos, na psiquiatria. Gente, é triste! Meu irmão chegou uma fase que ele não comia, tinha medo de tudo, tinha síndrome do pânico também. Era uma coisa triste. Ele parecia uma palha, ficava triste, olhava pra você assim. Muito triste! Então se você já cuidou de uma situação assim... Meu irmão estava trabalhando e ele viu um acidente, depois disso ficou assim. Trancou a memória e ele só chorava, você falava com ele e a lágrima caía. Aí depois sabe, ele começou a tirar as coisas dos outros. Tanto é que é bom esse grupo porque já teve pessoas que também tinham vontade de catar. A gente critica um irmão que faz isso, mas não tem noção que é da doença. Então é muito triste Ele catava dinheiro mesmo dos outros. Foi triste o que aconteceu com o meu irmão. Comigo graças a Deus, nunca deu essa vontade. Hoje ele tá no norte que é um lugar mais calmo. A minha mãe faleceu, nós pensávamos que ele iria ficar ruim, porque ele era louco pela minha mãe. Graças a Deus não ficou.

Ah, minha história de vida foi um fracasso, tudo um fracasso. Eu só tenho uma coisa boa na minha vida, eu tenho a minha casinha, não preciso pagar aluguel. E tenho um filho que, acho que Deus falou assim: eu vou te dar dois maridos ruins mas vou te dar um filho maravilhoso. Meu filho é tudo, meus filhos né, mas o menino é muito bom pra mim. Trabalha na tapeçaria da minha irmã, está lá desde os 12 anos. Meu cunhado foi o pai que ele não teve porque o pai dele nunca ajudou em nada. E, enfim, isso.”

NARRATIVA 6

“Estou casada pela segunda vez, segundo marido. Tive três filhos e perdi um, faz seis meses que o Eros faleceu. Ele tinha 14 anos. É difícil falar... (começa a chorar)

No dia 30 de maio ele foi pra Ibiúna com o pai dele (meu ex-marido), os tios e os avós, estava todo mundo lá, menos eu. Ele estava muito agitado, muito feliz. Logo de manhã, ele carpiu o sítio, o tio dele filmou ele com a minha neta no colo duas horas antes dele falecer. Eu jamais posso ver isso... Ele estava todo feliz. Eu acho que ele tinha um sopro, mas qualquer pessoa hoje vive com sopro. Eu tinha levado ele no Incor em Outubro e estava tudo bem. Eu acho que ele comeu, ele estava naquela fase de comer bastante. O avô foi comprar bola na cidade porque não tinha lá. Ele não estava acostumado muito a jogar bola, ele sabia que não podia jogar, que forçava. Mas ele era um menino muito agitado, ele não tinha sossego. Ele estava jogando bola, teve um ataque fulminante do coração, caiu, desmaiou e não teve como voltar. Socorreram ele até o hospital, deram choque nele, mas não teve como voltar. Ele morreu lá, todo mundo viu ele morrer. O avô se acha culpado porque se ele não tivesse ido comprar a bola ele não teria falecido.

Nesse dia, eles me levaram pra Ibiuna mas falaram que ele estava mal não que ele já tinha falecido. Quando eu cheguei lá, minha irmã me contou, eu não acreditava. A gente nunca espera isso. Eu fui vê-lo... quando cheguei, ele já estava pronto no velório. Ele foi enterrado às quatro horas da tarde, estava chovendo, estava frio. Nós vivemos um dia e uma noite de pesadelo. Pra uma mãe é impossível acreditar, né... que eu ia chegar lá, e ver meu filho... escolher uma roupa, não para

ele sair, mas pra ele ir embora e nunca mais.... Eu não acreditava, parecia um pesadelo. Depois de uma semana, a gente trouxe o corpo pra cá. Tão triste, meu Deus! De um modo ou de outro a gente não sabe do que ele morreu porque a gente não quis fazer a autópsia. Foi igual o jogador do São Caetano que faleceu há poucos dias. Isso até mexe com a gente.

Pouco tempo antes, em fevereiro de 2004, eu tive meu filho caçula no interior de São Paulo, tive depressão pós-parto. Eram os mesmos sintomas. Eu só queria viver na cama. Eu tinha angústia, era como se eu tivesse um bicho que me comia todo dia aos poucos. Os meus órgãos faziam barulho. Era horrível. A gestação foi bem, mas a minha filha mais velha também grávida, não tinha onde ficar, os avós mandaram ela embora de casa, o namorado não assumiu, ela teve que ficar lá em casa. Eu trabalhei muito na minha gestação, até os nove meses. Esse meu filho nasceu com o pé torto. Eu já saí do hospital doente, não amamenteei. Eu não tinha leite. Em maio eu estava começando a melhorar, aí o Eros faleceu. Depois de dez dias que o Eros faleceu eu tive que levar o meu bebê pra fazer uma cirurgia no pé, ele tomou anestesia geral. Eu fiquei tão louca que eu chutava a parede do hospital. Quando ele veio da sala de cirurgia pra caminha, foi um alívio. Hoje está tudo bem. Mas mexe muito com a cabeça, né? Uma hora ela...

Meu neto também nasceu em fevereiro. O Eros estava tão feliz com o irmão e com o sobrinho... Na semana em que ele faleceu eu estava completamente louca. Eu sentava, eu parava pra pensar, eu não acreditava, eu só dormia, eu esqueci tudo, abandonei a casa, não fazia mais nada, não consegui voltar ao trabalho. Eu me segurei muito. Isso tudo me fez mal. Tem dias que eu tenho vontade de gritar, de berrar, sei lá. Quando eu acordava de manhã eu tinha desespero, eu desejei morrer

várias vezes, de vez em quando ainda me dá aquele desespero. Eu sentia que uma coisa aqui dentro me consumia aos poucos todo dia. Perdi dez kilos, eu não comia, eu não tomava banho, eu só queria dormir. Eu perdi totalmente a vontade de viver. A cabeça da gente assim tem dia que... já passou muitas coisas ruins na minha cabeça. Tinha dias que eu tinha vontade de sumir e não voltar mais. Arrumar a mala e ir embora. Como se eu estivesse fugindo do problema. Abandonei todo mundo lá em casa.

Eu tive que desfazer as coisas dele... Como é que pode uma mãe viver desse jeito, sem um filho meu Deus! Ter que enterrar um filho lá, naquele lugar. Se pudesse a gente trazia pra casa. Agora, dia 29 desse mês, ele ia fazer 15 anos. Ele adorava festa. Ele adorava o Natal, ele ficava tão feliz. Ele era feliz (chorando). Eu trouxe um retrato pra você ver, tenho muitas fotos dele. Ele estava tão bem. Ele nasceu com olhinho azul, sempre muito feliz. Um menino tão bom! Ele já estava trabalhando com o tio dele todo feliz. Ele era aquele menino que se você negasse algo. Estava tudo bem. Eu era uma mulher feliz. Ele me fazia muito feliz, a gente sempre saía quando eu estava solteira. Ele sempre estava com a família (chorando). Ele estava feliz com o meu novo casamento. Ele falava que eu tinha um marido excelente. E realmente eu tenho. Ele falava pra eu lutar sempre, não desanimar. Se ele foi embora, foi pra um lugar melhor, e foi despreocupado, ele sabia que eu e a irmã dele estávamos bem. A família inteira sofreu, agora é que a gente está se equilibrando devagarinho. E eu vou caminhando. Tenho que caminhar, né? É assim. Teve uma homenagem pra ele na escola semana passada... Eu não acredito que o meu filho foi embora e deixou a mãe dele desse jeito. Mas não foi culpa dele. Às vezes eu penso que atrapalho ele no Plano Espiritual, a gente não sabe né?

Eu tento me acalmar, eu começo a rezar, não tem uma religião que eu siga. Eu peço pra Deus. Deus é o mesmo né, então serve pra qualquer um. O que interessa é a fé. No começo eu perdi a minha fé, eu não acreditava que Deus tivesse levado meu filho embora. Depois comecei a acreditar que ele cumpriu a missão dele aqui, que aquele dia já estava guardado pra ele. Se não fosse o meu bebê, eu não estaria aqui. Minha filha mais velha já é grande, tem a filha dela. E eu tenho que viver, eu tenho que viver pra eles. O psiquiatra diz que eu tenho que viver pra mim, né... Os dias vão passando e a gente vai... infelizmente a gente tem que se acostumar com essa falta dele. Ele faz falta. A gente tem que aprender a viver com isso, com esse vazio, com essa coisa ruim. A família toda tá doente. Todos gostavam muito dele. A minha irmã mais nova também está com depressão. Ela tá pior do que eu porque mora no interior e lá não tem esse tratamento, ela está completamente louca. Se a gente não se cuidar, fica. Eu estou sempre desanimada, minha irmã, que é espírita, fala que não era assim que ele queria me ver. E assim a gente vai indo... Não desejo pra ninguém. De uma felicidade de repente virou um pesadelo. Eu preciso viver, eu tenho o meu marido, ele é novo, a gente tem uma vida pela frente. O Eros sabe que eu tenho que viver. Ele sabe que ainda não chegou a minha hora. Se eu antecipar a minha hora pode ser que eu não possa me encontrar com ele. Eu falo pra ele, pode demorar 20, 30 anos mas um dia a gente vai se encontrar, com certeza. Eu conto os meus dias. Como pode uma pessoa viver assim? Cada dia que passa, vai contando, nossa que beleza, já passou mais um ano, dois. A gente não vai esquecer ele nunca. Ele faz falta.

Eu lembro do parto dele, da convivência que tivemos de mãe e filho. São coisas boas que a gente guarda. Não teve coisas ruins. Dizer que foi um menino que me

deu trabalho, que foi rebelde, não. Ele foi um menino bom, gostava de computador como qualquer criança, artilheiro, gostava de brincar, andar de bicicleta. Viveu 14 anos mas intensamente. Ele escreveu numa folha de caderno, que eu ainda tenho: EU SOU FELIZ! Ele aproveitou muito. Se tivesse cinco festas em um dia ele ia nas cinco. Ele dizia que não podia perder tempo. Acordava cedo e ia até meia-noite, ele era um menino muito agitado. Eu falava pra ele manear. Não era uma criança que assistia televisão, no máximo um filme que o tio dele alugava.

Ah, a minha infância... A minha mãe tinha depressão, hoje eu e minhas irmãs conversamos e sabemos o que ela tinha. O meu pai judiou muito da minha mãe. Ele bebia, batia na minha mãe, colocava a gente pra fora, batia, prendia, não deixava a gente sair, a gente dava um jeito de pular a janela. Tínhamos uma vida miserável, passava necessidade, a gente não tinha roupa pra pôr, não tinha comida.

Eu falo, eu sei que tudo isso que a gente tá passando hoje tem também o lado da infância, a gente lembra muito as coisas ruins. Somos em cinco mulheres, todas casamos cedo pra se livrar do pai. Como se o casamento fosse uma solução pro problema...

Com 11 anos, meu pai tirou eu e minha irmã da escola e fomos trabalhar. Meu pai bebia e minha mãe vivia doente na cama. Hoje meu pai é um homem sossegado, mas ele judiou muito da gente. Quando eu tinha 13 anos, fui trabalhar numa fábrica de bolsas. A gente ia a pé. Quando chegava a hora do almoço eu queria comida, não tinha, só tinha repolho. O que a gente ganhava, que era tão pouquinho, fazia compras. Fomos despejados. A gente foi crescendo e foi aprendendo. Casei com o meu primeiro marido aos 16 anos. Fiquei com ele 15 anos, vivemos felizes no que deu pra viver. Ele bebia muito, eu enjoei dele, cansei dele, me apaixonei por outro

homem. Isso, infelizmente acontece. Não que a mulher vai procurar, mas acontece porque a mulher luta do lado do marido. Ai resolvi me separar dele. O Eros sofreu muito com a separação. Mas na época que ele começou a crescer, ele falava pra minha mãe: o meu pai não tem mais jeito. Até nos últimos dias que ele estava aqui, ele falava pra mim: meu pai não tem jeito, ele não larga a bebida por ninguém. Tanto é que ele nem ligava mais pro pai, ele vivia mais com o tio dele, que também sofreu muito.

E, então, lógico, a gente vai guardando tudo, quando acontece essas coisas, a cabeça é terrível! Tem dias quando a gente conversa lá em casa, eu e minhas irmã, a gente lembra tudo o que o pai fazia. Hoje a gente poupa os filhos de qualquer sofrimento. Eles nunca estão satisfeitos, mas mesmo assim a gente quer os filhos com a gente.

Minha filha às vezes reclama, diz que eu mudei. Mas eu não vou ser mais aquela mulher que eu era. De manhã eu levanto, faço a comida dos meus bebês, eu gosto de cozinhar. Tem dias que eu estou muito agitada, tenho muita dor no corpo, parece que todos os meus ossos doem. Eu vivo com manchas roxas. Eu não bato mas elas aparecem, de um dia pra outro. Essa doença é assim, por dentro a gente fica vazia, morta, eu não sinto nada por dentro. Eu não sinto o meu coração. A minha vida sexual com o meu marido ainda acontece porque a gente se ama muito, mas eu não sinto nada. Eu acredito que o amor supera tudo isso que a gente passa. Ele é um homem que me entende, eu gosto muito dele, mas não sou mais a mulher que eu era. E eu falo pro meu marido que se algum dia a gente se separar, ou se o destino nos separar, eu não quero outra pessoa na minha vida. Eu não sinto falta. Eu tento, devagarinho, ir colocando tudo isso no lugar. Antes a gente saía, agora eu gosto de

ficar em casa, com os meus bebês e eles parecem que adivinham os dias que eu não estou bem, eles grudam na minha perna. Como se dissessem: eu estou aqui, você não pode ir embora porque a gente depende de você. Mesmo doente eu cuidava dele. Só dele, o resto eu abandonei tudo.

É uma experiência de vida, são provações na vida da gente... Eu sonho muito com ele, quase todas as noites. Às vezes tenho sonhos bons, mas às vezes tenho sonhos ruins. Eu tenho pesadelos. Eu deito na cama, eu durmo, mas eu estou ligada ainda. A minha cabeça não pára. Tem dias que eu sonho que estou dormindo com ele lá no cemitério. Eu acordo no desespero. Teve um dia que eu sonhei que eu carregava ele no colo grande, ele me levou num lugar tão lindo, e ele falava pra mim: tá vendo como é bonito? Quando eu sonho com ele, meu sonho é real. Eu chego a tocar nele, eu beijo, eu abraço. Um dia, eu encontrei com o Eros e ele disse: vamos logo que eu tenho pressa. Eu falei mas por que você tá com pressa, fica aqui comigo. Ele falava: não, eu preciso ir embora, eu não posso ficar aqui.

Depois de uns 30 dias, minha irmã mais velha me trouxe aqui para o CAPS. Iniciei o tratamento, estou bem melhor. A saudade eu vou ter a vida inteira. De manhã tomo o meu remédio direitinho. E eu luto, depois que eu comecei a tomar medicamento eu melhorei, se eu tiver que tomar remédio a minha vida inteira pra não passar o que eu passei eu vou tomar. Faz parte. Tenho lutado contra essa doença. Estou tomando Seronipe® três por dia e um calmantzinho. Faço terapia individual e em grupo com a psicóloga e também passo no psiquiatra. Eu luto. Eu cheguei aqui desesperada. Eu só queria morrer. Todo dia eu falava: eu quero morrer! Eu espero o meu dia de morrer. Eu estava me entregando aos poucos. Eu acredito que um dia vou me curar disso, com certeza. Eu fico pensando que é uma

doença ruim. Eu tenho que conviver com essa saudade. Aprender a conviver com ela. Com o tempo eu vou me curar disso. Eu acho que eu estou bem melhor em vista de tudo que eu passei. Firme, forte. Eu tinha medo de ser internada, do que eu podia fazer. Eu luto muito com isso, eu luto. Eu cheguei aqui, eu estava num estado deplorável. Se tivesse filmado o antes e o depois a gente ia ver o quanto melhora com esse tratamento. Graças a Deus que tem. Porque é muito caro esse tratamento, os remédios.

A família sofre muito, todo mundo fica esperando o dia de ir embora para se encontrar com ele. Quando a gente se reúne um fala pro outro: quem chegar lá primeiro, manda um recado. A minha irmã que frequenta o Centro Espírita de Chico Xavier, já recebeu uma mensagem dele, dizendo que estava bem, que não era pra se preocupar. Acho que a gente deve acreditar, né? Se a gente for acreditar que ele tá ruim como é que a gente vai viver? É duro uma mãe deitar em uma cama e saber que... Infelizmente nós somos feitos da carne, a gente sabe que o que vale é o espírito, que o espírito é por toda a luz, mas somos apegados a carne. No dia em que chove, eu fico desesperada pensando no que uma senhora que também perdeu um filho me disse. Como é duro você saber que está chovendo, que está molhando o seu filho, que a terra está comendo a matéria. É duro você saber que daqui há três anos, não vai ter mais nada ali. Por mais que a gente fale é um corpo, é uma roupa velha, é duro. Tudo lembra ele, o vidro de azeitonas lá em casa vive cheio, porque não tem mais ele pra comer, meu comedor de azeitona. E é assim.

Mas meu filho me olha de manhã com aquela carinha linda, como se dissesse, mãe eu tô com fome, levanta. A mulher é a chave da casa. Eu era uma mulher super agitada, trabalhei até os 9 meses, na loja, de barriga. Vendendo sapato que nem

uma louca, que não agüentava de dor. Mesmo, lógico que não tem comparação, você ganhar um filho e perder um filho. Sempre fui uma mulher que trabalhei, eu gostava de balada, de barzinho, de danceteria. Como pode a vida de uma pessoa mudar tanto de um dia para o outro? E foi assim... Mas ele sabe que eu tenho que viver, que eu tenho que ser feliz, se não como é que eu vou viver nessa terra? Né?

Eu estou afastada pelo INSS, ganho um salário que dá pra ajudar a cuidar dos bebês. Eu não ligo pra dinheiro, eu não ligo pra nada. Tendo a comida das minhas crianças, não faltando nada pra elas, eu não preciso de nada. Nunca tive nada parecido. Eu não tinha medo de nada. Eu lutava contra tudo e contra todos, eu não tinha sossego, chegava da loja e ia limpar a casa. Mesmo de barriga. Mas eu não consigo voltar a trabalhar. Porque eu não consigo subir e descer escada. Eu estou bem dentro de casa, cuidando das minhas crianças. Aquelas coisinhas básicas. Se eu tiver que caminhar daqui ali eu não agüento, eu tenho falta de ar, tenho fraqueza, cansaço.

Encontrei uma senhora que me disse que a morte é um castigo de Adão e Eva. Eu sou obrigada a ouvir um negócio desses? Eu falei: Nossa, que pecado que eu tô pagando, ter perdido um filho de 14 anos. Bom, cada um pensa como quiser. Eu não acredito que a vida acaba aqui, aqui é uma escola. Como eu ouvi a Elis Regina falar que aqui é uma passagem, a gente não veio aqui a toa e a gente não se encontra por acaso. E é isso aí.”